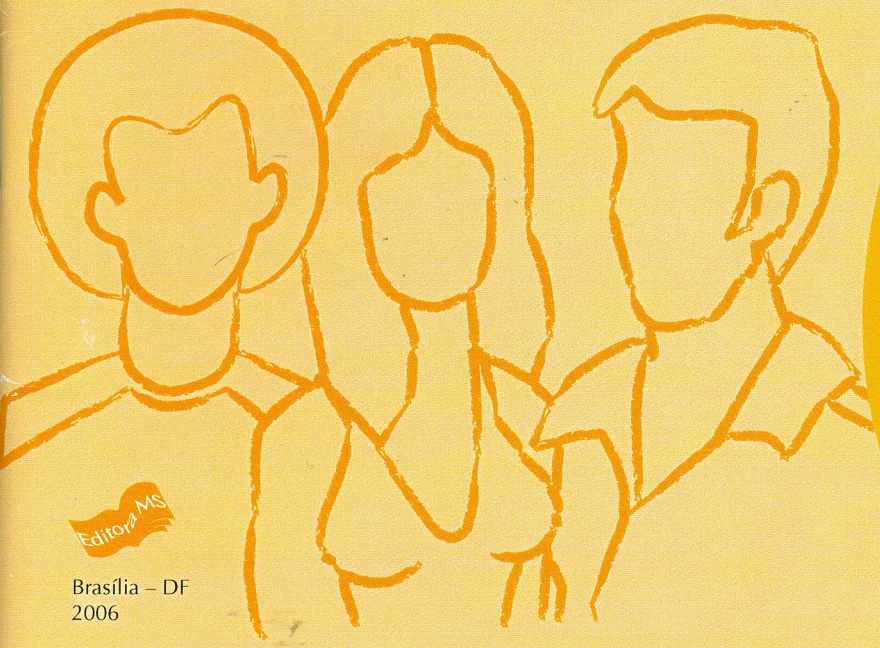
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Marco Teórico e Referencial
Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens

Versão Preliminar



Editora MS

Brasília – DF
2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Marco Teórico e Referencial

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens

Versão Preliminar

Série B. Textos Básicos de Saúde

Editora MS

Brasília – DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: versão preliminar – 2006 – 250 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, sala 622
70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2375
Fax: (61) 3315-2747
E-mail: adolescente@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br

Coordenação:
Thereza de Lamare Franco Netto
Márcia Cavalcante vinhas Lucas
Maria José de Oliveira Araújo

Elaboração:
Verônica Ferreira e Ana Paula Portella, do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia

Colaboração:
Participantes da Oficina Nacional de Construção do Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (lista em anexo)

Apoio financeiro:
UNFPA

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Marco teórico e referencial : saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.
56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. Comportamento sexual. 2. Saúde do adolescente. 3. Sexo seguro. I. Título. II. Série.

NLM WS 462

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0611

Títulos para indexação:
Em inglês: Theoretical and Referencial Framework: sexual and reproductive health of adolescents and youth
Em espanhol: Marco Teórico y Referencial: salud sexual y salud reproductiva de adolescentes y de jóvenes

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe Editorial:
Normalização: Gabriela Leitão
Revisão: Lilian Assunção e Mara Pamplona
Capa, projeto gráfico e diagramação: Alisson Albuquerque

"Quem pensa por si mesmo é livre,
E ser livre é coisa muito séria
Não se pode fechar os olhos
Não se pode olhar p'ra trás
Sem se aprender alguma coisa
P'ro futuro"

Renato Russo, "L'aventura"
In: "A tempestade" ou "O livro dos dias". EMI, 1996

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7
1 INTRODUÇÃO 9
2 ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE: DE QUEM ESTAMOS FALANDO? . . . 11
3 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL: CONSTRUIR PARA SUPERAR DESAFIOS 13
3.1 Saúde, sexualidade e reprodução na adolescência e juventude 13
3.2 Panorama da situação da saúde sexual e saúde reprodutiva na adolescência e juventude brasileiras 17
3.3 Adolescentes e jovens e os Serviços de Saúde: uma realidade diversa e desigual 24
4 MARCO CONCEITUAL DA SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS 31
4.1 Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens: uma questão de direitos humanos 31
4.1.1 Marco Internacional: compromisso de todos/as para uma juventude saudável 32
4.1.2 Marco Nacional dos Direitos de Adolescentes e Jovens: compromissos históricos frente aos desafios atuais 38
4.1.2.1 Estatuto da Criança e do Adolescente 38
4.1.2.2 Lei do Planejamento Familiar (Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996) 39
4.1.2.3 Adolescência, anticoncepção e ética 40
4.1.2.4 Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna. 42
4.1.2.5 Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos 43
4.1.2.6 Sexualidade e saúde na Educação Brasileira 44
4.1.2.7 Saúde sexual e reprodutiva para adolescentes em situação de privação de liberdade 45
5 DESAFIOS PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS 47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 49
LISTA DE PARTICIPANTES DA OFICINA NACIONAL 55

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, no documento *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma Prioridade do Governo*, apresenta entre suas propostas e diretrizes a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Tal prioridade consolida-se por meio da articulação entre as diversas áreas que envolvem o tema e norteia a formulação e a implementação de ações relativas à saúde sexual e à saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens de ambos os sexos.

A saúde sexual e a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens têm sido foco de inúmeros e profundos debates, questionamentos e controvérsias. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde.

O Ministério da Saúde, pautado nessa perspectiva, lança o *Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*, documento que agrega e discute os marcos legais nacionais e internacionais sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como a garantia de direitos. O marco fundamenta-se na produção do conhecimento sobre saúde e sexualidade de adolescentes e jovens existente no Brasil e no exterior e nas experiências políticas de muitos sujeitos sociais, com uma expressiva participação juvenil, cujos esforços têm se voltado para a garantia dos direitos de adolescentes e jovens no País.

O objetivo deste documento é oferecer subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos que orientem a implementação de ações voltadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Destina-se, especialmente, a todos os gestores do SUS, como também a outros setores das políticas públicas voltados à adolescência e à juventude. Ele deverá orientar as ações para a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como parte das estratégias de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

A promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos envolve a promoção do bem-estar de adolescentes e jovens, o estímulo à educação, inclusive como condição para a saúde sexual e reprodutiva; o envolvimento de jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades que

a eles se destinam, com destaque para a educação, a saúde sexual e a saúde reprodutiva.

Este marco expressa o compromisso do Governo Brasileiro com a superação das desigualdades e com a garantia dos direitos humanos de adolescentes e jovens no País, a partir de um amplo e profícuo debate.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA
Ministro de Estado da Saúde Interino

1 INTRODUÇÃO

Para o governo brasileiro, a adolescência e a juventude são etapas fundamentais do desenvolvimento humano, como são também as demais fases da vida. Trata-se de uma etapa de descobertas e desafios, de vivências e expectativas sociais diversas, presentes e concretas. Nesse sentido, o Estado compromete-se com o desenvolvimento de ações que permitam a adolescentes e jovens constituir seus projetos de vida e desenvolver as condições para o exercício da autonomia. A tarefa é oferecer os direitos necessários à afirmação de sujeitos capazes de construir a cidadania e consolidar a democracia em bases mais justas e participativas em nosso País.

A garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos é uma prioridade do governo brasileiro e norteia a formulação e implementação de ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva para homens e mulheres, adultos e adolescentes.

A inclusão de adolescentes e jovens nas políticas de saúde, especialmente naquelas voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva, requer novas perguntas sobre a realidade destes sujeitos. Requer, ainda, que tais perguntas sejam feitas a estes sujeitos, respeitando e considerando seus olhares, opiniões e propostas. A capacidade criativa e o potencial de participação social devem ser resguardados e promovidos nas práticas e políticas de saúde, assim como pelas demais políticas sociais.

A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção de autonomia dos adolescentes e jovens, princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis. É necessário reconhecer, no entanto, que as condições de construção da autonomia estão mais ou menos colocadas conforme as relações e estruturas sociais em que adolescentes e jovens estão inseridos, marcadas por muitas formas de desigualdades.

O grande desafio para uma política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens é justamente o de implementar ações de saúde que atendam às especificidades desta população, de modo integral, e respondendo às demandas colocadas pelas condições decorrentes das distintas situações de vida dos adolescentes e jovens do País. Estas ações devem considerar as desigualdades de gênero, baseadas na raça/cor, na orientação sexual e na classe social, e contribuir para a sua superação. É preciso considerar, também, as diferenças culturais e as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões do País e seu impacto na situação de saúde e na organização das ações.

Reorganizar serviços em uma perspectiva de acolhimento das demandas específicas desta população, e de forma que o acesso às ações, aos serviços e aos insumos de saúde seja garantido sem as limitações atualmente impostas, requer uma reflexão sobre o papel dos diversos atores envolvidos no atendimento desta população no setor Saúde e nos demais setores que desenvolvem políticas de atenção à juventude.

Nesta perspectiva, foi realizada uma Oficina Nacional de Elaboração do Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens (Brasília, novembro de 2004). As questões, os desafios e as prioridades aqui apresentadas são resultado deste intenso e propositivo debate, que reuniu adolescentes e jovens de grupos organizados de todo o País, representados em sua diversidade de classe, gênero, raça/etnia e orientação sexual, de gestores locais, estaduais e nacionais da área da Educação e da Saúde, de organizações da sociedade civil com atuação no campo da sexualidade e saúde de adolescentes e jovens e de organismos internacionais.

Ampliar o debate e buscar caminhos para garantia da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens é uma tarefa urgente para qual este marco poderá contribuir e subsidiar.

2 ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE: DE QUEM ESTAMOS FALANDO?

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/90 (BRASIL, 1990), circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida (10 aos 19 anos) e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS, definindo o público beneficiário como o contingente da população entre 10 e 24 anos de idade.

As fronteiras cronológicas são uma referência para a delimitação de políticas, mas na vida concreta e na experiência singular de adolescentes e jovens, tais fronteiras não estão dadas de um modo homogêneo e fixo.

A população de adolescentes e jovens do Brasil compreendia, em 2001, o contingente de 51 milhões de brasileiros na faixa etária dos 10 a 24 anos de vida ou 1/3 da população brasileira. A população masculina e feminina é praticamente igual nesta faixa de idade. Têm-se observado transformações na composição etária brasileira: aumentam o número de adolescentes de 15 a 19 anos e há um decréscimo entre jovens de 20 a 24 anos. Grande parte desta população vive nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2000).

