

Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil

Sexual and reproductive health among young people,
Rio de Janeiro, Brazil

Stella Regina Taquette¹
Denise Leite Maia Monteiro¹
Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues¹
Riva Rozenberg²
Daniela Contage Siccardi Menezes¹
Adriana de Oliveira Rodrigues¹
José Augusto Sapienza Ramos³

Abstract *We aimed to analyze the geographic distribution, the structure of healthcare services and the human resources of all units of the Sistema Único de Saúde (SUS - the Unified Health System) that provide sexual and reproductive health (SRH) services to the adolescent population in the second largest city in Brazil. We conducted a cross-sectional study with geographical mapping and data collection through a questionnaire applied in person with coordinators of the units or their representatives in 147 outpatient clinics in Rio de Janeiro that have SSR services. We found that in over 90% of the units, adolescents are treated together with the adult population, without particular shifts or rooms for this age group. In more than 10% of services, treatment is only provided with the presence of the guardian. In cases of sexual violence, this proportion is 34%. Specific educational activities for this age group are only carried out in 12.9% of units and less than one third of doctors had received some kind of training to deal with adolescent health. In conclusion, despite the wide geographic distribution of health facilities, the structure of care and the human resources do not meet the specific needs of adolescents.*

Key words *Sexual and reproductive health, Adolescent, Health services accessibility*

Resumo *Objetivamos analisar a distribuição geográfica, a estrutura de atendimento e os recursos humanos das unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) que prestam serviços em saúde sexual e reprodutiva (SSR) à população adolescente, na segunda maior cidade do Brasil. Realizamos estudo transversal com mapeamento geográfico e coleta de dados por meio de questionário aplicado aos coordenadores, em todas as 147 unidades ambulatoriais do Rio de Janeiro, dispostas ao atendimento em SSR. Verificamos que todas as Regiões Administrativas (RA) desse município dispõem de unidades de atendimento para adolescentes, entretanto, em mais de 90% delas, eles são atendidos juntamente com a população adulta, sem turnos ou salas específicas. Em mais de 10% dos serviços, a assistência só é dada na presença do responsável. Em casos de violência sexual a proporção mostrou-se ainda maior, chegando a atingir 34% dos casos. Em apenas 12,9% das unidades são realizadas atividades educativas direcionadas a adolescentes e constatou-se que menos de 1/3 dos médicos estava capacitado para lidar com a saúde do adolescente. Em conclusão, apesar da larga distribuição geográfica das unidades de saúde, a estrutura do atendimento e os recursos humanos não atendem a contento as especificidades do público adolescente.*

Palavras-chave *Saúde sexual e reprodutiva, Adolescente, Acesso aos serviços de saúde*

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Av. Professor Manuel de Abreu, Maracanã. 20550-170 Rio de Janeiro RJ Brasil. stella.taquette@gmail.com

² Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Labgis - Núcleo de Geotecnologias, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, de 2010, confirmam que 17,9% da população brasileira é composta por pessoas entre 10-19 anos de idade – faixa etária que, cumpre lembrar, corresponde à adolescência, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde². No município do Rio de Janeiro, a proporção é pouco menor, chegando a representar 14,7% do total de habitantes¹.

É sabido que esse grupo etário requer necessidades em saúde sexual e reprodutiva (SSR) diferenciadas em relação à população geral, pelas particularidades próprias da idade³. Entretanto, ao buscar esses serviços, o adolescente enfrenta obstáculos além daqueles que são comuns aos demais indivíduos. Há quase duas décadas se constatou que barreiras psicossociais representam papel significativo, uma vez que dificultam o acesso do adolescente às unidades de saúde⁴. O medo do diagnóstico, as preferências pelo sexo do profissional de saúde, a impossibilidade de atendimento sem a presença de responsável, são algumas dessas barreiras. Tais questões psicológicas e/ou culturais levam, assim, os potenciais usuários a evitar a procura pelo serviço de saúde⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em 2002, a criação de serviços *youth-friendly* (amistoso ao jovem) que tivessem a abordagem direcionada, em específico, a esse grupo⁶. O objetivo pretendido, nesse caso, fora o de privilegiar a utilização dos serviços por parte dos jovens. Para que isso acontecesse, foram, então, ofertados horários diferenciados para atendimento e feita uma escala dos profissionais capacitados no trato para com o adolescente, de modo que fosse possível acolhê-lo, respeitando sua autonomia.

