



“Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social”

Estudo Exploratório em Cinco Capitais Brasileiras

Equipe de Pesquisa

Sylvia Cvasin – Coordenação
Sandra Unbehaum – Pesquisadora
Valéria Nanci Silva – Assistente de pesquisa
Maria Helena Franco – Colaboradora
Henrique Melo - Colaborador

Colaboração Especial

Jorge Lyra (Instituto Papai, Recife-PE) – Coordenador
Luciana S. Leão (Instituto Papai, Recife-PE) – Pesquisadora

Equipe Responsável

José Roberto Simonetti
Osmar de Paula Leite
Sylvia Cvasin
Vera Simonetti

São Paulo, março de 2004

SUMÁRIO

Apresentação	3
Agradecimentos	10
Introdução	11
O que diz a legislação brasileira sobre a sexualidade	15
Metodologia e participantes da pesquisa	20
Adolescentes no cenário da Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil	24
Fecundidade e Natalidade no Brasil	25
Aborto entre adolescentes no Brasil	33
Mortalidade materna	35
O contexto demográfico das capitais participantes da pesquisa	36
Porto Alegre	36
São Paulo	39
Recife	43
Distrito Federal	45
Belém	48
A gravidez de Adolescentes de 10 a 14 anos na perspectiva dos informantes	51
Fatores que contribuem para o aumento da gravidez na adolescência	58
Perfil das adolescentes de 10 a 14 anos grávidas	63
Perfil dos parceiros das jovens grávidas	64
A gravidez – em que situação ocorreu	66
Adolescência e Contracepção	67
Gravidez e violência sexual	72
Comentários e Sugestões	81
Recomendações para Ação	86
Referências Bibliográficas	91

APRESENTAÇÃO

Trabalhar com o tema da adolescência em nosso país consiste em um grande desafio, pois ainda que inúmeros esforços no campo da saúde, da educação e dos direitos tenham sido realizados e tenham influenciado políticas públicas, a implementação de ações voltadas para adolescentes e jovens não tem sido uma tarefa fácil, principalmente em um país de dimensões continentais marcado por tantas desigualdades econômicas e sociais.

O Brasil nunca teve tantos jovens como atualmente e a preocupação com os seus caminhos passa a ocupar espaço crescente na agenda governamental, principalmente porque boa parte desses jovens vive em regiões empobrecidas, com altos índices de violência e grande poder de ação da mídia – que nem sempre está interessada em veicular conteúdos sérios para os jovens, preferindo pautas sensacionalistas ou a disseminação de valores associados ao consumo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, nas mais diferentes condições sociais e individuais. Prevê ainda que a condição de pessoa em desenvolvimento não as priva de gozar esses direitos. Entretanto, não especifica os direitos em relação ao exercício da sexualidade, quando o que está implícito é a possibilidade de os jovens decidirem sobre sua vida sexual e reprodutiva.

De certa forma, os serviços de saúde reforçam essa posição ao deixarem de advogar uma política de atendimento dirigida especificamente à/ao jovem. Este é um sério problema porque, ao mesmo tempo em que não colabora para aprofundar um debate mais específico sobre essa

questão, contribui para inibir uma atitude de maior autonomia das/dos adolescentes em relação a sua saúde sexual e reprodutiva.

No entanto, não resta dúvida de que, nos últimos anos, inúmeras iniciativas e propostas governamentais envolveram também a adolescência. Por exemplo, na área da saúde da mulher destacamos a regulamentação e implementação de serviços para o aborto previsto em lei, a contracepção de emergência, a assistência integral – como a concepção de integralidade e universalidade preconizada pelo Pasm –, a idéia de um programa específico para adolescentes como o Prosad. Na prevenção das DST/Aids, dentro da Política Nacional de Combate à Epidemia, inúmeros projetos foram dirigidos para essa faixa etária. E na área da Educação, a Orientação Sexual nas Escolas quase se torna uma realidade nacional, não fosse o pouco empenho na concretização dos PCNs em Ação – Orientação Sexual, programa que alavancaria a implementação e discussão da temática da sexualidade e saúde reprodutiva no âmbito escolar.

É importante observar que o recorte etário dos 10 aos 14 anos, como categoria específica de políticas públicas, tem permanecido numa zona nebulosa, principalmente em se tratando de saúde sexual e reprodutiva. Ilustra essa situação o fato de o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ter incluído a faixa de 10 a 14 anos nos indicadores de fecundidade apenas no último censo (2000); antes disso, simplesmente não existiam dados disponíveis de fecundidade para essa faixa etária. A ausência desses dados durante décadas não significa a ausência de vida sexual e reprodutiva nessa faixa etária, como afirma nas entrelinhas o *pensar dominante* da nossa sociedade, segundo o qual “os assuntos referentes à sexualidade e à saúde reprodutiva não deveriam estar relacionados com pessoas de tão pouca idade!”.

Enfim, dados sobre fecundidade na faixa de 10 a 14 anos foram finalmente incluídos no censo. No entanto, informações sobre paternidade

adolescente não existem em nenhuma fonte oficial. As atuais fichas de registro das gestantes pré-natais, por exemplo, cujas informações compõem uma base de dados (SIS Pré-natal), obrigatoriamente encaminhados para o Ministério da Saúde, não contemplam absolutamente nenhuma informação sobre o pai do bebê (idade, cor, vínculo, etc.).

As dificuldades em encarar o exercício da sexualidade de adolescentes como um fato tem sido um dos principais obstáculos para a implantação de programas de educação sexual e de serviços de saúde reprodutiva para jovens.

Nossa experiência tem mostrado que se as mulheres adultas não têm acesso aos diversos métodos contraceptivos existentes, as jovens menos ainda. A falta de opção das mulheres para decidir sobre sua vida reprodutiva tira-lhes a autonomia sobre seu destino.

Na área da educação, o professor não pode se furtar de informar aos adolescentes que eles/elas, enquanto sujeitos de direitos, devem se preparar para exercerem uma vida sexual e reprodutiva saudável lançando mão dos recursos de saúde disponíveis na sociedade à qual pertencem. Esses recursos devem incluir o acesso aos serviços de saúde reprodutiva que ofereçam às mulheres assistência básica e específica à gravidez e ao parto e, aos homens, a garantia de que encontrarão profissionais habilitados para que atendam às demandas masculinas nessa área. No entanto, melhor seria se os serviços de saúde reprodutiva para adolescentes oferecessem ao mesmo tempo serviços clínicos e educativos que auxiliassem a formação de um comportamento sexual positivo, baseado na prevenção e no respeito ao parceiro ou à parceira e na não violência.