A população adolescente no Brasil, aquela na faixa etária entre 10 e 19 anos, corresponde a 21% da população nacional, segundo o último censo do IBGE. Trata-se de um grupo com grande expressividade populacional. São 35.302.872 adolescentes, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres. Segundo dados do IBGE, 49% destes adolescentes são negros e 50% definem-se como brancos.

3 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS NO BRASIL: CONSTRUIR PARA SUPERAR DESAFIOS

A saúde não se encerra na ausência de doenças, ela é um processo contínuo de garantia de condições amplas de qualidade de vida, satisfação pessoal e fortalecimento para a vida social. Envolve um conjunto de direitos que são condições para o bem-estar físico, psicológico e social, e para o enfrentamento de desigualdades estruturais que impedem as plenas condições de desenvolvimento humano.

3.1 Saúde, sexualidade e reprodução na adolescência e juventude

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder.

Para adolescentes e jovens, esta dimensão se traduz em um campo de descobertas, experimentações e vivência da liberdade, como também de construção de capacidade para a tomada de decisões, de escolha, de responsabilidades e de afirmação de identidades, tanto pessoais como políticas. A sexualidade se destaca como campo em que a busca por autonomia de projetos e práticas é exercida de forma singular e com urgência próprias da juventude (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 2003).

Como afirma a Opas, as políticas e os programas de saúde voltados para adolescentes e jovens freqüentemente desconsideram estes diversos aspectos da sexualidade, na medida em que “ignoram que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo com freqüência não se incluem nas intervenções de saúde sexual e saúde reprodutiva” (AINE-SCHUTT; MADDALENO, 2003).

Nesta concepção, adolescentes e jovens não são reconhecidas socialmente como pessoas sexuadas, livres e autônomas, o que tem submetido-os a situações de vulnerabilidade, no plano pessoal, social e institucional, e a diversas interdições pessoais.

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas conseqüências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais por adolescentes e jovens: as desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas e culturais, quanto à raça/cor, as relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual.

Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e jovens – em particular em relação à saúde –, e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre este segmento populacional.

Vale salientar que o Brasil é um país de dimensões continentais, com grandes disparidades regionais, por exemplo entre áreas urbanas e rurais. As diferenças socioculturais econômicas e outras existentes entre o modo de vida urbano e rural podem implicar em necessidades de saúde diferenciadas para adolescentes e jovens de ambos os contextos. O acesso aos serviços de saúde é, por exemplo, mais limitado às pessoas residentes em áreas rurais, pelas lacunas na cobertura e pela maior dificuldade de deslocamento nestas áreas.

As desigualdades baseadas na raça e etnia precisam ser consideradas na implementação das políticas. A saúde da população adolescente e jovem indígena, especialmente no que toca à saúde sexual e saúde reprodutiva, exige estratégias que assegurem o acesso aos serviços e ao direito à saúde, com respeito aos valores, crenças e normas culturais destes jovens e suas comunidades.

Segundo o IBGE (Censo 2000), a população adolescente negra responde por quase metade desta população. Apesar desta expressividade populacional, a produção de informações e estudos sobre a vida sexual e reprodutiva deste segmento populacional e, conseqüentemente, sobre sua relação com os serviços de saúde, ainda é ínfima. Além do mais, o fato é que a desigualdade com base na raça/etnia tem relação direta com a vulnerabilidade social, e a situação de saúde desta população não tem sido suficientemente enfocada pelas políticas públicas de um modo geral e pelas políticas de saúde, em particular.

"Enquanto aproximadamente 40% dos adolescentes brancos estão em família cuja renda mensal é superior a cinco salários mínimos, apenas 18% dos adolescentes não brancos vivem em família com essa situação de rendimento". (IBGE, 2002 apud ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS CENTROS DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2004)

A orientação sexual tem sido uma dimensão marcada por forte reprodução de preconceitos, que muitas vezes se revertem em violência institucional, perpetrada por agentes públicos. A livre expressão da sexualidade tem sido

negada como um direito humano e a homofobia tem-se revelado uma das formas de violação de direitos reproduzida no cotidiano, colocando-se como obstáculo ao acesso e exercício dos direitos sociais por homossexuais e bissexuais, homens e mulheres.

As questões de gênero permeiam as questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva. Os principais problemas registrados quanto à saúde sexual e saúde reprodutiva relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Isto se deve ao fato da responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família, muitas vezes reproduzidas pelos serviços de saúde, o que explica serem as mulheres a maioria dos usuários do SUS, inclusive no segmento juvenil. Esta situação reflete as desigualdades de poder nas relações de gênero: o menor poder de mulheres termina por expô-las à gravidez não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam sua saúde.

Por outro lado, os adolescentes e jovens masculinos não têm sido atendidos em suas necessidades de saúde relacionadas à sexualidade e à reprodução. Com efeito, os serviços de saúde encontram dificuldades em atender a este público, o que é constatado em estudos, pesquisas e ações envolvendo profissionais de saúde. Os adolescentes também não são reconhecidos como partícipes da vida sexual e da vida reprodutiva, e em seu direito, como, por exemplo, a assumir a paternidade.

Além das questões que compõem o contexto mais amplo da situação de saúde sexual e saúde reprodutiva, situações particulares de vida de adolescentes e jovens brasileiros requerem atenção específica.

O contexto específico de adolescentes em situação de privação de liberdade é também uma demanda urgente para as políticas de saúde brasileiras. Trata-se de uma população entre 12 e 18 anos de idade[1] (SDEH, 2004), a maior parte com vida sexual ativa, inclusive com filhos e mantendo relações estáveis (FONACRIAD, 1999). Estes adolescentes são desprovidos, em grande parte, de atenção específica à saúde até muito recentemente, quando iniciam-se ações interministeriais do governo voltadas para este segmento (trataremos adiante deste aspecto) .

Assegurar o direito à saúde e aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva aos adolescentes e jovens portadores de deficiência física e mental é outro desafio a ser enfrentado, que exige rupturas com mitos e práticas ins-

[1] Fonte: Levantamento da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente/ SEDH baseado em informações fornecidas pelos Estados – Janeiro/2004. São considerados "em privação de liberdade" adolescentes em situação de internação, internação provisória e semi-liberdade. Disponível em http://www.presidencia.gov.br/sedh/. Consulta realizada em 31/01/2005.

titucionalizadas de não reconhecimento desta população como sujeitos de direitos que vivem ou desejam exprimir e viver a sexualidade e a reprodução como etapa natural do seu ciclo de vida.

Uma cruel expressão da desigualdade social, racial e de gênero no Brasil é a exploração sexual de adolescentes e jovens no território brasileiro. Recente estudo do Governo Federal (GRUPO DE PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL, 2005) mostrou que a exploração sexual de crianças e adolescentes é uma prática disseminada no Brasil – atingindo cidades grandes, médias e pequenas de todo o País – embora a situação seja mais grave em algumas regiões e cidades do País. Está presente em 937 municípios. Destes, 298 (31,8%) situam-se na Região Nordeste; 241 (25,7%) no Sudeste; 162 (17,3%) no Sul; 127 (13,6%) no Centro-Oeste; e 109 (11,6%) no Norte. Este problema, uma das mais graves violações dos direitos humanos de adolescentes e jovens no País, tem impactos diretos sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Ademais, a política de saúde ocupa um papel fundamental na constituição de uma rede institucional e intersetorial de enfrentamento.

A epidemia de HIV/aids e seus índices entre a juventude e adolescência brasileira representa um importante campo de intervenção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, seja no plano da prevenção como no da assistência e da promoção da saúde. Adolescentes e jovens soropositivos, homens e mulheres, possuem necessidades específicas com relação à sua vida sexual e à vida reprodutiva a serem respeitadas e asseguradas nos serviços de saúde, sem estereótipos ou estigmas.

Encarar a sexualidade e reprodução de maneira positiva e como dimensão de saúde potencializa a auto-estima e fortalece adolescentes e jovens enquanto sujeitos sociais.

Alguns importantes passos têm sido dados. No último censo demográfico, por exemplo, já se passa a considerar a faixa etária de 10 a 14 anos como idade reprodutiva, o que tem resultado em ganhos de informações importantes para a formulação de políticas públicas.

É preciso salientar que os avanços legais, políticos e conceituais no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos são fruto da atuação intensa dos movimentos sociais, em especial dos movimentos de juventude e do movimento feminista. A organização de adolescentes e jovens em espaços de participação social, intensificada nos últimos anos, é um dos elementos impulsionadores e de fortalecimento no avanço das políticas sociais para a juventude.

Para a plena execução de tais políticas, é necessária a integração destes sujeitos nas etapas de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação. Desta forma, estará garantida a construção de políticas públicas de modo integrado que respondam às demandas de adolescentes e jovens em todas as dimensões do seu cotidiano.

3.2 Panorama da situação da saúde sexual e da saúde reprodutiva na adolescência e juventude brasileiras

Segundo estudo da Unicef (2002), dos adolescentes brasileiros com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8% já haviam tido relações sexuais. Destes, 61% eram homens e 39% mulheres. Segundo o IBGE (2000), 9,5% de adolescentes entre 15 e 19 anos (82% mulheres e 18% homens) vivenciam algum tipo de união, com vida sexual. Entre os jovens de 20 a 24 anos, 36,5% vivenciam também uniões conjugais, sendo o maior percentual entre mulheres (62%).

Quanto à prática do sexo seguro (uso do preservativo nas relações sexuais), dados de 2002 (Unicef) apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais já vivenciadas. Destes, 35,1% eram mulheres e 64,9% homens. É provável que esses percentuais sejam resultado das campanhas educativas da última década, mas o estímulo e a oferta, e o acesso aos métodos de prevenção continuam a ser uma demanda prioritária para a garantia da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil, particularmente entre os grupos sociais de menor renda e instrução.

O aumento da taxa de fecundidade entre mulheres jovens é também um importante aspecto a ser considerado. Se entre mulheres como um todo se assistiu nas quatro últimas décadas um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, passa a 2,3 filhos, entre adolescentes e jovens o sentido é inverso. Desde os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%.

A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva deste segmento. Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.

O olhar e a opinião dos jovens sobre este tema constantemente não são considerados, predominando a visão “adultocêntrica” e o projeto de vida do

adulto para o jovem, emanado seja pela da família, por profissionais de saúde, educadores e ainda por outros importantes campos com forte influência simbólica sobre toda a sociedade, como a mídia (televisão, rádio, jornais, etc.) Se o olhar da jovem que engravida não é considerado, muito menos é a opinião, os sentimentos e as necessidades dos jovens pais.