Não obstante, estudos recentes demonstram que os maus resultados em SSR ainda acometem principalmente a população na segunda década de vida, avultando lacunas importantes na assistência aos adolescentes e jovens^{7,8}. Apesar do declínio global observado nas taxas de mortalidade materna em adolescentes, as complicações relacionadas à gravidez e parto são, ainda, a segunda causa de morte em meninas de 15 a 19 anos⁹. Soma-se a isso o alto índice de DST/AIDS entre adolescentes e jovens no Brasil e em países menos desenvolvidos^{10,11}.

O município do Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa do Brasil e, em 1999, contabilizava 78 unidades de atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 49 delas participantes do Programa de Saúde do

Adolescente (PROSAD)¹², que, por sua vez, oferecia abordagem direcionada para tal grupo etário¹³. Em 2002, foram identificadas 100 unidades que desenvolviam ao menos uma atividade voltada para adolescentes, como turnos para atendimento específico, atividades de grupo e projetos diversos¹⁴.

A partir de 1998, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁵ – programa governamental para atendimento das demandas da população de forma mais ampliada e integral – foi progressivamente implantada, de modo a se tornar a principal ação do Ministério da Saúde para reorientar o modelo de cuidados em saúde na atenção primária. Contudo, essas ações são destinadas às pessoas de todas as idades, sem a inclusão de uma abordagem específica e/ou diferenciada para o grupo adolescente¹⁶. Dados recentes demonstram a invisibilidade dos adolescentes no contexto da ESF e a forma pontual com que esse grupo etário vem sendo tratado, com maior cuidado, apenas, nos casos de risco, como na gravidez, nas DST e no uso de drogas^{17,18}.

Em 2012, as taxas de gravidez na adolescência no município do Rio – que são um dos indicadores mais utilizados em SSR – evidenciaram 16,8% de mães adolescentes. Contudo, em algumas áreas, registrou-se um número ainda maior de casos, chegando a superar 30% – dado que suscita a necessidade de se conhecer os fatores implicados nessa diferença percentual¹⁹. A taxa de gravidez, na adolescência, é calculada pela razão entre o número total de nascidos vivos de mães com idade até 19 anos e o número total de nascidos vivos, multiplicado por 100. Vale ressaltar que embora a fecundidade das mulheres venha reduzindo nos últimos anos, esta, ainda, permanece elevada na faixa etária de 15-19 anos. Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006), ficou constatado o rejuvenescimento do processo reprodutivo no Brasil. A fecundidade das mulheres mais jovens (15 a 19 anos), em 2006, passou a representar 23% da taxa total, em contraste com 17%, do ano de 1996²⁰.

Por outro lado, os índices de DST entre adolescentes e jovens são elevados e o perfil da dinâmica da epidemia de AIDS entre a faixa dos 13 aos 19 anos é peculiar, com feminização mais intensa do que nas outras idades, e com aumento da incidência entre adolescentes do sexo masculino que fazem sexo com homens^{10,21}.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição geográfica, a estrutura de atendimento e os recursos humanos

das unidades do SUS que oferecem atendimento em SSR em nível ambulatorial aos adolescentes no município do Rio de Janeiro.

Método

Estudo transversal realizado por meio de inquérito aplicado a todas as unidades ambulatoriais do município do Rio de Janeiro que dispõem de atendimento em SSR, no ano de 2011. Foi utilizado o sistema de posicionamento global (GPS) para a localização geográfica das unidades e aplicado questionário presencial aos coordenadores ou representantes, em data agendada previamente. O questionário aplicado era composto de 13 partes incluindo: estrutura e dados cadastrais das unidades, atividades desenvolvidas (inclusive as educativas), recursos humanos para o atendimento ao adolescente (incluindo o número de médicos), capacitação dos profissionais em saúde de adolescentes (considerando-se positiva qualquer treinamento, independente da duração), tipo de atendimento prestado em SSR (pré-natal, pós-natal, ginecologia, DST, AIDS e violência sexual), exames laboratoriais realizados, distribuição de insumos, medicamentos e contraceptivos, assim como, ainda, aspectos éticos do atendimento (exigência da presença do responsável para marcação ou realização da consulta). Dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹ foram utilizados para a coleta de informações acerca do número de adolescentes; e quanto aos dados sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 2010, estes foram obtidos a partir do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)²².