Finalmente, não podemos negar que, ao tratarmos de adolescentes do sexo feminino na faixa dos 10 aos 14 anos, a situação fica ainda mais

complexa, principalmente quando o nosso olhar se volta para um contexto socioeconômico e cultural hostil ao empoderamento dessas mulheres: são adolescentes, vivendo em condição peculiar de subalternidade, sem ações institucionais que dêem conta das especificidades do recorte etário onde elas se inserem ou do fato de serem mulheres com pouca idade (10 a 14 anos), inúmeras já com um histórico de vida sexual ativa, outras submetidas a um cotidiano de violência e usurpação de seus corpos, fruto de ações *naturalizadas* dentro do machismo dominante, ou *naturais* da situação humilhante a que estão submetidas. São sujeitos vulneráveis, sem acesso a instrumentos de proteção ou de apoio institucional dirigidos a essa faixa etária. Trata-se de uma realidade inadmissível, pois experiências de intervenção que trabalham a vulnerabilidade dessa população, combatendo a violência, a discriminação de gênero, promovendo a auto-estima e garantindo os direitos de cidadania, mostram os benefícios que tais medidas apresentam na vida dessas jovens.

Cabe destacar, ainda, que as dificuldades de intervenção junto à adolescência sofrem também os efeitos perversos do conservadorismo cultural que nos assola cotidianamente. Muitas vezes, como se não bastasse a gama de preconceitos oriundos da nossa sociedade, nos deparamos com idéias oportunamente importadas de outros países e realimentadas pela ideologia da Igreja católica, por exemplo, que reforça a repressão ao prazer, a negação de corpos sexuados, dissemina idéias errôneas sobre os efeitos do preservativo, prega a abstinência, nega a prática sexual nos primeiros anos da adolescência (ainda que exposta pela gravidez) “pois nessa idade a manifestação de sexualidade deveria estar contida”. Convivemos com a capacidade de reconhecer situações de violência sexual, de identificar fatos que indicam a comercialização do sexo na infância e na adolescência (muitas vezes com conivência / mediação da própria família) e com a falta de efetividade de políticas públicas para direcionar esses problemas. Convivemos ainda com a capacidade de tolerar justificativas de que estupros acontecem, como fruto

da sedução das garotas diante de homens que, *quando seduzidos, não podem resistir ao canto das jovens sereias...*

Neste país acontecem também situações em que os operadores do direito, ao receberem uma denúncia de violência sexual sofrida por mulheres, desconsideram ou desacreditam o fato, por não existirem sinais de violência física. Utilizam como argumento a ausência de provas evidentes, sem atentar para a dificuldade de se realizar um exame de corpo de delito logo após a situação de violência ter ocorrido. Tais procedimentos dificultam a procura de defesa, tendo em vista a possibilidade de se sofrer uma dupla violência, que tem, em sua raiz, a discriminação de gênero.

Corroborando essa realidade, a hipótese norteadora da pesquisa – *a gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos está muito mais relacionada a situações de violência do que em outras faixas etárias* – não foi negada. Foram colhidos depoimentos contundentes indicando que muitas adolescentes menores de 15 anos engravidam em circunstâncias de abuso e violência sexual. Essa gravidez torna-se, ironicamente, muitas vezes, a primeira oportunidade da denúncia. Muitas dessas jovens foram vítimas de abuso sexual há mais tempo do que gostaríamos de acreditar.

Um aspecto importante, que não pode ser preterido, é sobre o quanto a inclusão dos homens nas políticas voltadas para a saúde reprodutiva beneficiaria mulheres e homens de todas as idades e ampliaria o envolvimento e a responsabilidade masculina com o planejamento familiar e o autocuidado no exercício da vida sexual. Quando tratamos de violência sexual, o homem é o alvo principal, pois a ele nunca é dirigida uma mensagem indicando a não tolerância desse tipo de atitude e a não convivência com uma realidade tão violenta e injusta de subjugação alheia.

Para a ECOS, organização que realizou o presente estudo, a exploração dessa temática não se encerra com este relatório. O tema da

gravidez na adolescência possui tempo e lugar na história dessa organização. A iniciativa de estudar o tema da gravidez na adolescência se iniciou em 1992, quando a equipe realizou um estudo sobre aborto na adolescência financiado pelo Icaf¹. Ao longo desses onze anos a equipe esteve empenhada em promover essa temática nas mais diferentes oportunidades. Reuniu-se com profissionais de diferentes áreas, elaborou textos e artigos para publicação e para *advocacy*, participou durante o ano de 2002 de um Grupo de Trabalho – composto pela ECOS e pelo GTPOS (Grupo de Trabalho, Pesquisa e Orientação Sexual) – sobre gravidez na adolescência apoiado pela Fundação MacArthur, elaborou materiais educativos² para tratar dessa questão junto a profissionais de saúde e educação, vem acompanhando o noticiário da Andi sobre gravidez na adolescência com o objetivo de trabalhar o conceito de gravidez subjacente a cada notícia, compartilhou idéias, discutiu o tema em seminários junto aos parceiros (Instituto Papai - PE, Instituto Promundo - RJ, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde - SP, Cria - BA, entre outros), enfim, dedicou-se a aprofundar e advogar a inclusão da questão da gravidez na adolescência no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos da juventude brasileira, além de propagar a necessidade de realização de estudos e pesquisas para conhecer mais de perto essa questão.

Bom seria que outros parceiros pudessem também priorizar e democratizar a discussão sobre gravidez na adolescência e discutir a gama de nuances que esse tema apresenta.

Este estudo abriga esse objetivo.

O presente relatório compreende quatro partes. Na primeira, é apresentado um diagnóstico geral contendo análises e críticas relacionadas à situação da saúde sexual e reprodutiva do adolescente e do

¹ Aborto na adolescência – pesquisa bibliográfica e análise da literatura especializada e imprensa. Estudo financiado pelo *International Clearing House for Adolescent Fertility*, em 1992.

² Vídeo e manual *Bonezinho Vermelho*, produzido pela ECOS em 2002.

jovem; há também informações e comentários referentes à legislação brasileira no que diz respeito aos instrumentos de proteção e sua aplicabilidade no caso de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Essa primeira parte foi toda elaborada com base em dados sociodemográficos secundários, sobre cinco capitais pesquisadas – Porto Alegre, São Paulo, Recife, Brasília e Belém do Pará e para o Brasil, disponíveis em fontes oficiais, ou com base em monografias, estudos e pesquisas associadas ao tema.

A segunda parte se inicia com a apresentação da metodologia de trabalho, apresenta dados sobre os/as informantes e segue com a análise dos resultados obtidos, ilustrados pelos depoimentos recolhidos nas cinco capitais. Na terceira parte, destacamos cinco recomendações, que, esperamos, se tornem subsídios úteis para o desenvolvimento de ações voltadas para a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, em especial para mulheres na faixa de 10 a 14 anos. A idéia de apresentar essas recomendações esteve presente durante todo o desenvolvimento do projeto e certamente reflete o desejo da equipe ECOS de viabilizar ações nessa área.