A reflexão mais crítica e ampla sobre a questão permite considerar a gravidez na adolescência como um acontecimento que está associado a diversos fatores sociais, como também pessoais e familiares. É preciso considerar, porém, que há relevantes distinções entre a gravidez ocorrida no início da adolescência (na faixa etária dos 10 a 14 anos) e aquelas que ocorrem nas demais faixas etárias, o que exige uma análise complexa da questão em suas particularidades.

Com efeito, em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo *status* de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes, sobretudo das pobres e negras. Alguns estudos têm explorado a relação entre gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos e a ocorrência de violência sexual, hipótese que não tem sido contestada (CAVASIN, 2004). Ao mesmo tempo, nesta faixa etária, a gravidez pode ainda estar relacionada com o desejo de se tornar mãe e de constituir família (CAVASIN, 2004)[2].

Os índices de atendimento do SUS demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS (BRASIL, 2003).

Se compararmos os números do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc/Datasus) disponíveis desde 1994, nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos, observamos elevação do número de nascidos vivos em todas as faixas até o ano 2000. A partir de 2000, observamos queda no número de nascidos vivos nas faixas e etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. A partir de 2001 observamos o decréscimo dos valores também na faixa etária de 10 a 14 anos, conforme tabela a seguir:

[2] Esta é uma conclusão do estudo exploratório Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social, realizado em cinco capitais brasileiras (2004).

Nascidos vivos – Brasil
Nascimentos p/ocorrência, por idade da mãe e ano do nascimento

Idade da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos
Período:1994-2003

Idade da mãe	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
10 a 14	17.628	21.304	24.953	26.847	27.237	27.518	28.973	27.931	27.664	27.239
15 a 19	490.716	581.738	630.972	668.038	702.579	726.642	721.564	696.955	665.437	645.806
20 a 24	774.744	862.692	890.747	922.023	966.381	1.010.878	998.523	974.937	966.483	955.304
Total	**1.283.088**	**1.465.734**	**1.546.672**	**1.616.908**	**1.696.197**	**1.765.038**	**1.749.060**	**1.699.823**	**1.659.584**	**1.628.349**

Fonte: Sinasc/Datasus

Em trabalho apresentado no Encontro Anual da Associação Americana de População (PAA), em 2005, na Filadélfia, as pesquisadoras Elza Berquó e Suzana Cavenaghi, destacam que essa queda pode ser conseqüência de ações, tais como:

- Amplas campanhas em nível nacional para prevenção de DST e aids direcionadas para segmentos da população jovem.
- Estratégias de políticas de saúde reprodutiva para adolescentes, incluindo contracepção de emergência.
- Recomendação estatal para inclusão de educação sexual nas escolas.
- Exposição massiva na mídia das conseqüências negativas da gravidez não planejada entre pessoas jovens.

O índice de gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos, conforme explora Cavasin (2004), tende a ser maior nas regiões e estados em que há exploração sexual de adolescentes e jovens.

A experiência e outros estudos (ARILHA, 1998; HEILBORN, 2002) têm demonstrado que a gravidez pode ser uma opção para adolescentes nesta faixa etária, como também para aqueles entre 15 a 19 anos. Pode estar incluída em projetos de vida de adolescentes seja do sexo feminino como também compartilhados por adolescentes e homens jovens. A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador.

Dados da Pesquisa Gravad, [3]realizada em três grandes capitais brasileiras entre adolescentes e jovens, homens e mulheres, com idade entre 18 e 24 anos, apontaram que a maioria das adolescentes mulheres que engravidaram (97,5%) e dos adolescentes que já engravidaram uma companheira (85,8%), encontravam-se em contextos de relacionamentos afetivos estáveis.

O reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens .

É fato também que a gravidez não planejada, quando indesejada, pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e saúde reprodutiva de

[3] Estudo multicêntrico realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, mediante estratégias metodológicas quantitativas e qualitativas, envolvendo 4.634 jovens, homens e mulheres, com idade entre 18 e 24 anos (27,2% homens e 52,8% mulheres). O período de realização foi 2001-2002. Pesquisa realizada pelo Programa de Estudos em Gênero e Saúde (Musa); Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; Instituto de Medicina Social da UERJ e Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

adolescentes e jovens brasileiros, como atesta o número de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, bem como nos índices de óbitos maternos juvenis. Este é um problema de saúde preponderante entre mulheres jovens e, em particular, entre negras e pobres, mais expostas aos riscos do aborto em condições inseguras, como também às conseqüências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida na situação de saúde.

Segundo o Datasus, o maior percentual de nascidos mortos é registrado na faixa etária de 10 a 14 anos, com um percentual de 13% (1999). Os dados também atestam, porém, que os nascidos mortos, filhos de mulheres de 10 a 14 anos, são inversamente proporcionais aos anos de escolaridade dessas mães, ou seja, tendem a ser maiores quanto menor for o nível de escolaridade que, por sua vez, está diretamente relacionado à pobreza e ao acesso aos direitos sociais.

Este dado revela que a mortalidade, seja de mães ou de bebês, está relacionada às condições socioeconômicas em que se inserem e não se explicam somente pela faixa etária em si mesma. A qualidade da assistência obstétrica também responde por este dado. Em 2000, 6,3% das adolescentes mães nesta faixa etária não haviam realizado pré-natal.

A pobreza e as dificuldades de construção de projetos de vida para a adolescência e a juventude no Brasil se deve a muitos fatores estruturantes das condições sociais desta população e a um contexto mais amplo de falta de direitos. Vale destacar que os dados da Pesquisa Gravad apontaram também que 42,1% das jovens que tiveram filhos com menos de 20 anos já se encontravam fora da escola quando engravidaram.

Segundo estudo de Berquó e Cavenaghi (2005), as possibilidades de permanência de adolescentes mães na escola são muito menores do que entre adolescentes que não têm filhos. A partir dos dados do Censo 2000, as autoras mostram que, entre as adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade que estavam na escola, na época do Censo, apenas 20% daquelas que têm filhos estão na escola. Entre as adolescentes sem filhos, na mesma faixa etária, o percentual é de cerca de 80%. Estas chances diminuem, segundo as condições econômicas destas jovens, tornando-se ainda menores para as mais pobres, negras, com menos anos de estudo e que trabalham fora de casa (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005).

Segundo o mesmo estudo, a baixa qualidade da educação somada às poucas oportunidades de trabalho e emprego, sobretudo para os adolescentes pobres, estão diretamente relacionadas ao abandono da escola uma vez que

a constituição da família torna-se uma escolha mais atrativa para suas vidas (BLEDSON; COHEN apud BERQUÓ; CAVENAGHI, 2005), uma vez que é na constituição da família que se mostram possibilidades de reconhecimento social destes jovens.

É preciso reconhecer as dificuldades das mães adolescentes e jovens continuarem sua vida escolar. Retomando as informações da pesquisa Gravad, o percentual daquelas que interromperam temporariamente os estudos foi de 25%, enquanto 17,5% o fizeram definitivamente. Este é um problema maior entre as adolescentes mulheres, ainda majoritariamente responsabilizadas pelo trabalho reprodutivo e prejudicadas pela ausência de políticas públicas e pelo descumprimento de medidas já existentes, como as legislações educacionais que favorecem a continuidade dos estudos.

A discriminação, muitas vezes, é também um fator associado à evasão escolar de meninas e jovens mães. Há um despreparo para abordar e acolher adolescentes mães nas escolas, e este quadro precisa ser revertido pelas instituições de saúde, em parceria com as instituições de educação.

Com relação ao mercado de trabalho, a pesquisa indica que 62,6% das mulheres já se encontravam fora do mercado de trabalho quando engravidaram e assim se mantiveram. Entre os homens, o percentual foi de 14,1%. Apenas 6,6% e 3,4% das mulheres e homens, respectivamente, pararam de trabalhar após o evento da gravidez.

A pesquisa da Gravad, como outros estudos já realizados, questionam a relação entre taxa de natalidade e pobreza que, por sua vez, já foi suficientemente contestada pela própria realidade social brasileira: a queda na taxa de natalidade ocorrida não tem correspondido a um "atenuamento" das desigualdades sociais no Brasil, ou sequer à redução dos níveis de pobreza entre a população. Estas desigualdades se devem a muitos outros fatores estruturantes e a um contexto mais amplo de ausência de direitos e de políticas públicas que subsidiem a inserção no mercado de trabalho e a continuidade da educação.

Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens, homens e mulheres nesse contexto, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos e os serviços, como também a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério devem ser assegurados de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável.

No plano da Saúde, isto implica em superar o enfoque de risco sobre a gravidez na adolescência para inseri-la no contexto da promoção da saúde de

um modo mais amplo. O enfoque de risco se materializa, por exemplo, no fato de grande parte dos profissionais considerarem a cesárea como procedimento de rotina para adolescentes na faixa dos 15 aos 19 anos.

Segundo dados da PNDS, de 1996 (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997), a primeira causa de internação entre adolescentes de 10 a 14 anos é o parto. Em 2002, a principal causa de internações no SUS de adolescentes e jovens na faixa etária dos 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos entre adolescentes relacionava-se à gravidez, ao parto e ao puerpério[4].

Em 2002, foram registrados no Datasus 1.650 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 268 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 687 (42%), entre 20 e 29 anos. Portanto, mais da metade dos óbitos maternos registrados pelo Datasus atingem a população mais jovem (58%).

Este dado pode estar relacionado, como demonstram os estudos sobre mortalidade materna já realizados no País, à precariedade na assistência ao pré-natal e, no caso deste segmento populacional, à ausência de atenção específica a adolescentes e jovens gestantes. Vale ressaltar que o aborto inseguro está diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e jovens, atingindo, sobretudo, aquelas em situação de pobreza.

O aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal não têm se adequado ou atendido às necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. Indicam, portanto, a necessidade de formulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva de adolescentes e jovens, em condições desejadas e seguras.

A epidemia de aids tem crescido entre adolescentes e jovens. A prevalência de aids entre adolescentes de 15 a 19 anos passou de 0,6% até 1990 para 2,0% de 1991 a 2000, e de 2,4% para 10,5% entre jovens de 10 a 24 anos, no mesmo período. O perfil epidemiológico da epidemia tem apontado desde o final dos anos 90 para o crescimento da infecção entre mulheres e, em particular, entre mulheres e homens das classes populares, como também seu crescimento em outras regiões do País, como o Nordeste (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO; FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER, 2003).

[4] Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em 2003 (Coordenação Nacional de DST/AIDS), foram diagnosticados um total de 9.762 novos casos de aids. Destes novos casos, 457 (7,2%) foram registrados entre jovens homens de 13 a 24 anos de idade, enquanto 388 (11,3%), entre jovens mulheres na mesma faixa etária. Este dado indica a maior prevalência de infecções por HIV/aids entre adolescentes e jovens do sexo feminino, numa tendência epidemiológica que aponta e "feminização" da epidemia e indica maior vulnerabilidade deste grupo etário à infecção.