O processo de investigação contou com a participação de entrevistadores previamente treinados e testados antes do início da coleta de dados. A consistência interna do questionário aplicado foi satisfatória, com coeficiente alpha de Cronbach de 0,7. Este coeficiente é, especialmente, relevante porque mede a consistência interna do instrumento de pesquisa por meio da identificação do quanto seus itens apresentam-se inter-relacionados, o que fornece uma estimativa de sua confiabilidade²³.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas, médias, desvios padrões e medidas de posição para descrever a distribuição das unidades no município e suas características. Para a verificação da disponibilidade do atendimento de adolescentes nas unidades de saúde, optou-se por avaliar o número de adolescentes/médico e

não o número de unidades de saúde/adolescente, considerando que unidades com maior número de médicos apresentam maior capacidade de atendimento. Correlação linear e modelo de regressão linear, ajustado por IDH, foram utilizados para investigar a relação entre o quantitativo de adolescentes (10-19 anos) e o número de médicos por região administrativa (RA). Os programas Epi-Info 3.5.2., R-Project versão 3.2.2 e ArcGis 10.0 foram utilizados nas análises.

Cumprir dizer, ainda, que o presente estudo atendeu às normas éticas contidas na Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Resultados

O município do Rio de Janeiro está dividido em cinco áreas de planejamento (AP) principais, que se desmembram em 10 subáreas, 33 regiões administrativas (RA) e 160 bairros. Das 229 unidades que prestam atendimento ambulatorial no SUS, 148 oferecem serviços em SSR. Não foi possível obter informações em uma das unidades devido à dificuldade de autorização para a realização da pesquisa. Assim sendo, foram analisadas as 147 unidades restantes. A quantidade e a localização das unidades de saúde por RA estão demonstradas na Figura 1. Verificou-se que todas as RA dispõem de unidades de saúde que atendem adolescentes. As RA de Bangu, Campo Grande e Santa Cruz concentram 31% (46/148) do total das unidades. Algumas RA contam com apenas uma unidade de saúde (Rio Comprido, Santa Teresa, Copacabana e Jacarezinho).

A Figura 2 mostra a distribuição das RA que apresentam mais de 200 adolescentes por cada médico. Em quatro (12%) RA (Anchieta, Madureira, Penha e Lagoa), o quantitativo de adolescentes moradores na área para cada médico lotado na unidade de saúde é superior a 4.000. Em seis (18%) RA (Ilha do Governador, Jacarepaguá, Jacarezinho, Inhaúma, Barra da Tijuca e Vigário Geral), o número de adolescentes por médico ultrapassa 2.000. Apenas em 10 (30%) RA (Ilha de Paquetá, Cidade de Deus, Guaratiba, Rocinha, São Cristóvão, Ramos, Santa Teresa, Campo Grande e Portuária), o número de adolescentes por médico é inferior a 1.000.

A Figura 3 apresenta as associações das RA em relação ao número de adolescentes, número