Por fim, em anexo apresentamos o roteiro utilizado para as entrevistas e uma listagem, não exaustiva, obtida a partir de um levantamento realizado em diversos sites da Internet. Essa listagem contém informações úteis sobre organizações governamentais e não-governamentais, serviços públicos (hospitais, delegacias, conselhos tutelares) disponíveis no Brasil, que estivessem de alguma forma relacionados com a defesa, proteção dos direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Área da Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, cujo apoio garantiu a realização deste estudo, além do grande empenho no acompanhamento de todo o processo de tramitação do projeto junto ao Ministério. Agradecemos ao Instituto Papai, na presença de Jorge Lyra, parceiro nosso em muitos projetos e ideais e a Luciana S. Leão, pela sua efetiva e dedicada colaboração na pesquisa. O resultado final deste estudo não seria possível sem os depoimentos dos profissionais das cinco capitais selecionadas para a pesquisa (Porto Alegre, São Paulo, Recife, Belém, Distrito Federal), a quem manifestamos nossa admiração pelo trabalho que realizam e sinceros agradecimentos pela disponibilidade com que nos receberam para a entrevista.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma das etapas de desenvolvimento mais significativas pela qual passa todo ser humano. Uma etapa de mudanças nas relações sociais estabelecidas, transformações físicas, mas também de questionamento de valores, de costumes, sentimentos que contribuem para o exercício da vida adulta. Entre as experiências importantes dessa fase temos o início da vida sexual e reprodutiva e as expectativas levantadas em torno da vida produtiva.

Os jovens representam hoje 20% da população mundial e no Brasil mais de 30%. Boa parte dessa população vive na periferia, integrando famílias de baixa renda e de baixa escolaridade, fatores que refletem nas possibilidades de inserção dos jovens no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços. Muitas vezes adolescentes e jovens são convocados a assumir prematuramente responsabilidades para as quais não estão preparados. E justamente por serem jovens, eles não devem ser vistos apenas como consumidores e trabalhadores em potencial, como bem observa Rubens Adorno (2001), mas como um grupo socialmente vulnerável, mais exposto e sensível aos problemas enfrentados pela sociedade. De outro lado, os jovens devem ser pensados como sujeitos de sua própria história, na medida em que questionam e revêem valores e costumes, instituindo outras formas de comportamento e atitudes. (Adorno, 2001).

A mídia e as campanhas informativas que se referem ao exercício da vida sexual e reprodutiva dos/das adolescentes e jovens apontam, utilizando as estatísticas, um crescimento na taxa de fecundidade das adolescentes, sendo que o exercício da vida sexual deles é expresso por

meio de títulos como “gravidez precoce”³, “susceptibilidade às doenças sexualmente transmissíveis”, “violência e abuso sexual”. Para a opinião pública de modo geral, a gravidez nessa fase da vida é prejudicial para as jovens, pois comprometeria suas perspectivas profissionais, além de condená-las a se tornarem chefes de família precoces, num círculo vicioso de pobreza.

Estudos mostram que complicações biológicas do bebê tendem a ser tanto mais freqüentes quanto mais jovem for a mãe (≤ 15 anos): há maior freqüência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, apgar mais baixo, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior freqüência de doenças perinatais e mortalidade infantil. Deve-se considerar que estes riscos se associam não só à idade materna, mas a outros fatores, como a baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais curtos (< 2 anos) e estado nutricional materno comprometido (Correa & Coates, 1993).

O Brasil tem sido apontado como um dos países que apresentam taxas acima da média mundial de gravidez na adolescência, que é de 50 nascimentos por mil mulheres (Relatório Mundial sobre População da ONU). Estudos tendem a argumentar que a gravidez na adolescência repercutiria em abandono da escola, redução da escolaridade, formação de famílias sem a presença do pai, pauperização dessas famílias (Abeche, 2002). De fato, segundo Elza Berquó e Suzana Cavenaghi (2003), o maior aumento da fecundidade (42%) aconteceu entre jovens com renda familiar *per capita* abaixo de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo por mês; entre as jovens com renda acima de cinco salários mínimos, o crescimento foi de 15%. É preciso destacar que tais repercussões atingem as mulheres jovens e adultas, uma vez que em nossa estrutura social o cuidado com os filhos é ainda exercido por elas. Dispomos de poucas creches públicas. Não há,

³ Não iremos adotar a expressão recorrente “gravidez indesejada”, pois entendemos que em muitos casos as adolescentes “desejam” a gravidez como uma alternativa de acesso a bens de serviços e de *status*; ou, ainda, pode ser fruto da falta de acesso a métodos contraceptivos e a outras informações sobre reprodução, como também da imaturidade para negociar o uso de camisinha.

por exemplo, uma política escolar que favoreça às jovens mães continuarem seus estudos, a despeito de terem filhos, não há políticas que favoreçam a participação dos parceiros no cuidado com os filhos.

Diante desse contexto, há um dado que tem chamado a atenção da equipe da ECOS e motivou este estudo: a gravidez de jovens com idade entre 10 e 14 anos. A literatura científica é ainda carente de investigações a respeito da vivência da maternidade na adolescência. Particularmente no grupo de jovens de 10 a 14 anos, o tema permanece polêmico (Santos & Schorba, 2003). Adolescentes grávidas entre 10 e 14 anos atendidas pelo SUS, no período de 1993 a 1998, revelaram o aumento de 31% dos casos (Vitalle & Amâncio⁴).

Sabe-se, no entanto, que a situação de vulnerabilidade, embora perpassa todo o grupo de adolescentes, é distinto conforme o recorte etário. As adolescentes de 10 a 14 anos, menos maduras que as adolescentes entre 15 e 19 anos, estão mais suscetíveis à falta de informação e mais expostas à violência sexual pela própria falta de autonomia para negociar suas relações sexuais. Trata-se de um tema permeado por um “pacto de silêncio”, como observa Dr. Jefferson Drezzett (2001, 2002), um do entrevistados para a pesquisa.

Uma relação sexual não é moralmente legítima quando uma ou ambas as partes carecem da capacidade de consentir, livre e espontaneamente, no ato sexual, amplamente entendido. Este é, via de regra, o caso de menores de idade, isto é, quando existem boas razões para dizer que existe coação explícita (uso de força, ameaças ou extorsão, bastante comuns nesse tipo de abuso) ou suspeita de compulsão (por chantagem ou engano) (Morales & Schramm, 2002). Com relação à idade, o código penal estabelece como marco para caracterização da violência presumida a idade de 14 anos. O fundamento legal é determinado pela *innocencia consilli*, traduzida pela completa falta de ciência da menor em

⁴ Extraído de <http://www.psiqweb.med.br/infantil/infantil.html>.

relação aos fatos sexuais. Mesmo que a menina concorde com o contato sexual, o “consentimento” seria destituído de valor, segundo a norma jurídica (Oliveira, 1987; Drezzet, 2000).

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher (Drezzet *et. all.*, 1996). Entre as possíveis conseqüências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que provoca. Geralmente é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres (Faúndes *et. alli.*, 1998).