São insuficientes os dados sobre a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis entre a população jovem, sobretudo entre adolescentes. As tendências gerais, no entanto, apontam para uma maior prevalência destas infecções entre as adolescentes e jovens, destacando-se entre estas o herpes genital e o HPV (17% e 25% dos casos registrados na faixa dos 10 a 24 anos, respectivamente). Pode-se presumir, no entanto, que o início da vida sexual precoce e os dados sobre a não utilização de preservativos indicam a vulnerabilidade de adolescentes e jovens a estas infecções.

A relação entre uso de drogas e práticas sexuais inseguras, ou seja, sem uso de preservativo, é apontada em alguns estudos. Berquó (1999), por meio de pesquisa realizada em 1999, demonstrou que 20% dos homens estão expostos (não utilizam preservativos quando do uso de substâncias), entre eles 22% de jovens de 16 a 25 anos. Entre mulheres, apenas 7% da amostra foi classificada como exposta, entretanto os maiores percentuais de exposição deram-se entre as mais jovens.

O total de jovens e adolescentes usuários de drogas durante o ano de 1998 foi de aproximadamente 1,1 milhão, com expressiva predominância do sexo masculino (83%). Em 1998, 26% dos rapazes de 16 a 19 anos, e 18% entre 20 a 24 anos, haviam utilizado algum tipo de droga pelo menos uma vez na vida. Entre as meninas, esses percentuais eram de, respectivamente, 6,9% e 8,4%. A incidência do uso de drogas, inclusive o álcool, é maior entre jovens homens de 16 a 19 anos, enquanto entre as mulheres a prevalência é entre o grupo de 20 a 24 anos. São os homens até 24 anos os que mais já utilizaram drogas entre todos os grupos etários.

3.3 Adolescentes e jovens e os serviços de saúde: uma realidade diversa e desigual

De um modo geral, a freqüência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde no Brasil é ainda muito pequena. Segundo pesquisa da Unesco (CASTRO, 2004), os serviços de saúde não aparecem como um lugar importante e prioritário para se encontrar informações confiáveis sobre sexualidade, do ponto de vista dos adolescentes brasileiros. Muitos dos dados sobre saúde

sexual e saúde reprodutiva da população adolescente e jovem brasileira aqui apresentados refletem este a realidade.

Parte desta realidade se explica pelo fato das instituições de saúde responderem por grande carga do controle sobre a sexualidade e a reprodução de adolescentes e jovens, considerada como situações de risco, em detrimento de uma visão promocional da saúde.

O "adultocentrismo" estabelece relações de poder desiguais entre uma geração, detentora de maior poder, sobre outra. Um exemplo dessas relações desiguais de poder, que também caracteriza outras políticas sociais, manifesta-se nas práticas prescritivas sobre o comportamento e as atitudes de adolescentes e jovens nos serviços de saúde. Para que adolescentes e jovens tenham acesso aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, tais culturas e práticas profissionais devem ser transformadas, principalmente em suas relações de poder.

O afastamento entre serviços e juventude se expressa na própria nomenclatura dos serviços. Por exemplo, a oferta de métodos contraceptivos em geral se situa na rede pública no campo do planejamento familiar. A própria definição atrelada à idéia de constituição ou não de família já coloca em si barreiras a pessoas que não tenham esta expectativa, mas que detenham demandas sobre o planejamento de sua vida reprodutiva. Até mesmo do ponto de vista simbólico e estético, os serviços de saúde precisam ser reconhecidos pela juventude. Daí a importância de elaboração de nomes, materiais de divulgação, nomenclaturas e ambiência para os serviços que sejam atrativos e correspondam às expectativas diversas de adolescentes e jovens, mulheres e homens, ressalte-se.

A busca pelos serviços é distinta entre adolescentes do sexos feminino e masculino, refletindo, em geral, as construções sociais e culturais, e as desigualdades nas relações de gênero.

Os dados da Pnad de 1998 (BRASIL, 1998) mostram que as mulheres buscam mais os serviços a partir dos 14 anos de idade, o que demonstra relação direta com a idade reprodutiva. No início da adolescência, são os homens que buscam mais os serviços. As razões de busca ao serviço são diferentes entre homens e mulheres jovens: os primeiros, dos 10 a 19 anos, costumam utilizar-se mais dos serviços odontológicos, enquanto as mulheres adolescentes e jovens buscam o serviço de atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Os jovens do sexo masculino pouco utilizam os serviços de saúde com o objetivo de cuidar de sua saúde sexual e saúde reprodutiva, assim como no

atendimento em planejamento familiar. Sua freqüência nos serviços de saúde, especialmente na atenção básica, se dá sobretudo em virtude de agravos relacionados a doenças ou acidentes e lesões. Este fato está relacionado à idéia socialmente vigente de que homens não cuidam de sua própria saúde e, muito menos, dos cuidados inerentes a uma boa saúde sexual e saúde reprodutiva.

Com efeito, os serviços de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva estão prioritariamente voltados para o atendimento de mulheres, historicamente entendidas como sujeito exclusivo das ações nesta área. Esta realidade resulta na ausência de práticas, condutas e ações voltadas para a inclusão de adolescentes e jovens no atendimento relacionado à gravidez, à anticoncepção e aos demais campos da saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente na atenção básica.

São inexistentes, ainda, informações e estudos nacionais sobre a vida sexual de jovens *gays*, lésbicas, bissexuais, transexuais, transgêneros e travestis, e suas necessidades específicas na área da saúde, assim como das políticas públicas de modo geral. Sabe-se que os preconceitos, interdições, violações de direitos e violências atingem de modo intenso as pessoas homossexuais e bissexuais, homens e mulheres, como também a outras identidades sexuais socialmente consideradas como transgressoras.

É provável que estes jovens não levem aos serviços de saúde seus problemas e suas preocupações no campo da sexualidade, devido à carga de preconceito e discriminação que sofrem na sociedade, na qual, infelizmente, os serviços desempenham um papel importante. O mesmo ocorre, e com um nível de desconhecimento ainda maior, entre adolescentes e jovens bissexuais, transgêneros e transsexuais.

O Ministério da Saúde constituiu um Grupo de Trabalho Intersetorial, que conta com a participação de sujeitos dos movimentos e grupos de homossexuais, homens e mulheres, visando aprimorar ações de atenção integral à saúde de gays, lésbicas, tansgêneros e bissexuais no SUS.

Na Oficina Nacional para elaboração deste Marco, realizada em novembro de 2004, foram colocadas algumas propostas e estratégias, como a sensibilização e inclusão do tema da "diversidade sexual" na formação de profissionais de saúde; na elaboração de materiais educativos que orientem profissionais e usuários adolescentes e jovens; na revisão, divulgação e oferta dos métodos para a prática do sexo seguro entre adolescentes homossexuais, considerando-se as especificidades de cada sexo; na formulação de ações que considerem as necessidades específicas destes adolescentes e jovens do sexo masculino e feminino. As diversas orientações sexuais exigem mudanças substanciais nas políticas, nos serviços e nas práticas profissionais.

A sexualidade e a reprodução entre adolescentes e jovens portadores de deficiências são outro tema importante dentro das políticas de saúde, considerando a maior exclusão deste segmento em função de sua necessidade específica e dos preconceitos e mitos sobre a sua vida sexual e vida reprodutiva. No Brasil, a população jovem (entre 15 e 24 anos) com algum tipo de deficiência é de 2.684.366, sendo 1.353.806 adolescentes na faixa de 15 a 19 anos e 1.330.560 jovens de 20 a 24 anos, o que corresponde a 7,9% da população total de adolescentes e jovens do Brasil (BRASIL, 2000). Muitas são as crenças acerca da sexualidade dos portadores de deficiência, seja ela física ou psíquica, como o mito de que jovens e adolescentes com deficiência não tenham ou não possam ter relações afetivas e vida sexual ativa; de que a expressão do desejo sexual, sobretudo entre portadores de deficiência mental, seja comportamento fora dos "padrões de normalidade". Essas crenças reafirmam o isolamento social destes jovens e inibem o direito de viver e expressar sua sexualidade, inclusive como dimensão fundamental de uma vida saudável.

O que se tem demonstrado é que essas crenças se fundamentam mais nos preconceitos e estigmas em relação às diferenças e menos na realidade e em estudos. Estes preconceitos e mitos se refletem e reforçam a idéia de incapacidade para o planejamento e o exercício da vida reprodutiva. Estes adolescentes e jovens têm menos acesso à informação, à orientação e ao apoio no exercício da sexualidade e da reprodução. Por estas razões, é fundamental desenvolver e implementar ações específicas com diferentes abordagens garantindo o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, e contribuindo para a desconstrução de mitos e preconceitos disseminados e institucionalizados na sociedade, na família, nas instituições escolares e nos próprios serviços de saúde.

Sabe-se também que muitas famílias, com o respaldo ou não dos serviços de saúde, procuram realizar laqueaduras tubárias para que as adolescentes nesta situação não tenham filhos. Esta é uma situação de violação dos direitos reprodutivos a ser enfrentada, com o apoio da sociedade civil organizada.

O contexto de adolescentes e jovens em situação de privação de liberdade impõe uma outra natureza de desafios. No último levantamento realizado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, em janeiro de 2004, encontravam-se em situação de privação de liberdade no Brasil 13.489 adolescentes de 12 a 18 anos de idade[5]. Apesar do contexto onde, em sua maioria, estes adolescentes mantêm vida sexual ativa e possuem

[5] Fonte: Levantamento da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente/ SEDH baseado em informações fornecidas pelos Estados – Janeiro/2004. São considerados "em privação de liberdade" adolescentes em situação de internação, internação provisória e semi-liberdade, exceto Mato Grosso e Tocantins, nesta última categoria, e Piauí em todas as categorias. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/sedh/. Consulta realizada em 31/1/2005.

relações afetivas estáveis, são poucas as instituições que permitem visitas íntimas. O mais recente estudo sobre a realidade desta população, realizado no ano de 2002, apresentou o seguinte perfil desta população: a imensa maioria é do sexo masculino (90%); com idade entre 16 e 18 anos (76%); da raça negra (mais de 60%); não freqüentavam a escola (51%), não trabalhavam (49%) viviam com a família (81%) quando da internação; metade não concluiu o ensino fundamental (quase 50%) e 86% eram usuários de drogas. Embora a internação – permanente ou provisória – esteja incluída no conjunto de medidas socioeducativas, sabe-se que os ambientes físicos e a prática cotidiana destas instituições são pouco propícios e pouco privilegiam ações educativas e reintegradoras.