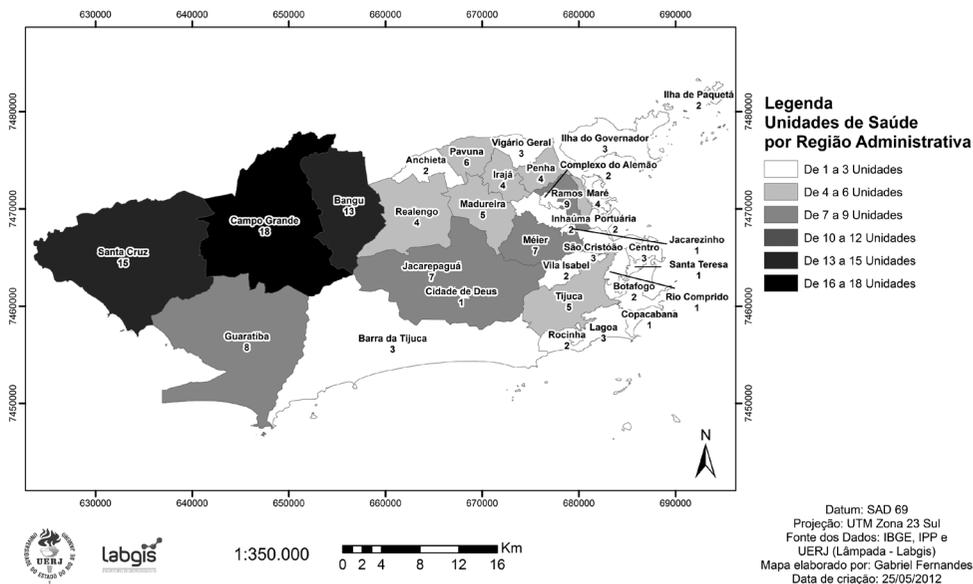


Figura 1. Mapeamento das Unidades de Saúde do SUS no município do Rio de Janeiro que prestam assistência em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes (população de 10 a 19 anos)

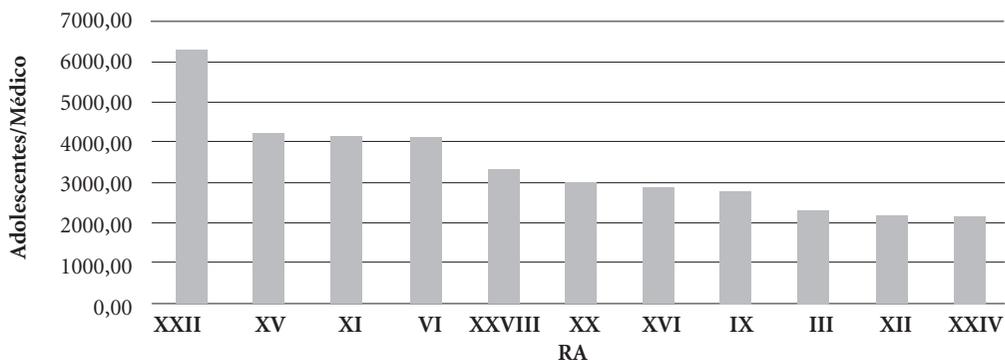


Figura 2. Regiões administrativas que apresentam mais de 200 adolescentes por médico.

de médicos, e IDH. Os diagramas A e B representam as relações do IDH com o número de adolescentes e o número de médicos, respectivamente. Esses diagramas sugerem que quanto menor o IDH, maior a população de adolescentes e de médicos disponíveis nas unidades (p -valor $> 0,05$). O diagrama C mostra correlação positiva entre o número de médicos e o número de adolescentes e indica que quanto maior a população de adolescentes maior é o número de médicos da RA ($r = 0,76$; p -valor $< 0,0001$). Por último, o diagrama D mostra a relação linear entre o número

de adolescentes e o número de médicos ajustado por IDH. Observa-se, ainda, nesse diagrama, que o número médio de adolescentes para cada médico, considerando o IDH, corresponde a 977,34 (IC 95% 638,98-1315,71; p -valor $< 0,0001$). Cumpre destacar que certas unidades contam com até 38 médicos e outras com apenas um ou mesmo nenhum profissional, como foi possível verificar em duas delas.

Quanto aos serviços disponíveis nas unidades, verificou-se que o pré-natal, o pós-natal, a distribuição de insumos, de medicamentos e