Os dados epidemiológicos sobre o abuso sexual são incipientes, pouco sistematizados. As informações disponíveis são aquelas registradas em delegacias, conselhos tutelares e ambulatórios. Não há, no entanto, uma metodologia uniforme na coleta das informações, que se limitam aos casos “denunciados”, ou seja, revelam apenas uma pequena parte da realidade. A violência por abuso sexual é a mais difícil de ser identificada, pois na maioria dos casos não deixa marcas. É comum a revelação ocorrer quando alguém da família “percebe” algo diferente ou quando a menina aparece grávida.

Estudos mostram que a verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida, sendo um dos delitos de maior subnotificação e subregistro (Drezett, 2000). Um estudo realizado pelo Dr. Jefferson Drezett (2000), no Hospital Pérola Byington, de São Paulo, um dos poucos serviços que presta assistência a vítimas de violência sexual, mostra que dos 1200 casos notificados no serviço, em 84,5% dos casos de violência sexual contra a criança o agressor era conhecido (em 21,6% dos casos o pai era o agressor; em 16,7%, o padrasto; em 11,6%, o tio; em 16,7%, o vizinho; e em 21,7%, outro conhecido da família).

Dispomos, no entanto, de toda uma legislação que normatiza ou orienta com relação à vida sexual das pessoas. Ainda assim as adolescentes menores podem estar tendo seu direito individual, de

privacidade, liberdade e de escolha sobre quando e como manter relações sexuais violados.

Há um dilema que se coloca, e que precisa ser enfrentado. A sexualidade deve ser exercida livremente pelos indivíduos. No entanto, como lidar com essa liberdade no caso de adolescentes que podem ser vítimas de abuso sexual ou estar sendo coagidas e manter relações sexuais? Como definir que uma jovem de 12, 13 ou 14 anos está exercendo o seu direito individual de viver sua sexualidade? Como atuar de maneira a não reprimir a liberdade individual de decidir sobre a vida sexual e ao mesmo tempo garantir a proteção de adolescentes muito jovens que podem estar sendo vítimas de abuso sexual?

O que diz a legislação brasileira sobre a sexualidade

Miriam Ventura (2002)⁵, ao desenvolver uma análise do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos, destaca que não há um dispositivo legal que especifique os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. Essa autora destaca como direitos sexuais e reprodutivos a decisão sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos; direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade; direito a ter controle sobre o próprio corpo; direito de exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência; todos esses direitos se constituem como direitos humanos fundamentais. (Ventura, 2002). Ao analisar as brechas legais, essa autora chama a atenção para as diversas limitações etárias para os adolescentes exercerem seus direitos, fato que tem criado obstáculos de caráter ético e legal para a implementação de políticas públicas, sobretudo de assistência à saúde sexual e reprodutiva,

⁵ Ventura, Miriam; Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil. São Paulo: 2002. *The Jonh D. and Catherine T. Macarthur Foundation.*

uma vez que a legislação não faz uma menção expressa sobre os direitos dos adolescentes com relação a essa questão (Ventura, 2002, p. 113-4).

Observa que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) *não especifica tais direitos em relação à reprodução e ao exercício da sexualidade* (Ventura, 2002:110). Contudo, pontua que:

- O ECA apresenta a Saúde e o SUS como instituições que devem garantir o atendimento prioritário dentro dos seguintes princípios: descentralidade, municipalização, controle social, manutenção de recursos específicos (por meio dos fundos municipais, estaduais e federais) e integralidade;
- *A Justiça da Infância e da Juventude, no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, estabelece mecanismos e procedimentos de proteção judicial, cabendo aos Conselhos Tutelares ... requisitar às autoridades competentes os serviços públicos necessários; atender e aconselhar os adolescentes; encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua lesão ao direito do adolescente; expedir notificações quando houver descumprimento do Estatuto; assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária ...*, fazer frente a esta proteção, bem como obriga as equipes de saúde e de educação a comunicar casos de maus-tratos ou suspeitas (Ventura, 2002:112);
- Em 1996, com a reformulação das Diretrizes Educacionais, a educação redefiniu o conceito de saúde, entendendo sua interface com os aspectos sociais, refletindo dessa forma preocupação com a redução da incidência de gravidezes, Aids e DST's entre os adolescentes e jovens; daí a inclusão do tema "Educação para a Saúde" nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), com um tópico especial para a Orientação Sexual, que deve ser tratada de forma transversal em todas as áreas.

Não há no ECA, segundo Ventura (2002), menção específica sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos. A autora chama a atenção, porém, para outras leis que apresentam as seguintes orientações:

– O Art. 244 – A da Lei nº 9975 (23/6/00), *que prevê como crime a submissão de crianças ou adolescentes à prostituição ou à exploração sexual* (p. 113).

– No Código Civil temos no Capítulo VII – Da família, das crianças, do adolescente e do idoso; Art. 227 – VII, parágrafo 4º, diz que *a lei punirá severamente o abuso, a violação e a exploração sexual da criança e do adolescente*. Este parágrafo menciona os artigos 217, 218 e 244 do Código Penal, os artigos 225 e a Lei 8069/1990;

– O artigo 225 do ECA descreve os crimes praticados contra a criança e o adolescente, por ação ou omissão;

– E a Lei 8069/90 dispõe de medidas de proteção, abrange atos infracionais administrativos cometidos contra crianças e adolescentes, especificando as punições para órgãos de saúde, educacionais, etc.

No caso de menores de idade, havendo suspeita ou confirmação de abuso sexual, o caso deve ser denunciado ao Conselho Tutelar. O ECA estabelece ainda, em seu artigo 245, que *deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenham conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente...*, estará sujeito à pena de multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (São Paulo, 1997, p. 55). O artigo 128 do Código Penal Brasileiro estabelece que não se pune o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, quando for uma gravidez resultante de estupro (necessitando o aborto preceder de consentimento da gestante, ou, se esta for incapaz, o representante legal deve consentir) (Oliveira, 1987; Drezzet, 2000).

No entanto, o exato tratamento dado aos casos de abuso contra crianças e adolescentes, as gravidezes de jovens menores de 14 anos ainda são obscuras.

No Brasil, apesar do artigo 128 existir há mais de 60 anos, a interrupção dessas gestações tem sido feita de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde, agravando sobremaneira a situação das mulheres. Com pouca ou nenhuma oportunidade de obter seus direitos, parte considerável das adolescentes recorre ao aborto clandestino e inseguro, com impacto nas taxas de mortalidade e morbidade relacionadas ao aborto (Faúndes *et. all.*, 1998).