No que toca à saúde, segundo o mesmo estudo, 94% das instituições utilizavam-se da rede pública local para o atendimento de adolescentes internos e pouco mais da metade contava com profissionais contratados para este fim. Em relação à saúde sexual e reprodutiva, algumas instituições no País desenvolvem ações restritas, o que inclui projetos de prevenção, com disposição de informações, oferta de preservativos e testagem para o HIV, inexistindo, até muito recentemente, ações sistemáticas voltadas para a saúde desta população.

Considerando esta realidade, em julho de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Secretaria Especial dos Direitos Humanos, aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção básica à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória (Portaria n.º 1.426, de 14 de julho de 2004). Dentro do elenco de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência aos agravos, estão previstas ações em saúde sexual e saúde reprodutiva (ver página 45).

Outra questão importante diz respeito à exploração sexual de crianças, adolescentes e jovens, para fins comerciais, no Brasil. Esta grave e alastrada situação de violação de direitos possui raízes econômicas – são expressão da desigualdade social brasileira, da desigualdade entre países e da transformação em mercadoria de corpos e pessoas – raciais, culturais e de gênero, pois se relacionam a uma cultura machista que oprime e explora o corpo das mulheres, embora também atinja crianças, adolescentes e jovens do sexo masculino.

A relação entre exploração sexual e gravidez na adolescência tem sido comprovada por estudos como o de Cavasin (2004), assim como os impactos sobre a saúde e a vida sexual destes adolescentes, inclusive subjetivos, e outros agravos à saúde. A violência sexual, física e psicológica é outra face cruel deste gravíssimo problema social, que precisa ser enfrentado em suas diversas faces.

O serviço de saúde, além de se constituir como um direito e um aporte necessário no que se refere à prevenção, ao tratamento e à recuperação de agravos, se constitui como uma porta de entrada fundamental e necessária na construção de redes institucionais de apoio, proteção e enfrentamento dessa situação em nosso País, especialmente nas regiões em que o turismo sexual é mais intenso, como é o caso das regiões Nordeste e Sudeste do País.

Os serviços de planejamento familiar e atendimento pré-natal são a porta de entrada prioritária para as questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva nos serviços. Este fato revela-se, em muitos casos, como uma insuficiência para o atendimento a outras expectativas, de homens e mulheres e de distintas faixas etárias, quanto à vida sexual e à vida reprodutiva. Do mesmo modo, a prática dos serviços mantêm-se atrelando sexualidade e reprodução.

Em relação ao planejamento familiar para adolescentes e jovens, homens e mulheres, esta definição em si já coloca limitações. Planejar família nem sempre corresponde às expectativas de adolescentes e jovens que chegam aos serviços em busca de métodos de prevenção ou de anticoncepção, por exemplo[6]. A própria noção de família que orienta muitas práticas profissionais não inclui famílias constituídas por adolescentes, o que já coloca uma outra ordem de problemas, quando a demanda é a constituição de família.

Diante dessas questões, os serviços e as ações voltados para abordar a sexualidade e a reprodução entre adolescentes e jovens a serem implementadas na rede de atenção do SUS, em seus diversos níveis, definem-se de modo amplo como Saúde sexual e saúde reprodutiva do adolescente e do jovem e inclui, em si, os seguintes componentes:

- sexualidade, saúde sexual e reprodução;
- educação sexual;
- anticoncepção/ planejamento familiar;
- prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e mama;
- atendimento ginecológico;
- DSTs/aids;
- gravidez, parto e puerpério.

No cotidiano dos serviços e com a colaboração dos próprios sujeitos, outras estratégias e metodologias deverão ser criadas, tomando como base as experiências já existentes, para tornar os espaços dos serviços de saúde atrativos e passíveis de reconhecimento por adolescentes e jovens como pontos

[6] Por isso, o termo "planejamento familiar", por exemplo, nem sempre atende às expectativas de adolescentes e jovens, e terminam por afastá-los dos serviços de saúde.

importantes de apoio e orientação.

Isto demanda a construção de uma proposta metodológica, no âmbito da política de saúde junto a outras instâncias, como a educação, sobre a atenção à adolescência e à juventude no SUS, com vistas a transformar as relações e posturas tradicionais entre instituições e adolescentes e jovens, na perspectiva do diálogo livre, aberto, transformador e democrático capaz de promover a inserção social dos adolescentes e jovens enquanto sujeitos de direitos.

4 MARCO CONCEITUAL DA SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS

A adolescência e a juventude têm sido consideradas – pelas diversas instituições sociais, desde a família até o Estado, pelas políticas públicas , enfim, pela sociedade em geral –, etapas de transição, cuja identidade se define pelo "vir a ser adulto". Esta conceituação da adolescência e da juventude é expressão do modo "adultocêntrico" de ver adolescentes e jovens definindo-os pelo "não ser" e, especificamente, pelo "não ser adultos".

Esta compreensão, se por um lado resguarda as necessidades específicas desta faixa etária, por outro o faz de um modo protecionista e freqüentemente controlista, que desconsidera a autonomia e as possibilidades de escolha e construção de projetos de vida destes sujeitos sociais. Deste modo, ratifica-se a idéia de adolescentes e jovens como sujeitos não-aptos, não-preparados.

Conforme afirma e questiona Balardini y Miranda (2000, p. 135 apud GUTIERREZ, 2004)

> […] a juventude é, ao mesmo tempo, uma etapa de transição e um estado específico, com lugar próprio na vida do indivíduo […]. Por que, então, a juventude é trânsito e não o é a infância e a vida adulta? Por acaso há algum lugar claro e definitivo nesta etapa da vida e não em outros?

No plano da saúde, esta visão reflete no enfoque da adolescência como, um campo de riscos, uma vez que não é reconhecida como capaz de promover sua saúde e de realizar escolhas relacionadas à sua sexualidade e vida reprodutiva.

A adolescência e a juventude são fases da vida com necessidades, potencialidades e vivências presentes em todos os aspectos da vida social, inclusive na sexualidade, na reprodução e na saúde, que devem ser vividas de forma plena com todos os direitos e responsabilidades inerentes a ela.

4.1 Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens: uma questão de direitos humanos

Nestas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços nos compromissos assumidos internacionalmente pelos países, como também nas legislações nacionais, sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como

direitos de cidadania e direitos humanos de homens e mulheres. Entre esses avanços destacamos a integração de adolescentes e jovens enquanto sujeitos dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Desta forma, reafirmamos tais documentos como instrumentos fundamentais para a proteção e defesa dos direitos humanos de adolescentes e jovens de ambos os sexos.

A implementação destes direitos, enquanto princípios norteadores das políticas públicas, é o desafio dos governos dos países que se pautam nestes novos marcos teóricos, políticos e jurídicos nacionais e internacionais.

4.1.1 Marco internacional: compromisso de todos para uma juventude saudável

O principal marco legal internacional com relação à saúde de adolescentes (e crianças) é a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promulgada em Assembléia Geral das Nações Unidas no ano de 1989. A convenção demarca duas mudanças fundamentais na concepção internacional sobre crianças e adolescentes:

a) supera a visão da criança e do adolescente como objeto passivo de intervenção da família, Estado e sociedade. Trata crianças e adolescentes como pessoas em desenvolvimento;
b) reconhece crianças e adolescentes como sujeitos sociais portadores de direito, inclusive de direitos específicos, assinala uma ruptura de paradigmas e introduz novas responsabilidades para o Estado com este segmento.

Convenção Internacional dos Direitos da Criança

Os Estados-Partes devem particularmente assegurar o direito de adolescentes femininos e masculinos à educação sobre saúde sexual e reprodutiva, por pessoal adequadamente treinado em programas desenhados especificamente para este fim, que respeitem seu direito à privacidade e à confidencialidade.

Algumas medidas específicas de implementação do direito à saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescente são recomendadas, entre elas:

a) garantir que pais e crianças conheçam princípios básicos de saúde reprodutiva e sexual;

b) promover apoio familiar, no sentido de estimular a confiança entre pais e filhos, inclusive no que toca à sexualidade;

c) promover acesso à informação, no que concerne a doenças sexualmente transmissíveis, e especialmente a medidas preventivas, como o uso da camisinha, tendo-se em vista, que, segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente metade das novas infecções por HIV ocorrem entre jovens, isto é, entre pessoas menores de 24 anos. (VENTURA, 2003)

TRECHO RETIRADO DO LIVRO DA MIRIAM VENTURA – **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito.**

Esses direitos serão reafirmados por leis nacionais e internacionais ao longo da década de 1990, conforme descreve-se a seguir.

Na Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena (1993), os "direitos das mulheres e das meninas" são reconhecidos, pela primeira vez, como parte integrante e indivisível dos direitos humanos.

Em seu item 18, a Declaração de Viena define que:

> Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários da comunidade internacional.

Não assegurar estes direitos, portanto, passa a ser considerado uma violação dos direitos humanos universais. Ganha proeminência, como expressão destas violações, o problema da violência contra as mulheres, as crianças e os adolescentes.

Em 1994, a Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos cria a **Convenção para Erradicar, Sancionar e Punir a Violência contra as Mulheres – CEDAW**, conhecida como Convenção de Belém do Pará, que se torna um importante instrumento interamericano de defesa dos direitos e do enfrentamento da violência contra as mulheres e meninas nos países americanos, entre eles o Brasil.

Na IV Conferência Mundial da ONU sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), foram consolidadas as noções de saúde sexual e saúde reprodutiva. Estas noções implicam numa série de acordos e metas traçadas

em Plataforma de Ação do Cairo da qual o Brasil é signatário e que, portanto, orientam a implementação das políticas públicas brasileiras. Nela se consolidam reivindicações políticas dos movimentos de mulheres de todo o mundo acerca de uma nova concepção de saúde, na qual as decisões sobre a vida sexual e reprodutiva e as plenas condições para o seu exercício, de maneira livre e segura, sejam garantidas como direitos fundamentais assegurados pelo Estado.

O conceito de **saúde reprodutiva** foi adotado pela Organização Mundial da Saúde em 1988, e definido nos marcos da Conferência do Cairo da seguinte forma:

> A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos.

Definir a **saúde reprodutiva** nestes termos implica em garantir as condições necessárias para que:

> [...] a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio.

Esta definição inclui a autonomia e liberdade das mulheres e meninas sobre seus corpos como dimensão fundamental da saúde, e limita a regulação do Estado sobre a reprodução e sexualidade femininas, assegurando o direito de escolha como princípio de cidadania.