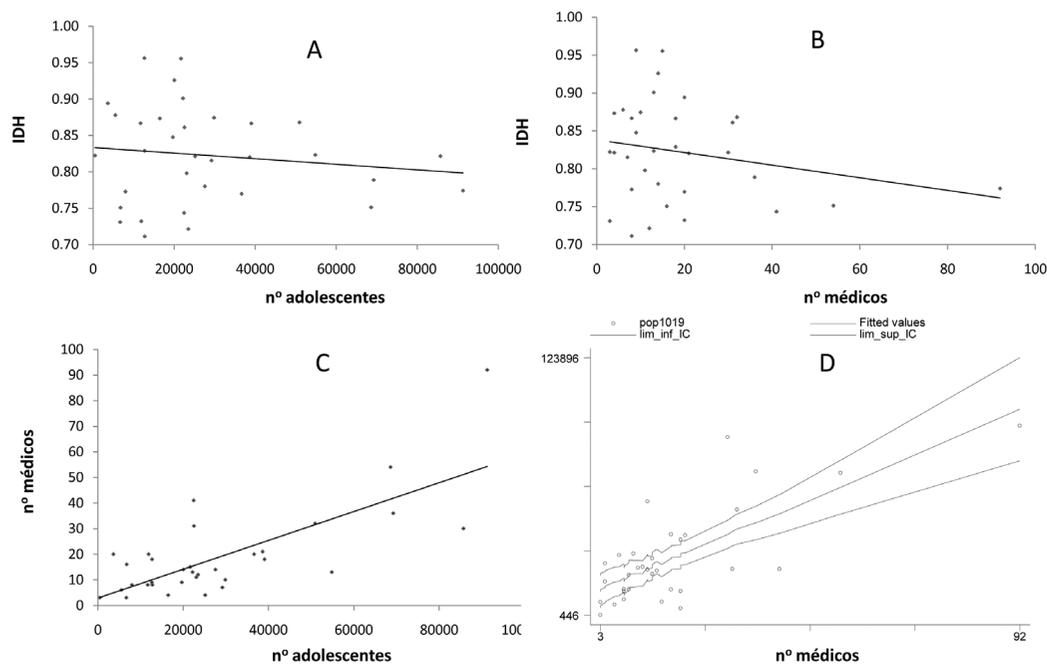


Figura 3. Relação entre: A) IDH e o número de adolescentes, B) IDH e o número de médicos, C) número de médicos e o número de adolescentes, D) Número médio de adolescentes (\hat{Y}) e o número de médicos (X_1) ajustado por IDH (X_2) segundo região administrativa da cidade do Rio de Janeiro ($\hat{Y} = 209.25 + 977.34 X_1 + 11711.82 X_2$)

contraceptivos estão disponíveis em mais de 95% das unidades. Por outro lado, atendimento ginecológico foi encontrado em 80,4% (IC95% 73,1-86,5) das unidades, orientação em sexualidade, em 86,5% (IC95% 79,9-91,5), violência sexual, em 65% (IC95% 56,6-72,5) e AIDS, em apenas 45,3% (IC95% 37,1-53,7). Tanto os serviços direcionados à população geral quanto os específicos aos adolescentes encontram-se descritos na Tabela 1.

Em relação à disponibilidade de exames laboratoriais, foi possível observar disparidade de resultados: enquanto sífilis e hepatite B são testadas em mais de 90% das unidades, o teste para pesquisa do HIV, por sua vez, só é realizado em menos de 40% delas. E com relação ao exame diagnóstico de gravidez, este é feito em aproximadamente 80% dos serviços.

As atividades educativas voltadas para a faixa etária jovem ocorrem em apenas 12,9% (19/147) das unidades. As principais barreiras apontadas pelos respondentes foram a falta de capacitação e a precariedade de recursos humanos (RH) em 50,3% e 57,1% das unidades, respectivamente. Segundo os coordenadores, apenas 28,8% dos

médicos dispõem de algum tipo de treinamento para atendimento desse grupo populacional.

A Tabela 2 apresenta o percentual de serviços que interpõe barreiras ao acesso do adolescente, na medida em que exige a presença de seu responsável para a marcação da consulta ou para seu próprio atendimento. Observou-se que em 34,4% das unidades o suporte dado aos casos de violência sexual é feito apenas mediante a presença do responsável.

Discussão

Este é o primeiro estudo que engloba todas as unidades de saúde do SUS, detalhando o posicionamento geográfico, a estrutura de atendimento e os recursos humanos que prestam serviços em SSR à população adolescente, na segunda maior cidade do Brasil.

A acessibilidade é um dos oito aspectos considerados mais importantes no cuidado ao adolescente²⁴. No que diz respeito especialmente à localização e distribuição dos serviços, as unidades de saúde estão de fato mais concentradas nas regiões

Tabela 1. Distribuição da oferta de serviço especializado entre as unidades ambulatoriais com SSR para a população geral e adolescente, Rio de Janeiro, 2011.