Atualmente, cerca de 40 serviços médicos brasileiros oferecem a possibilidade de abortamento legal e seguro para vítimas de violência sexual, geralmente até a 12^o semana de gestação, sendo a técnica de escolha a Aspiração Manual Intrauterina (Amiu). Esse procedimento, além de mais eficiente que a dilatação e curetagem, promove menores taxas de acidentes cirúrgicos, infecciosos e hemorrágicos. Entretanto, para gestações entre 13 e 30 semanas, há menor disponibilidade de serviços. Nesses casos, a recomendação é que se realize o esvaziamento uterino por meio de indução com prostaglandinas, seguido de curetagem complementar (Drezzet, *et. all.*; Faúndes, *et. all.*; Ozaki, *et. all.*, 1998). O atendimento médico à vítima de estupro deve sempre considerar e avaliar o risco de gravidez, oferecendo medidas contraceptivas de emergência eficientes (Ministério da Saúde, Norma Técnica, 1999).

Diante desse quadro, a ECOS, ao elaborar o projeto e propô-lo ao Ministério da Saúde, teve como questão central levantar informações disponíveis sobre a gravidez das adolescentes com idade entre 10 e 14 anos para averiguar se essa gravidez poderia estar relacionada (ou não) com a violência sexual; ou se tratava-se apenas de um reflexo do rejuvenescimento no exercício da vida sexual. Outro dado fundamental para obter uma resposta a essa questão é a idade do parceiro das jovens

grávidas, sobre a qual existem poucas informações, restringindo qualquer ação eficiente que possa envolver a participação masculina.

Assim, a proposta da ECOS é a de contribuir para a promoção e transformação de valores e comportamentos relacionados à sexualidade, saúde e direitos sexuais e reprodutivos dos jovens. Para isso é necessário estabelecer uma síntese das dimensões socioculturais, políticas, institucionais e comportamentais ante a sexualidade e a saúde reprodutiva dessas adolescentes, para melhor entendermos suas necessidades e desejos.

A ECOS entende que os/as jovens devem exercer sua vida sexual de maneira plena e satisfatória. Acredita que definir ou normatizar uma “melhor” ou mais adequada fase para iniciar a vida sexual representa um cerceamento à liberdade individual, além de ser pouco eficaz. Entende, porém, que devem ser oferecidas alternativas que propiciem prazer e satisfação e perspectivas de oportunidades de escolha em relação ao futuro. A gravidez, por exemplo, deve fazer parte do projeto de vida dos/as adolescentes, mas devem ser oferecidas condições para que ambos, rapazes e moças, possam decidir sobre quando e como ter filhos. Não basta informar sobre métodos contraceptivos. É preciso garantir o acesso a esses métodos com orientação segura, e não-preconceituosa; é preciso orientar sobre a contracepção de emergência e garantir o acesso ao medicamento; é preciso ampliar os espaços para orientação e educação sexual, nos quais temas complexos como a negociação para uso da camisinha, o prazer, a violência e o abuso sexual possam ser discutidos abertamente.

METODOLOGIA E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo exploratório, com o objetivo de reunir informações disponíveis sobre a gravidez de adolescentes de 10 a 14 anos, a pesquisa foi realizada em cinco capitais, cobrindo todas as regiões do país: Porto Alegre (Sul), São Paulo (Sudeste), Recife (Nordeste), Brasília (Centro-Oeste) e Belém (Norte). Nas regiões Nordeste e Norte, o levantamento das informações foi realizado pelo Instituto Papai (Recife), sob a coordenação de Jorge Lyra e realização de Luciana Souza Leão. Nas demais regiões, a pesquisa foi realizada pela equipe da ECOS.

A pesquisa foi constituída de: 1) levantamento de dados secundários disponíveis; 2) estudos e pesquisa atuais sobre o tema; e 3) de entrevistas com informantes chave, que atuam em serviços de saúde ou instituições de atenção a adolescentes. Foi realizado um levantamento preliminar dessas instituições e realizado um contato com os responsáveis, para explicar os objetivos da pesquisa e agendar entrevistas. Privilegiaram-se instituições ou pessoas que atuassem no tema gravidez na adolescência e/ou situações de violência de gênero. O conjunto de entrevistas não esgota todas as informações disponíveis, mas compõe um conjunto consistente de depoimentos de especialistas no assunto e que se dispuseram a ser entrevistados e a colaborar com a discussão sobre a temática no Brasil.

Para obter as informações, adotamos como primeira estratégia o levantamento de instituições nas cinco capitais que oferecem serviços para adolescentes grávidas ou vítimas de violência, serviços de saúde, particularmente maternidades ou hospitais que oferecem serviços de atenção a mulheres vítimas de violência ou serviço para aborto legal. De posse do levantamento, foi realizado um contato com profissionais atuantes nestas instituições e serviços para agendamento de uma entrevista. Todos os entrevistados foram informados dos objetivos da

pesquisa e assinaram o termo de consentimento informado. Apenas um entrevistado, de Recife, preferiu ter seu nome resguardado.

As instituições e os profissionais participantes do estudo foram:

Região Sul – Porto Alegre

Instituição	Profissional
Deca – Departamento Estadual de Atenção à Criança e ao Adolescente	Dra. Eliete Matias Rodrigues – delegada
Hospital Presidente Vargas	Dra. Geraldina Viçosa – hebiatra e psicanalista, coordenadora do Paiga
Paiga – Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente	Dra. Jussara Vidal, ginecologista
Crai – Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil	Maria Regina de Oliveira da Silva, enfermeira
Centro de Saúde Santa Marta – Programa Pró-Jovem	Dr. Jorge Eltz, pediatra, coordenador do Programa

Região Sudeste – São Paulo

Instituição	Entrevistadas
Casa Taiguara	Isabel Cristina Silveira Gazel Teixeira, psicóloga, coordenadora da Casa
Casa de Apoio aos Meninos e às Meninas da Sé	Dra. Mônica, psicóloga
Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Serviço de Aborto Legal)	Irotildes Gonçalves Pereira, assistente social
Secretaria Municipal de Saúde	Gabriela Calazans, assistente técnica da Área Temática Juventude
Cerca – Centro de Referência da Criança e do Adolescente	Dra. Irene, psicóloga
Casa da Menina-Mãe	Caroline, gerente de projetos Aline, assistente social Sieyla, coordenadora
Hospital Leonor de Barros	Dr. Jefferson Drezett

Região Nordeste – Recife

Instituição	Entrevistadas
Casa Menina-Mulher	Maria Socorro Malafaia, assistente social
Centro Integrado Amaury de Medeiros (Prosad)	Rita de Cássia Carneiro de Sá, obstetra

Hospital Agamenon Magalhães (Serviço de Aborto Legal)	*o entrevistado não autorizou a divulgação de seu nome
Secretaria de Cidadania e Políticas Sociais	Maria da Graça Cabral, assistente social

Região Centro-Oeste – Brasília

Instituição	Entrevistados/as
Casa Abrigo	Dra. Kátia Vasquez, advogada e coordenadora da Casa Dra. Edna Fernandes, gineco-obstetra Profa. Vatanei, pedagoga
Clínica de Adolescentes e Família – Adolecendo em Família	Dr. Valdi Craveiro Bezerra, coordenador do Programa
Secretária de Saúde do Distrito Federal	Dr. Avelar, ginecologista
Delegacia Especial da Criança e do Adolescente	Dra. Selma, delegada
Cecria – Centro de Referência da Criança e do Adolescente	Karina Figueiredo, coordenadora geral