Os direitos reprodutivos de homens e mulheres são definidos na Plataforma de Ação do Cairo como:

a) o direito de decidir livremente e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos;
b) o direito de ter acesso à informação e aos meios para decidir;
c) o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminações, coerções ou violências.

As **metas** do Cairo em relação à população jovem objetivam garantir:

- a eqüidade de gênero – implica na conscientização pública do valor de mulheres adolescentes e jovens e no fortalecimento de sua auto-imagem e auto-estima e na eliminação de estereótipos que favoreçam a reprodução de desigualdades entre homens e mulheres em todas as faixas etárias.
- a participação social – sugere o reconhecimento da capacidade criativa em relação à sociedade e às políticas sociais, reconhecendo adolescentes e jovens como importantes sujeitos políticos.
- a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos – envolve a promoção do bem-estar e potencial de adolescentes e jovens, o estímulo à educação, inclusive como condição para a saúde sexual e saúde reprodutiva; envolvimento da juventude no planejamento, implementação e avaliação das atividades que a eles se destinam.

A Plataforma do Cairo faz, entre outras, as seguintes **recomendações** para a garantia de direitos e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens (parágrafo E, capítulo VII):

- **Encorajamento de um comportamento reprodutivo responsável e saudável;**
- **Que os programas e atitudes dos agentes de saúde não limitem o acesso das(os) adolescentes aos serviços e informações de que necessitam;**
- **Que os serviços resguardem o direito das (os) adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso;**
- **Respeitem os valores culturais e crenças religiosas, bem como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais;**
- **Garantam mecanismos voltados para responder às necessidades peculiares dessa população, com a participação de ONGs e de movimentos organizados de adolescentes e jovens.**

Um dos marcos importantes da Plataforma do Cairo é a inclusão dos adolescentes e jovens do sexo masculino nas políticas voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva. Em relação aos direitos dos homens, destacamos do Relatório da Conferência do Cairo **recomendações** sobre medidas a serem adotadas pelos países signatários:

> É necessário, em particular, salientar a parte de responsabilidade que cabe aos homens na função parental e no comportamento em matéria de sexualidade e reprodução e encorajá-los a assumir ativamente essa responsabilidade [...]
>
> É sobretudo necessário estudar os fatores que impedem os homens de participar das ações de planejamento familiar [...]. No âmbito dos estudos sobre a saúde quanto à reprodução e sexualidade, deverá ser dada particular atenção aos adolescentes, desenvolvendo políticas, programas e tecnologias adequadas que respondam às suas necessidades.

É importante destacar que estas recomendações não vêm sendo consideradas e não estão suficientemente expressas nas políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva de um modo geral, o que tem trazido particulares obstáculos para o acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde, e é um dos desafios a serem superados e enfrentados pelo governo brasileiro, por meio da mudança de concepções e práticas.

Em 1995, na IV Conferência Internacional sobre a Mulher (Pequim), avança-se na definição dos direitos reprodutivos e direitos sexuais como direitos humanos. Um dos principais avanços nesta Conferência foi a maior visibilidade dada aos direitos sexuais, o que se expressou em sua definição de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos.

O respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos são afirmados como condições para a conquista da igualdade de gênero. No entanto, que até hoje se avançou mais, em termos de discurso e prática, no campo dos direitos reprodutivos do que no dos direitos sexuais.

Nesta Conferência, **os direitos sexuais e direitos reprodutivos** são definidos como:

"Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências."

Assim, tais direitos, por definição, não se restringem à área da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução.

Um dos avanços principais trazidos pela Conferência de Pequim em relação à sexualidade e reprodução foi definir como diretriz **a prevenção das restrições de direito que favorecem a vulnerabilidade das pessoas** (VENTURA, 2001). No caso de adolescentes, esta diretriz atinge as normas irrestritas de tutela de pais e responsáveis sobre as questões relativas à saúde e sexualidade de adolescentes, assim como as restrições no atendimento em saúde sexual e saúde reprodutiva nos serviços de saúde daí decorrentes. Desta maneira, como sujeitos de direitos das políticas públicas, o acesso a programas de educação, orientação e assistência sexual devem ser garantidos aos adolescentes e jovens.

Na IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e na Conferência Internacional da Mulher (Pe-

quim, 1995), o enfrentamento das desigualdades entre homens e mulheres, e o reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos são introduzidos como questões fundamentais para o desenvolvimento dos países e para o desenvolvimento humano.

A saúde sexual, a partir de Cairo e Pequim, é assim definida:

"A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais." (HERA, 19--)

Segundo a Plataforma de Ação do Cairo, a **saúde sexual** tem por finalidade **a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.** Um dos aspectos mais relevantes assinalados por essa noção é a ratificação política da separação entre reprodução e sexualidade.

Os princípios de Cairo e Pequim opõem-se radicalmente à instrumentalização do corpo das mulheres e meninas pelas políticas de controle de natalidade e mesmo de planejamento familiar. Estabelecem como violação dos direitos humanos todo o viés controlista e contrário ao direito de decisão das mulheres, definindo o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos como princípios de toda política de saúde. Desta forma, aponta aos países signatários o desafio de romper e erradicar as práticas controlistas no plano das políticas públicas, tais como o combate à pobreza, via controle do crescimento populacional.

Como síntese da necessidade contínua de reafirmação de direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens, citamos parte da Declaração de Jovens da América Latina e do Caribe (apresentada durante a Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento do período de sessões da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal), em Santiago do Chile, em março de 2004).

"... A educação sexual deve incluir todos os temas que identificamos como prioridades. Além disso, a educação, assim como a informação, deve ser laica, científica, livre de preconceitos, amigável e sensível à diversidade de nossas vidas. Não pode unicamente basear-se em fatos biológicos ou motivada por ideais, mas sim fundamentada em nossas realidades." (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, 2003)

4.1.2 Marco nacional dos direitos de adolescentes e jovens: compromissos históricos frente aos desafios atuais

4.1.2.1 Estatuto da Criança e do Adolescente

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 –, assegura direitos universais e integrais a crianças e adolescentes, e assinala uma ruptura em relação ao antigo Código de Menores. Por meio do ECA, crianças e adolescentes passam a ser considerados sujeitos de direitos, a serem garantidos pela família, comunidade, sociedade em geral e pelo Estado.

O direito à saúde está previsto no ECA como: atendimento médico, farmacêutico, recursos para tratamento, habilitação ou reabilitação, promoção de programas de assistência médica e odontológica para prevenção de agravos. O acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é assegurado pelo do Sistema Único de Saúde. Define ainda que os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para a permanência de pais e responsáveis junto com o adolescente em casos de internação.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes não estão previstos no Estatuto. Porém, conforme resgata Ventura (2003), alguns de seus mecanismos criam pressupostos fundamentais para que os direitos sexuais e direitos reprodutivos sejam assegurados na assistência à saúde, a saber:

1) o reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos implica na garantia da privacidade, na preservação do sigilo e no consentimento informado como direitos invioláveis na assistência à saúde;
2) a garantia do direito ao respeito, como inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral destes sujeitos, e preservação da imagem, identidade, autonomia, dos valores, das idéias e crenças, da opinião e expressão, dos espaços e objetos pessoais;
3) a afirmação da natureza tutelar do direito à saúde, isto é, sua definição como um direito cuja garantia exclui qualquer outra norma que prejudique o bem tutelado, neste caso, a saúde. Isto implica na inviolabilidade da prestação de qualquer atendimento em saúde necessário, mesmo diante da ausência de familiar ou responsável legal;

Esta última condição mostra-se particularmente importante na garantia da assistência em saúde sexual e saúde reprodutiva, como nos casos de violência doméstica. Desta forma, a exigência de presença de responsável no acompanhamento do adolescente ao serviço que possa afastá-lo e comprometer o exercício do direito à saúde e à liberdade (autonomia e confidencialidade) representa uma violação de direito, do direito à vida saudável.

O Estatuto confere prioridade absoluta quanto aos direitos de vida e saúde de crianças e adolescentes. Embora não estejam previstos tópicos específicos sobre saúde reprodutiva e saúde sexual, o ECA assegura o direito à maternidade segura a adolescentes.

4.1.2.2 Lei do Planejamento Familiar (Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996)

A Lei do Planejamento Familiar, instituída em 1996, regulamentou o artigo da Constituição brasileira acerca do planejamento familiar, estabelecendo normas, diretrizes, condições e punições sobre a realização do planejamento familiar no Brasil.

A Lei regulamenta o direito universal ao planejamento familiar, definindo-o como "o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal." (artigo 2.º) (BRASIL, 1996).

O planejamento familiar, portanto, é definido como direito relacionado às escolhas de mulheres, do homem ou do casal, a ser assistido pelo Estado de maneira ampla e integral, sendo proibida sua utilização para fins de controle demográfico.

Estabelece como **diretrizes** para o planejamento familiar, em seu art. 4.º, a garantia de:

- ações preventivas;
- ações educativas;
- acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

A Lei garante o direito ao planejamento familiar "em todos os ciclos vitais" (Parágrafo único do artigo 3.º.). A especificidade geracional de adolescentes não é claramente pontuada pela Lei. A questão etária é expressa apenas ao tratar das condições para a realização de esterilização cirúrgica voluntária[7], sendo definida de modo geral, como "capacidade civil".

[7] Segundo a Lei, só poderão realizar esterilização mulheres e homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou que possuam pelo menos dois filhos vivos, observado o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, e mediante consentimento informado documentado. A restrição da idade de 25 anos visa impedir que mulheres jovens sejam esterilizadas e reverter um grave quadro reprodutivo existente no Brasil. A redação do artigo, porém, coloca idade e número de filhos como condições independentes ("ou") e, desta forma, mulheres jovens, com menos de 25 anos, com dois filhos, podem continuar sendo esterilizadas. Esta é uma questão importante para a saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.

Segundo Ventura (2004), tal omissão vem gerando dúvidas nas equipes de saúde quanto ao direito de adolescentes ao acesso a métodos contraceptivos sem anuência de seus responsáveis, criando barreiras à autonomia reprodutiva e sexual dos jovens.

Ainda que o atendimento de adolescentes e jovens não seja especificamente abordado nesta legislação, o caráter universal do direito estabelecido pela Lei deve prevalecer, assegurando-se a prestação dos serviços e a garantia de escolha, tomada de decisão e acesso aos métodos contraceptivos e ao planejamento da vida reprodutiva por estes sujeitos.