Serviço	População Geral		Adolescente	
	n	%	n	%
Obstetrícia	141	95,9	12	8,2
DST	132	89,8	14	9,5
Ginecologia	119	81,0	12	8,2
Violência	96	65,3	NA ^a	NA
AIDS	67	45,6	03	2,0
Total ^b	147	100,0	147	100,0

^aNA: não avaliado; ^bTotal de unidades com SSR.

Tabela 2. Exigência da presença de responsável para marcação de consulta e atendimento da população adolescente, Rio de Janeiro, 2011. (n = número de unidades respondentes)

	Marcação		Atendimento	
	%	n	%	n
Obstetrícia	4,2	6/141	11,4	16/141
DST	4,5	6/132	12,8	17/132
Ginecologia	6,7	8/119	14,3	17/119
Violência	NA ^a	NA	34,4	33/96
AIDS	6,0	4/67	17,9	12/67

^a não se aplica

em que há maior população adolescente. Quanto maior o número de adolescentes, maior o quantitativo de médicos na RA (Figuras 1 e 3). Entretanto, ao se avaliar a associação entre número de adolescentes e de médicos ajustado pelo IDH, observa-se uma relação de aproximadamente 977 adolescentes para cada médico, o que indica um número reduzido desses profissionais para essa população (Figura 3). A literatura não é clara ao estabelecer o número ideal de adolescentes ou mesmo de adultos por cada médico. Contudo, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde recomenda que se tenha uma equipe de saúde da família para, no máximo, cada 4.000 habitantes, sendo desejável 3.000. Em razão de a população brasileira ser constituída por 17,9% de adolescentes, cada equipe deveria ser responsável por aproximadamente 716 dos indivíduos dessa faixa etária²⁵. De acordo com a legislação brasileira, a cobertura de serviços deve ser universal, ou seja, disponibilizada para toda a população²⁶, mesmo sabendo que nem todo adolescente residente nas regiões analisadas utiliza os serviços públicos de saúde²⁷. Ademais, é necessário considerar que os médicos das unidades de

saúde analisadas não são voltados exclusivamente para o atendimento do adolescente.

Vale destacar que há distribuição de insumos de fundamental importância em SSR na maioria das unidades, como é o caso dos preservativos masculinos e dos contraceptivos orais. Por outro lado, a baixa cobertura de exames complementares pode ser um dos fatores que estejam contribuindo, de forma significativa, para o aumento dos índices de AIDS em adolescentes. Ocorre que o diagnóstico precoce de uma DST ou da soropositividade para o HIV é considerado importante medida de enfrentamento da epidemia da AIDS. Prova disso é que países desenvolvidos que adotam esta política – como a França, por exemplo – vêm apresentando incidência bastante reduzida em comparação com as taxas brasileiras²⁸.

Entretanto, a análise do funcionamento das unidades sugere claramente a não inclusão de ações que sejam direcionadas especificamente aos adolescentes²⁹. O Ministério da Saúde ressalta ser importante criar ou adaptar ambientes para o atendimento a esse grupo etário, com o intuito de deixá-lo mais à vontade, uma vez que os jovens, de um modo geral, sentem-se acanhados,

envergonhados quando se encontram em meio às crianças e/ou aos adultos, nas salas de espera. Esse é um dado que pode se configurar como uma considerável barreira à procura dos serviços de saúde por parte dos adolescentes³⁰.

Observa-se que menos de 10% dos serviços em SSR, no município analisado, têm turnos ou salas separadas para o atendimento dos jovens (Tabela 1). Na maioria das vezes, o atendimento a eles se dá em conjunto com a população em geral. É importante afirmar que não é necessária a criação de novos centros de referência para este fim, desde que o sistema de saúde existente esteja organizado para atender às necessidades específicas do adolescente. Adequações como flexibilidade nos horários de atendimento, espaço físico separado para jovens (ou na ausência de estrutura física, turnos específicos para adolescentes), garantia de privacidade, assim como folhetos e informações direcionados a esse público, favorecem seu cuidado³¹⁻³³. Os dados analisados demonstram não haver esse tipo de adaptação na maior parte dos serviços, uma vez que o atendimento ocorre no mesmo ambiente da população adulta.