Região Norte – Belém

Instituição	Entrevistadas
Fundação Santa Casa de Misericórdia (Serviço de Aborto Legal)	Dra. Neila Maria Rocha, obstetra
Casa da Mulher	Ana Cristina Lima Pinheiro, ginecologista
Movimento Promoção da Mulher (Moprom)	Maria Luiza Magno, assistente social e coordenadora do Moprom Iolanda Deise Veloso, historiadora e teóloga
Grupo de Mulheres Prostitutas (Gempac)	Lurdes Barreto

Outro passo do estudo foi o levantamento de fontes de dados secundários e de referências bibliográficas sobre gravidez na adolescência, violência de gênero, violência contra mulheres, abuso sexual, violência sexual, saúde sexual e reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, legislação relacionada ao tema, com o objetivo de subsidiar a análise das informações.

A seguir apresentamos um panorama, com base em dados estatísticos disponíveis sobre a gravidez na adolescência, destacando particularmente a faixa etária privilegiada no estudo. Na seqüência será apresentada uma síntese da análise das entrevistas realizadas com

informantes chave nas cinco capitais. Por último, as considerações finais que destacam os pontos centrais para orientar o debate sobre a vulnerabilidade das adolescentes à violência sexual, ao poder de negociação e autodefesa, além de algumas recomendações para a ação com o objetivo de contribuir para a definição de políticas públicas adequadas para adolescentes gestantes na faixa etária de 10 a 14 anos, uma vez que a ECOS considera necessária uma intervenção específica voltada para esse grupo.

ADOLESCENTES NO CENÁRIO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO BRASIL

As condições socioeconômicas dos/das adolescentes e jovens no Brasil são, de modo geral, caracterizadas pela pobreza, acesso pouco restrito ao uso de drogas (lícitas ou ilícitas), evasão escolar, pouco acesso à cultura, à saúde, ao trabalho e aos espaços de lazer. Este quadro expõe a contradição vivida pelos jovens brasileiros entre ter direitos – garantidos pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – e ter acesso a esses direitos ante a realidade na qual vivem.

Em relação aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, há uma lacuna ainda maior, visto que não existem leis explícitas no que tange ao exercício da vida sexual pelos adolescentes. Para completar o quadro, a incidência de gravidezes, abortos, mortalidade materna e violência sexual não atingem somente as mulheres adultas; também as adolescentes têm sido afetadas.

Informações estatísticas que abordam especificamente a saúde sexual e reprodutiva dos/das adolescentes não são sistematizadas. Conta-se basicamente com os dados disponíveis no Censo ou no Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados elencados abaixo pretendem, por isso, apenas traçar um panorama sobre os casos de gravidezes, aborto e mortalidade de adolescentes entre 10 a 14 anos, com destaque para as cinco capitais, Recife, Porto Alegre, São Paulo, Brasília e Belém selecionadas para o estudo.

O Brasil vem sofrendo transformações importantes no seu quadro demográfico, caracterizado pela queda da fecundidade, a redução da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população⁶. Todas essas situações demandam novas atuações para o

⁶ Extraído do site: <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>, em 13 de agosto de 2003.

sistema de saúde e é preciso ter particular atenção para a população jovem, uma vez que ela representa quase 20% da população mundial.

No Brasil, a taxa de crescimento populacional foi de 1,6% ao ano, entre 1991 e 2000. Somos quase 170 milhões de habitantes, sendo que 49% são do sexo masculino e 51% do sexo feminino⁷, representando cerca de 96,9 homens para cada 100 mulheres. Boa parte dessa população é jovem. Segundo os dados da contagem da população de 2000 (FIBGE): há um aumento na proporção de adolescentes e jovens no Brasil, cerca de 38,5% de nossa população tem entre 10 a 29 anos, 20,8% está na faixa etária de 10 a 19 anos (cerca de 35 milhões de adolescentes e jovens de ambos os sexos) e 17,7% tem entre 20 a 29 anos⁸.

Os brasileiros entre 10 a 14 anos correspondem a 10% da população. São 17.353.683 adolescentes, sendo que 51% são do sexo masculino e 49% do sexo feminino.

Fecundidade e Natalidade no Brasil

As taxas de fecundidade vêm decrescendo em todas as regiões do Brasil desde 1970, atingindo, segundo análise de Elza Berquó, o valor médio de 2,4 filhos por mulher em 2000. Em 1940 a taxa de fecundidade era de 6,16 e em 1999 atingiu a média de 2,2 filhos por mulher. Dentre os Estados, as taxas variaram de 1,8 em Goiás a 3,3 em Roraima⁹.

Entre 1996 e 1999, a queda na taxa de fecundidade dos/das brasileiros/as se acentuou, sendo mais significativa nos estados que tinham taxas mais altas, como na região Norte, onde a taxa de fecundidade era maior que 3% em 1996, havendo uma queda de 0,62% em 1999¹⁰. Já no Nordeste a taxa caiu de 3,2% para 2,6% durante a

⁷ Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2000.

⁸ Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2000.

⁹ Dados extraído do site: [Http://tabnet.datasus.gov.br/csv/A164633200_161_217_72.CSV](http://tabnet.datasus.gov.br/csv/A164633200_161_217_72.CSV). Em julho de 2003.

¹⁰ Dossiê Rede Saúde **Fontes/** Estimativas: IBGE/Contagem populacional e projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/Funasa/Cenepi/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Notas:** Para

década de 1990 e, na região Sudeste ficou abaixo da média brasileira, com 2,1%.

Taxa de Fecundidade Total Brasil: 1940 – 2000

Ano	1940	1950	1960	1970	1980	1990*	1991	2000
Taxa	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,70	2,85	2,35

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e Resultados Preliminares do Censo Demográfico 2000. Tabela modificada. Oliveira, Juarez de Castro. A Fecundidade no Brasil e Regiões nos últimos vinte anos do século XX (versão preliminar com informações do Censo 2000). Extraída do site: www.sbpnet.org.br/eventos/54RA/TEXTOS/SBPC%20Juarez%20Oliveira.

Um dos aspectos que tem chamado a atenção de demógrafos é a mudança na estrutura etária da fecundidade nas últimas décadas. Se nos últimos anos houve uma diminuição na taxa geral de fecundidade, entre as adolescentes com idade entre 15 a 25 anos houve um crescimento do número de filhos, diferentemente do que vem ocorrendo com as mulheres mais velhas, sobretudo as da faixa entre 35 e 49 anos, cuja taxa de fecundidade passou de 20,72% em 1980 para 11,78% em 2000 (Berquó; Cavenaghi, 2003).