4.1.2.3 Adolescência, anticoncepção e ética

A contracepção na adolescência apresenta aspectos bastante polêmicos que necessitam ser discutidos e consensuados. Para tanto, se faz necessário estabelecer princípios norteadores para as práticas profissionais neste campo.

Frente à inexistência de qualquer recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que pudesse embasar as políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva do adolescente, foi realizado, em 2002, o Fórum Adolescência, Contracepção e Ética, organizado e realizado pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança (HC-FMUSP)[8], cuja abordagem envolvia também a dicotomia existente entre Ética e Lei[9]. Serviram de sustentação para o referido Fórum, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), a Conferência da ONU (Cairo+5, 1999), o Código de Ética Médica e a publicação A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. (Revista Pediatria São Paulo, 1999). Na resultante final deste documento, analisada pela SBP e pela Febrasgo, são apresentadas as seguintes diretrizes:

- a privacidade na consulta – atendimento individual, em espaço apropriado e privado, inclusive durante o exame físico;
- a confidencialidade – acordo entre profissional e adolescente em que se assegura que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não serão repassadas a seus pais ou responsáveis sem permissão;
- o sigilo médico – sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções.

[8] Sob a responsabilidade de Profa. Dra. Maria Ignez Saito e Dra. Marta Miranda Leal.
[9] Este Fórum contou com experts na área de Atenção à Saúde do Adolescente, destacando-se, entre eles, pediatras, ginecologistas, juristas e profissionais ligados a comissões de bioética, subdivididos em grupos de trabalhos cujos relatórios finais deram origem a um documento final.

Estas diretrizes fundamentam-se no princípio da autonomia e são garantidos e reconhecidos pelo Código de Ética Médica. São entendidas ainda como elementos que favorecem a abordagem dos temas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva. Em todas as situações, os valores morais, socioculturais e religiosos deverão ser considerados.

Situações de exceção:
- nos casos de adolescentes com déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos e quando do desejo do adolescente, a presença de acompanhante deve ser assegurada;
- em casos de constatação de abuso sexual, o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude (VIJ) deverá ser imediatamente notificados. Recomenda-se, ainda, a presença de outro profissional no atendimento e a intervenção conjunta, no caso de equipe multiprofissional, na avaliação da melhor conduta.

A privacidade e a confidencialidade não pretendem afastar a família do processo educativo e assistencial de adolescentes. Segundo as diretrizes, *"o médico deve aproveitar todas as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva"* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÃOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2002).

A orientação dos métodos contraceptivos se faz dentro de um contexto global de educação sexual, aspecto obrigatório da consulta que deve ser efetivado mesmo sem solicitação do adolescente.

Os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde. "O respeito a sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito" (proposto por juízes durante o Fórum). Esses pressupostos encontram respaldo na Conferência Cairo +5.

Quanto à atividade sexual para adolescentes femininas menores de 14 anos, a presunção legal de estupro, que poderia causar questionamentos em relação à orientação de anticoncepcionais, deixa de existir se descrita em prontuário como atividade sexual consentida (elimina-se a prerrogativa que seus parceiros sejam todos estupradores).

A **prescrição da anticoncepção de emergência** foi outro aspecto importante discutido e "consensuado" no Fórum. Indicou-se que a contracepção de

emergência deverá ser indicada, nas seguintes situações de exposição ao risco iminente de gravidez:

1. não estar usando qualquer método anticoncepcional;

2. falha do método em uso ou na sua utilização;

3. violência sexual.

A prescrição da contracepção de emergência, nestas situações, é um dever do profissional médico e um direito da adolescente. Destaca que a anticoncepção de emergência não é um método abortivo e sua não-indicação constitui violação do direito da usuária à informação e acesso aos métodos. Nos casos de violência sexual, as normas do Ministério da Saúde deverão ser observadas.

Sobre a anticoncepção de emergência (AE), o Ministério da Saúde, no documento **Anticoncepção de Emergência: perguntas e resposta para profissionais de saúde** (BRASIL, 2005), esclarece o profissional de saúde no sentido de que a prescrição da anticoncepção de emergência é um direito da adolescente e uma responsabilidade do profissional. Esclarece ainda os aspectos técnicos que ocasionam impasses entre profissionais, como o fato de não haver contra-indicações específicas e adicionais entre adolescentes e mulheres adultas. As contra-indicações são as mesmas estabelecidas pela OMS em relação a outras faixas etárias. "O uso adequado da AE em adolescentes é tão seguro e eficaz quanto o uso em mulheres adultas" (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2002).). Aponta-se pelo Ministério que não há evidência alguma de "uso abusivo" deste método entre adolescentes, como também entre mulheres adultas. Aponta ainda que a AE tem se mostrado uma importante medida para a redução da gravidez não planejada e do abortamento inseguro. O preservativo continua, entretanto, como o método de primeira escolha para adolescentes, por oferecer dupla proteção.

4.1.2.4 Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna

No final de 2003, o governo brasileiro firmou um Pacto Nacional estabelecendo princípios, diretrizes e responsabilidades a serem assumidos pelas diversas esferas de governo com vistas a reduzir a mortalidade materna no Brasil, com a participação da sociedade civil organizada. Uma das principais reivindicações dos movimentos de mulheres no Brasil, o Pacto assinala um marco nacional no reconhecimento da mortalidade materna como indicador

das desigualdades sociais brasileiras e das lacunas ainda existentes na prestação de serviços básicos de assistência às mulheres adultas e adolescentes, como o pré-natal de qualidade. A redução da mortalidade materna deve ser alcançada por meio do desenvolvimento de ações estratégicas do Ministério da Saúde, entre as quais destacam-se:

- garantia de acolhimento nos serviços;
- reconhecimento do aborto como causa de mortalidade materna e garantia da qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento;
- expansão da atenção básica;
- efetivação de pactos municipais e/ou regionais;
- expansão da oferta de exames;
- implementação do planejamento familiar;
- vigilância ao óbito materno e neonatal, inclusive com o apoio à criação de comitês de mortalidade materna;
- intensificação do cuidado de recém-nascido e puérpera na primeira semana;
- organização, ampliação e qualificação do acesso aos serviços;
- desenvolvimento de ações de suporte social, inclusive de forma integrada aos programas de assistência social;
- qualificação e humanização e capacitação de profissionais de saúde para intervenção qualificada sobre e segundo estas prioridades.

Em todas estas ações, a integração das especificidades de adolescentes e jovens deve ser formulada e implementada, considerando as necessidades da gravidez entre adolescentes e a realidade epidemiológica que aponta os índices de mortalidade materna entre adolescentes e jovens. (ver página 32)

Estratégias que garantam a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes são de importância crítica para a redução da mortalidade materna e neonatal.

4.1.2.5 Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

O documento *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo* (BRASIL, 2005), lançado em 2005, apresenta as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar.

O documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do De-

senvolvimento Social e Combate à Fome, e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, e destina-se à gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e sociedade civil.

A atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens é uma das prioridades propostas pelo documento, para o período de 2005 a 2007. Esta prioridade se consolida por meio da articulação entre diversas ações, dentre as quais:

1. ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS;
2. elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas;
3. capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar e atenção integral à saúde de adolescentes e jovens;
4. ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;
5. implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e aos adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica, e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento;
6. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

4.1.2.6 Sexualidade e saúde na Educação Brasileira

Nas Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996), a educação sexual é prevista como um dos temas transversais a serem incluídos nos Parâmetros Curriculares Nacional, em todas as áreas do conhecimento – do ensino fundamental ao ensino médio.

Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), ao tratar do tema "orientação sexual", define-se a sexualidade como "algo inerente à vida e à saúde, que se expressa desde cedo no ser humano" e como tema a ser discutido e orientado no cotidiano da escola.

A efetiva implantação desses temas na perspectiva dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, e da ação intersetorial exige articulação dos agentes das políticas de saúde e educação, e constituem-se em apoio fundamental para a implementação das políticas de saúde em âmbito nacional .

As ações devem ser realizadas de forma contínua e articulada com o projeto pedagógico de cada escola, respeitando as diferenças e necessidades de cada um dos estabelecimentos de ensino participantes.

Em 2003, é lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas. Este Programa resulta da parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Educa-

ção, Unesco e Unicef e visa reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação dessa população ao preservativo masculino. Nesta perspectiva, o Programa pretende reforçar a qualificação e a formação continuada de professores do ensino fundamental e médio nos temas acima referidos, prevendo disponibilização de preservativos masculinos a adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, matriculados no ensino fundamental e médio da rede pública.

Nas escolas, a Lei n.º 6.202/75, que regulamentou o Decreto n.º 1.044/1969, estabelece que a "gestante estudante" tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo este período, de acordo com indicação médica, ser prolongado. A prestação dos exames escolares é garantida por "regime de exercícios domiciliares" e seu aproveitamento escolar poderá ser aferido por meio de trabalhos feitos em casa. Este direito precisa ser conhecido, divulgado e cumprido pelas instituições escolares brasileiras.

4.1.2.7 Saúde sexual e reprodutiva para adolescentes em situação de privação de liberdade

A Portaria n.º 340, de 14 de julho de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, com base na Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM n.º 1.426, que estabeleceu o elenco de ações de saúde e normas para organização da atenção a adolescentes em situação de privação de liberdade, prevê as seguintes ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva:

- **Ações direcionadas a adolescentes de ambos os sexos:** práticas educativas sobre planejamento familiar, gravidez na adolescência, paternidade/maternidade responsável, contracepção e DST e aids;
- **Ações específicas para adolescentes do sexo feminino:** prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, orientação e promoção do auto-exame da mama contracepção; pré-natal e acompanhamento nutricional da gestante e lactante; adequação dos ambientes para o aleitamento materno; pós-natal e orientação para a postergação de gravidez subseqüente;
- **Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/aids:** coleta para diagnóstico do HIV; ações de redução de danos; materiais educativos e instrucionais; abordagem "sindrômica" das DST; garantia de medicamentos para aids e outras DST, e tratamento para adolescentes soropositivos.

Além destas ações específicas, estão previstas ações diretamente relacionadas e necessárias para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, entre as quais podemos destacar a educação permanente das equipes profissionais para lidar com os transtornos relacionadas à violência, incluindo a violência sexual.

Cada adolescente será acompanhado e avaliado por um Plano Individual de Atendimento (PIA).

5 DESAFIOS PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E JOVENS

- Integração aos serviços de saúde das especificidades das adolescentes e jovens e seus parceiros quanto à gravidez, ao parto e ao puerpério.