Foi possível constatar, também, que apenas 12,9% das unidades apresentam algum tipo de atividade educativa para adolescentes; e os coordenadores relataram dificuldades em obter profissionais para desenvolver tal trabalho. A precariedade de recursos humanos treinados para o atendimento de adolescente é a principal barreira apontada em mais da metade das unidades. No Brasil, a grande maioria das escolas de formação profissional na área de saúde ainda não incorporou à grade curricular conteúdos técnicos que possam capacitar o recém-formado a atender, habilmente, esse grupo populacional³⁴. Menos de 1/3 dos médicos apresenta algum tipo de capacitação em saúde do adolescente. É importante que os trabalhos educativos e preventivos sejam atrativos para os adolescentes e que a equipe assistencial esteja devidamente preparada para lidar com eles.

A interdisciplinaridade é outro aspecto que desempenha importante papel no cuidado à saúde do adolescente. Entretanto, as equipes de saúde da família são constituídas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), excluindo profissionais de outros campos disciplinares, como psicólogo, nutricionista e assistente social²⁵. No cenário internacional, destacamos a recomendação de conferência realizada em Washington, DC, em 2012, que indicou ser essencial a integração

dos serviços de saúde física, comportamentais e reprodutivos para o aperfeiçoamento da atenção primária à saúde do adolescente³².

A disponibilidade de pronto-atendimento em mais de 80% das unidades favorece a acessibilidade aos serviços. Todavia, a exigência da presença do responsável para marcação da consulta e atendimento explicita a falta de preparo das unidades de saúde para lidar com os indivíduos dessa faixa etária. Sabe-se que atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde podem configurar uma grande barreira no acesso aos serviços dessa população³⁴. Isso porque adolescentes, quando comparados a adultos, são mais sujeitos a abordagens discriminatórias³¹⁻³³. Surpreendentemente, em mais de 10% dos serviços de SSR, o adolescente só é atendido acompanhado de seu responsável. Em algumas unidades, nem mesmo o agendamento da consulta é permitido (Tabela 2). Ou seja, há desrespeito às normas éticas preconizadas para a atenção ao adolescente³⁵. Ademais, essa exigência da presença do responsável fere os princípios de autonomia e confidencialidade previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, chegando a se configurar como impedimento do exercício pleno do direito fundamental à saúde e à liberdade desse jovem indivíduo. Afinal, isso pode ocasionar o que seria considerado como lesão maior de uma vida saudável³⁶. Fica clara, portanto, a violação aos direitos à privacidade, sigilo e confidencialidade – pilares fundamentais para o acesso dessa faixa etária aos serviços de saúde^{7,25,31-37}.

Ao ser analisado o atendimento para vítimas de violência, observa-se que em mais de 1/3 dos serviços é exigida a presença do responsável (Tabela 2). Tal fato configura um grande obstáculo ao cuidado desse jovem, pois muitos casos de abuso e violência sexual em tal faixa etária são cometidos pelos próprios familiares³⁸. A autonomia do adolescente torna-se, dessa forma, comprometida e o despreparo dos serviços para o seu devido atendimento salta aos olhos. Barreiras administrativas somam-se, assim, às de comunicação, em salas de espera, onde o adolescente é acolhido em conjunto com a população adulta em mais de 90% das unidades.

Como conclusão, o estudo atestou que apesar de haver uma larga distribuição geográfica das unidades de saúde, a estrutura do atendimento e os recursos humanos disponíveis para a implementação da atual política de saúde direcionada à atenção primária, em média, não é suficiente como, tampouco, atende às especificidades do público adolescente. Logo, para aperfeiçoamento

desse atendimento é fundamental a sensibilização de gestores, líderes e coordenadores de unidade para treinamento e capacitação da equipe multidisciplinar. Os direitos de autonomia e confidencialidade precisam ser universalmente respeitados. Estudos adicionais, principalmente com enfoque voltado para a percepção do usuário adolescente sobre a oferta e qualidade dos serviços serão, sem sombra de dúvidas, de grande utilidade para a complementação dos resultados encontrados.