O último censo do IBGE (2000) incluiu o recorte etário de 10 a 14 anos nas taxas de fecundidade, porém se refere aos 12 meses anteriores ao Censo, não possibilitando análise de uma série histórica. Ainda que essa faixa etária não apresente significativo impacto sobre a taxa de fecundidade, segundo Berquó e Cavenaghi (2003), seu peso relativo passou de **0,24%** em 1991 para **0,57%** em 2000: “A fecundidade desse grupo teve, no período, um crescimento de 108%, variando de 0,0013 a 0,0024” (*op. cit.*, p. 5). Segundo o Censo Demográfico (2000¹¹), 62% das mulheres entre 10 a 70 anos ou mais tinham tido filhos. Na faixa de 10 a

1996 e 1997, as taxas são estimativas do IBGE. Para 1998, os dados de RR, AP, RN, PE, SE, ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS, GO e DF são dados diretos; os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e estimativas. Para 1999, foram incluídos os dados diretos de AC. Datasus. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2001. IDB-2001. Extraído do site - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/matriz.htm> (página visitada em 28/2/2003).

¹¹ Referente aos 12 meses que antecederam o censo de 2000.

14 anos (8.569.844 adolescentes do sexo feminino), 0,43% delas já havia engravidado (37.282 adolescentes). Na faixa de 15 a 19 anos (8.921.295 adolescentes do sexo feminino), 15% já tinham tido filhos (1.340.511 adolescentes) e destas 21% tiveram mais de um filho.

**Fecundidade de Mulheres de 10 anos ou mais de idade
12 meses antes Censo de 2000, Brasil**

Idade	Total	Tiveram Filhos	
		Percentual	Absoluto
10 a 14 anos	8.569.844	0,43	37.282
15 a 19 anos	8.921.295	15,00	1.340.511
15 a 17 anos	5.329.967	8,51	453.876
18 e 19 anos	3.591.328	25,00	886.675
20 a 24 anos	8.094.476	48,00	3.857.716
25 a 29 anos	7.033.192	69,50	4.891.982
30 a 34 anos	6.664.517	82,00	5.473.965
35 a 39 anos	6.304.778	87,00	5.522.490
40 a 44 anos	5.434.109	90,00	4.883.099
45 a 49 anos	4.510.458	90,00	4.078.704
50 a 59 anos	6.514.747	90,00	5.880.273
60 anos ou mais	8.011.358	89,00	7.135.060

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

A base de dados Sistema Único de Saúde (Datusus/TABWIN/AIH/MS) é uma fonte importante de informação sobre a incidência de mães entre 10 a 14 anos que utilizaram os serviços por gravidez e/ou aborto. Essas informações são fornecidas pelos registros das internações para cuidados obstétricos.

A tabela a seguir mostra o número de internações para cuidados obstétricos para as faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. Podemos notar que tem havido aumento ao longo do tempo no número de partos. Para a faixa etária dos 10 aos 14, o total de partos variou de 26.604, em 1994, para 29.190 em 2002.

Partos no Brasil – SUS

ANO	Faixa Etária			Total de partos
	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	
1994	26604	635372	937128	1599104
1995	28282	661331	916151	1605764
1996	31911	675839	886801	1594551
1997	33534	686804	880346	1600684
1998	31963	667747	850947	1550657
1999	31908	676951	865689	1574548
2000	32072	640469	811861	1484402
2001	26790	588285	813576	1428651
2002	29190	578417	768663	1376270

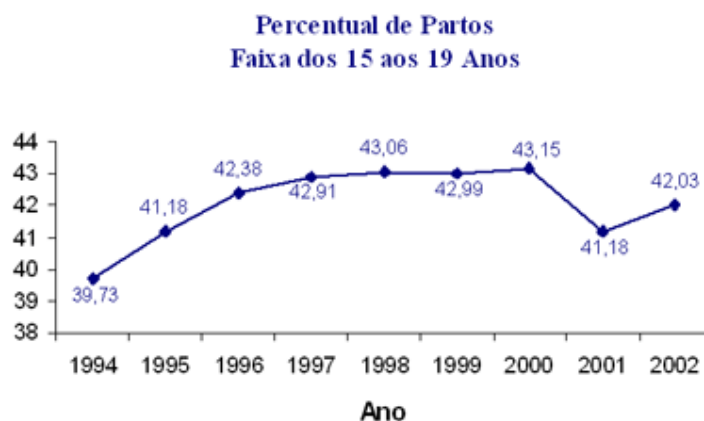
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); Fundação Seade.

Datusus/TABWIN/AIH/MS.

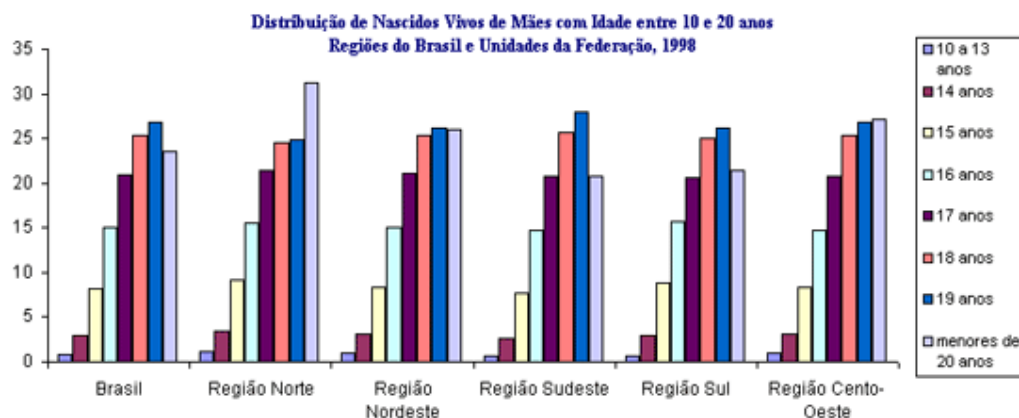
(1) Porcentagem sobre o total de partos.

O percentual de internações de adolescentes entre 10 a 14 anos comparado ao total de internações de adolescentes tem mostrado tendência de crescimento ao longo dos anos. O mesmo comportamento pode ser observado para a faixa dos 15 aos 19 anos, até o ano de 2000, com queda em 2001 e retorno ao crescimento em 2002.





Em 1998, a proporção de mães menores de 20 anos no Brasil era de 23,6, sendo que na região Norte foi registrado o maior percentual (31,2). O percentual de nascidos vivos no Brasil em 1998, de mães na faixa etária de 10 a 13 anos, foi de 0,8. Os bebês de mães nessa faixa etária tendem, segundo a literatura, a sofrer mais riscos durante a gestação do que os bebês de mães de outras faixas etárias, porém é preciso considerar que nem sempre o acesso aos serviços de saúde (pré-natal) está disponível, é acessível ou, muitas vezes, é realizado de maneira inadequada. Em 2000, por exemplo, cerca de 338 mil crianças nasceram de mães adolescentes e o pré-natal não foi feito por 6,3% dessas garotas.