- Construção e implementação de ações que assegurem a ampliação do conhecimento sobre corpo, sexualidade e saúde por adolescentes e jovens, com vistas a maior autonomia e vivência da sexualidade de forma segura, prazerosa e saudável, em todos os níveis de atenção, e com o envolvimento dos diversos sujeitos – gestores nacionais, estaduais, municipais e sociedade civil organizada.

- Ampliação dos indicadores sobre saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, para além da diminuição dos índices de gravidez na adolescência e na abordagem de outros aspectos, como a violência intrafamiliar, o planejamento familiar, DST/aids e ações educativas.

- Integração com outras políticas sociais na promoção da qualidade de vida e da construção de projetos de vida saudáveis, incluindo o lazer, os desportos, as atividades culturais, a educação e o trabalho.

- Integração com outras instituições sociais na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como a família e escola, e outros espaços comunitários, fundamentais de para socialização, crescimento e formação de valores, com respeito à autonomia e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

- Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes em medidas socieducativas e de outros grupos de adolescentes e jovens em extremo risco social (a exemplo dos morares de rua).

- Implementação, na atenção básica, de ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para adolescentes.

- Produção de conhecimento sobre a vivência da sexualidade de adolescentes e jovens homossexuais, de ambos os sexos, e de suas necessidades específicas de saúde; e implementação de ações para garantir a atenção à saúde sexual destes grupos.

- Implementação de ações que tornem os serviços de saúde mais atrativos e adequados para adolescentes e jovens de ambos os sexos.

- Desenvolvimento de metodologias que promovam a presença dos jovens e sua participação nos espaços da saúde.

- Implantação, nas Unidades Básicas de Saúde, de modelos de atenção que atendam às necessidades de saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.

- Criação de programas para o engajamento dos jovens e adolescentes na promoção da eqüidade de gênero em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, H. W.; FREITAS, M. V.; SPOSITO, M. P (Org.). *Juventude em debate*. São Paulo: Cortez, 2000.

ABRAMOVAY, M. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: Unesco Brasil, 2004.

AINE-SCHUTT, J.; MADDALENO, M. *Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes enm las Américas*: implicacióones en programas y politicas. [S.l.]: Opas, 2003.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, 2003.

ARILHA, M.; CALAZANS, G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: BERQUÓ, E. (Org.). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. v. 2.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS CENTROS DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE; FÓRUM NACIONAL PERMANENTE DE ENTIDADES NÃO-GOVERNAMENTAIS DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. *Relatório nacional sobre a situação dos direitos da criança e do adolescente no Brasil*. Brasília, 2004.

ÁVILA, M. B. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres. In: BRUSCHINI, C.; UNBENHAUM, S. G. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC; Editora 34, 2002.

ÁVILA, M. B.; GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & vida:* panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

BERQUÓ, E. (Coord.) *Pesquisa comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/Aids*. Brasília: Cebrap; Ministério da Saúde, 1999. Relatório final da pesquisa disponível em: <http://cendoc.nepo.unicamp.br/iah/textos/relatorios/aids.pdf >.

BERQUÓ, E. *Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? In: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA (PAA), 2005, Philadelphia, Pennsylvania. *Session #151, adolescent fertility in developing countries*. Filadélfia: Annual Meeting of the Population Association of America, 2005. Mimeografado.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563.

_____. Ministério da Saúde. *Oficina Construção da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens*. Brasília: ASAJ, 2004.

_____. Presidência da República. Lei n.º 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei n.º 1.044, de 1969, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.reitoria.ufpb.br/~sods/secretaria/Lei%206202-75.htm>. Acesso em: 1 fev. 2005.

_____. Ministério da Justiça. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Levantamento da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente/SEDH baseado em informações fornecidas pelos Estados – Janeiro/2004*. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/sedh/>. Acesso em: 31 jan. 2005.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2000*. [Rio de Janeiro, 2002].

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998*: manual de entrevista. Rio de Janeiro, 1998

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tendências demográficas*: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. (Estudos & Pesquisas, Informação Demográfica Socioeconômica, n. 13)

_____. Ministério da Saúde. *Anticoncepção de emergência*: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno n. 3)

_____. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*: uma prioridade do governo. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. *Indicadores e dados básicos* - Brasil - 2003: IDB-2003. Brasília, 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>.

_____. Presidência da República. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH); Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea). *Mapeamento nacional da situação do atendimento dos adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas*. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/sumário%20executivo.pdf>. Acesso em: 21 set. 2005.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. ; SILVA, L. B. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: Unesco, 2004.

CAVASIN, S. (Org.) *Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos*: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade:. Iidéias fora do lugar? In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

ECOS. *Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social*:. relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

FONACRIAD, J. B. S.; KOERNER JÚNIOR, R.; VOLPI, M. (Org.). *Adolescentes privados de liberdade*: a normativa nacional e internacional & reflexões acerca da responsabilidade penal. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *Voz dos adolescentes*: relatório da situação da adolescência brasileira. Brasília, 2002.

GRUPO DE PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL (Violes). Estudo analítico do enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil (1996-2004). Brasília, 2005.

GUTIERREZ, M. A. Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. *Informativo Modemmujer*, [S.l.], set. 2004. Disponível em: <(www.modemmujer.org.ar)>.

HEALTH EMPOWERMENT RIGHTS AND ACCOUNTABILITY (HERA). *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres*: idéias para ação. [S.l.: s.n., 19--]. Disponível em: <www.iwhc.org/hera>.

HEILBORN, M. L. (Coord). *Gravidez na adolescência*: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil (Pesquisa GRAVAD). [S.l.: s.n.], 2002. Pesquisa realizada por: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do IMS/UERJ, Programa de Estudos em Gênero e Saúde do ISC/UFBA e Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO; FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER. *Pesquisa de opinião mulheres e Aids*. São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (Unesco). *Juventude e sexualidade*. Brasilia, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). *Recomendacionais para la atencióno integral de salud de los y las adolescentes con énfasis enm salud sexual y reproductiva*. Buenos Ayres, 2000.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS. *Dossiê adolescentes*: saúde sexual e reprodutiva. Belo Horizonte, 2003.

SAITO, M. I.; LEAL, M. M. Aspectos éticos da contracepção na adolescência. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v. 49, n. 3, p. 234-234., jul./set. 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). *Adolescência, contracepção e ética*: diretrizes. [S.l.: s.n.], 2002.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM); PROGRAMA DE PESQUISAS DE DEMOGRAFIA E SAÚDE MACRO INTERNATIONAL Inc. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde:* Brasil, 1996. Rio de Janeiro, 1997.

VENTURA, M. (Org.). *Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos*: síntese para gestores, legisladores e operadores do

direito. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. 120 p.

VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2004.

_____. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo: M. Ventura, 2002.

_____. O estatuto da criança e do adolescente e os direitos sexuais e reprodutivos. Boletim do GTPOS (Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual), [S.l], fev. 2001.

VENTURA, M.; CHAVES JR., E. O. Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento. Brasília: UNFPA, 2003.

***Sites* visitados**

ANDI – Infância na Mídia On-line: www.andi.org.br

Biblioteca Virtual en Salud de Adolescentes: http://www.adolec.org

Organização Pan-Americana da Saúde – (Opas): http://www.paho.org/adolescencia

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos: www.redesaude.org.br

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Ministério da Educação: www.mec.gov.br

Nota técnica: Além das publicações citadas nas referências bibliográficas, foram consultados também documentos dos seguintes eventos:

Convenção Internacional dos Direitos da Criança

Declaração de Viena

IV Conferência Internacional sobre a Mulher

Plataforma de Ação do Cairo

Plataforma de Ação de Pequim

LISTA DE PARTICIPANTES DA OFICINA NACIONAL

Lista de participantes da "Oficina – Marco Conceitual e Construção de Macro Estratégias em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens"

22 e 23 de novembro de 2004 – Brasília – DF

Nº	INSTITUIÇÃO	NOME
01	MS/ASAJ	Thereza de Lamare Franco Netto
02	MS/ASAJ	Márcia Cavalcante Vinhas Lucas
03	MS/ASAJ	Ana Grabriela Sambiase
04	MS/ASAJ	Ana Sudária de Lemos Serra
05	MS/ASAJ	Márcio Cárdia Cardoso
06	MS/SVS	Valter Costa
07	MS/ DAB	Aline Azevedo da Silva
08	MS/ DAB	Celina Márcia Passos Cerqueira
09	MS/ Saúde da Mulher	Isa Paula Hamouche Abreu
10	MS/PNDSTAids	Carla Silveira
11	MS/PNDSTAids	Cristina Alvim
12	MS/SGTES	Alessandra Alves Garcia de Paula
13	MS/Funasa	Irânia Ferreira Marques
14	MEC	Clarisse Filiart
15	MEC	Sueli Teixeira Mello
16	Abem	Maria Emília de Oliveira
17	Febrasgo	João Tadeu Leite dos Reis
18	Sociedade Brasileira de Pediatria	Ligia Reato
19	Bemfam	Mônica Gomes de Almeida
20	Reprolatina	Leandro Vieira dos Santos
21	Reprolatina	Margarita Diaz
22	Papai	Breno Luiz Vieira Santos
23	MAB	Leonel de Arruda Machado Luz
24	Canto Jovem	Larissa Espinelli
25	Rede Feminista	Débora Cristina Oliveira Ferreira
26	Tribo Jovem	Clarivaldo Braz Ferreira

Nº	INSTITUIÇÃO	NOME
27	Atitude	Max Maciel
28	Estruturação	Marcos Paulo Cipriano da Silva
29	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua	Danielle de Paula
30	Contag	Fabio Assis de Meneses
31	Ecos	Sylvia Cavasim
32	SOS Corpo	Verônica Maria Ferreira
33	Promundo	Marcos Nascimento
34	Adolescente Vivendo c/ HIV (GAPA/BA)	Moisés Joaquim de S. Ribeiro
35	Rede Jovens Brasil	Maíra Brito
36	Atos	Cláudio Picazio
37	Adolescência Saudável	Flavio Lopes Alves
38	PSF Lavras/MG	Fernanda Maria L.W. de Oliveira
39	PSF Lavras/MG	Maria de Fátima Ribeiro
40	SMS Recife	Flávia Maria Veras B. Nunes
41	SMS Curitiba	Julia Valéria F. Cordellini
42	Opas	Julio Javier Espíndola
43	UNFPA	Thais de Freitas
44	Unesco	Lorena Bernadete

A todos e todas que contribuíram nesta elaboração, em seus diversos espaços e momentos, dedicamos nosso agradecimento.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

http://www.saude.gov.br/bvs

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

http://www.saude.gov.br/editora

Editora MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
Ministério da Saúde
(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, maio de 2006
OS 0611/2006