Colaboradores

SR Taquette, DLM Monteiro, NCP Rodrigues, R Rozenberg, DCS Menezes, AO Rodrigues e JAS Ramos se responsabilizam pelo artigo e contribuíram substancialmente para sua concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica do manuscrito até a aprovação de sua versão final.

Agradecimentos

A FAPERJ pelo financiamento da pesquisa.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo*. [acessado 2014 jun 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- World Health Organization (WHO). *Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Geneva: WHO; 1986. [acessado 2014 jun 1]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf
- Mibzvo MT, Zaidi S. Addressing critical gaps in achieving universal access to sexual and reproductive health (SRH): the case for improving adolescent SRH, preventing unsafe abortion, and enhancing linkages between SRH and HIV interventions. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 110(Supl.):S3-S6.
- Knishkowsky B, Palti H. GAPS (AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services). Where are the gaps? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(2):123-128.
- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Plan Perspect* 1995; 21(2):64-69.
- World Health Organization (WHO). Adolescent friendly health services: an agenda for change. Geneva: WHO; 2002. [acessado 2014 nov 30]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/
- Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sancu LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 369(9572):1565-1573.
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012; 379(9826):1630-1640.
- World Health Organization (WHO). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva: WHO; 2014. [acessado 2016 mar 03]. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim epidemiológico HIV-Aids*. Brasília: MS; 2014. [acessado 2016 mar 3]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf
- Hindin MJ, Fatusi AO. Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Countries: An Overview of Trends and Interventions. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2009; 35(2):58-62.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Saúde do Adolescente - Bases Programáticas*. 2ª ed. Brasília: MS; 1996. [acessado 2014 nov 30]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/cd03_05.pdf
- Ruzany MH, Andrade CL, Esteves MA, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):639-649.
- Branco VMC. *Os sentidos da saúde do adolescente para os profissionais* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
- Fonseca DC, Ozella S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Interface (Botucatu)* 2010;14(33):411-424.
- Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad Saude Publica* 2006; 22(7):1505-1509.
- Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Souza MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2481-2490.
- Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Número de nascidos vivos, segundo a idade da mãe segundo área de planejamento (AP) e região administrativa (RA) de residência*. Rio de Janeiro: SMS; 2012. [acessado 2014 nov 30]. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília: MS; 2006. [acessado 2016 mar 17]. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/pnds/index.php>
- Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AO, Bortolotti LR, Amorim E. A epidemia de Aids em adolescentes de 13 a 19 anos no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop* 2011; 44(4):467-470.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Ranking IDHM dos Municípios, 2010*. Brasília: PNUD; 2013. [acessado 2015 mar 30]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx#>
- Green SB, Lissitz RW, Mulaik SA. Limitations of coefficient alpha as an index of test unidimensionality. *Educ Psychol Meas* 1977; 37(4):827-838.
- Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sancu LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *J Adolesc Health* 2013; 52(6):670-681.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012. [acessado 2014 set 13]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Jairnilson P, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 77(9779):1778-1797.
- Taquette SR. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. *Saude Soc* 2013; 22(2):618-628.
- Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2491-2495.

30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília: MS; 2005. [acessado 2016 abr 7]. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/MS/2005/Brasil_Saude_integral.pdf
31. Braeken D, Rondinelli I. Sexual and reproductive health needs of young people: matching needs with systems. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 119(Supl. 1):S60-S63.
32. Fox HB, McManus MA, Irwin Junior CE, Kelleher, KJ, Peake K. A research agenda for adolescent-centered primary care in the United States. *J Adolesc Health* 2013; 53(3):307-310.
33. Shaw D. Access to sexual and reproductive health for young people: Bridging the disconnect between rights and reality. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 106(2):132-136.
34. Nogueira MJ, Modena CM, Schall VT. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas – uma revisão bibliográfica. *Adolesc Saude* 2013;10(1):37-44.
35. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1717-1725.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Marco Legal. Saúde, um direito de Adolescentes*. Brasília: MS; 2007. [acessado 2016 abr 07] Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf
37. Bankole A, Malarcher S. Removing barriers to adolescents' access to contraceptive information and services. *Stud Fam Plann* 2010; 41(2):117-124.
38. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr* 2005;81(5 Supl.):S197-204.

Artigo apresentado em 11/12/2015

Aprovado em 24/10/2016

Versão final apresentada em 26/10/2016