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc);
Fundação Seade.

(1) Excluindo-se os casos com idade ignorada.

Extraída do site do Ministério da Justiça. Sites M.J. SEDIM - Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher - Indicadores de Gênero - Saúde e Direitos Reprodutivos.

(http://www.mj.gov.br/sedh/cndm/genero/saude/BR_ado001_1998.htm

- visitado em 28 de fevereiro de 2003).

A ocorrência de gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos foi maior na região Norte, com 1,1%, seguida pelas regiões Nordeste e Centro-Oeste, ambas com 0,9%, Sul com 0,7% e Sudeste com 0,6%. É preciso considerar na análise desses dados que a região Norte apresenta situações de exploração sexual de menores, o que pode explicar o maior percentual apresentado¹².

¹² Dossiê: Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva 1999. Extraído do site da Rede Saúde <http://www.redesaude.org.br> (visitado em 26/2/2003).

Podemos verificar, na tabela seguinte, que o maior percentual de nascidos mortos em 1999, correspondia a mães na faixa etária de 10 a 14 anos (13%). Segundo o IBGE e o FNUAP, a instrução da mãe é determinante para a queda dos índices de mortalidade dos filhos.

Nascidos Vivos de Mulheres com 10 Anos ou Mais de Idade – 1999

Idade	Total	Nascidos Vivos		Nascidos Mortos	
		Total	12 meses ant. Censo	Percentual	Absoluto
Total	156.870.390	148.702.572	3.233.803	5,1	8.167.819
10 a 14 anos	46.809	40.269	23.134	13,0	6.540
15 a 19 anos	1.730.170	1.661.469	634.306	4,0	68.700
15 a 17 anos	539.982	515.106	262.428	4,6	24.876
18 a 19 anos	1.190.188	1.146.363	371.879	3,7	43.825
20 a 24 anos	6.645.247	6.407.202	1.005.482	3,6	238.045
25 a 29 anos	10.570.511	10.181.111	752.773	3,7	389.400
30 a 34 anos	14.153.715	13.598.982	476.336	3,9	554.733
35 a 39 anos	16.509.645	15.823.453	248.741	4,1	686.192
40 a 44 anos	16.879.063	16.070.235	75.172	4,5	808.828
45 a 49 anos	16.144.674	15.288.056	12.061	5,3	856.618
50 a 59 anos	29.193.750	27.473.793	5.799	5,9	1.719.957
Mais de 60	44.996.807	42.158.002	-	6,3	2.838.805

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Censo Demográfico 2000. Primeiro resultado da amostra. Brasil. Fecundidade. Tabela 1.6.1. modificada e acrescentados percentuais. Extraída do site: www.ibge.gov.br – população – Censo Demográfico 2000. Primeiro resultado da amostra. Brasil. Fecundidade. (http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/primeiros_resultado_s_amostra/brasil/pdf/tabela_1_6_1.pdf – visitada em 6 de março de 2003).

Em 1999, no grupo de mães brasileiras com menos de quatro anos de estudo, em cada 1.000 nascimentos, 93 crianças morreram. Quando a mãe tinha mais de oito anos ou mais de escolaridade, o número de mortes cai para 29,7/1.000¹³. Esse dado é importante, pois relativiza a hipótese de que os nascidos mortos, filhos de mulheres de 10 a 14 anos, estão relacionados unicamente à idade da grávida, mas também ao impacto da falta de escolaridade, que é um indicador socioeconômico de pobreza. A

¹³ Dossiê Adolescência: Saúde Sexual e Reprodutiva. Rede Feminista de Saúde, 2003. Fonte: MARTINS, L.; AVANCINI, M. Jornal O Estado de S. Paulo. IBGE mostra: estão nascendo menos brasileiros: relatório divulgado juntamente com estudo da ONU que relaciona crescimento populacional e ambiente. Quarta-feira, 12 de dezembro de 2001. Extraído do site -

escolaridade pode influir sobre outros fatores e pode ser potencializada por outros elementos de desigualdade. A chance de uma criança da região Nordeste morrer antes dos 5 anos se tiver uma mãe com até quatro anos de estudo é de 124,7 por mil. É um índice seis vezes maior do que a chance de uma criança da região Sul morrer antes dos 5 anos se tiver uma mãe com mais de oito anos de estudo¹⁴.

Poucos são os serviços de saúde que atendem os/as adolescentes e jovens em suas necessidades específicas, sendo este um obstáculo ao acesso às informações e serviços que protejam a saúde e a tomada de decisão responsável dos mesmos¹⁵.

**Taxa de Fundidade Total(1)
Por Anos de Estudo da Mulher e Por Regiões do Brasil, 1999**

Regiões	Total	0 a 3 Anos	4 a 7 Anos	8 Anos ou Mais
Brasil	2,3	3,7	2,8	1,6
Região Norte ⁽²⁾	3,1	5,1	3,7	1,9
Região Nordeste	2,7	3,9	2,9	1,7
Região Sudeste	2,1	3,2	2,7	1,5
Região Sul	2,2	3,4	2,8	1,8
Região Centro-Oeste	2,3	3,0	2,7	1,8

(1) Número de filhos nascidos vivos tidos por mulher no final do seu período reprodutivo.

(2) Inclui somente a população urbana, com exceção do Estado de Tocantins.

Fonte: IBGE, 1999.

Quanto maior a escolaridade da mulher, menor é a taxa de fecundidade. A diferença existente entre as taxas de fecundidade e os anos de estudo da mulher coloca em discussão a importância da educação, bem como indica a necessidade de incorporar essa perspectiva nas políticas públicas. O incremento da educação no país, o incentivo para que brasileiros/as prossigam na educação formal além do ensino fundamental têm reflexos

<http://www.estado.estadao.com.br/editorias/2001/12/12/ger018.html> (página visitada em 6 de março de 2003.).

¹⁴ Fonte: Site Aprendiz. Notícias – Imprescindível. A desigualdade social entre os brasileiros continua. Extraído do site: http://www.uol.com.br/aprendiz/n_noticias/imprescindivel/id050401.htm (visitado em 10 de março de 2003).

¹⁵ Fontes: ReproduSite <http://www.reproduSite.hpg.ig.com.br/adolescencia.htm> (visitado em 26/2/2003). FIBGE - Dados da Contagem de População de 2000. Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva 1999. Extraído do site da Rede Saúde <http://www.redesaude.org.br> (visitado em 26/2/2003).

imediatos na saúde reprodutiva de toda a população. Essa lógica vale para cidadãos de ambos os sexos e para as diferentes faixas etárias.¹⁶

Aborto entre adolescentes no Brasil

Segundo dados do Datasus, que podem ser observados nas tabelas e gráficos seguintes, o percentual de abortos, admitidos legalmente na rede de saúde, realizados em adolescentes de 10 a 14 anos tem indicado tendência de crescimento (veja a reta de regressão, pontilhada em vermelho).

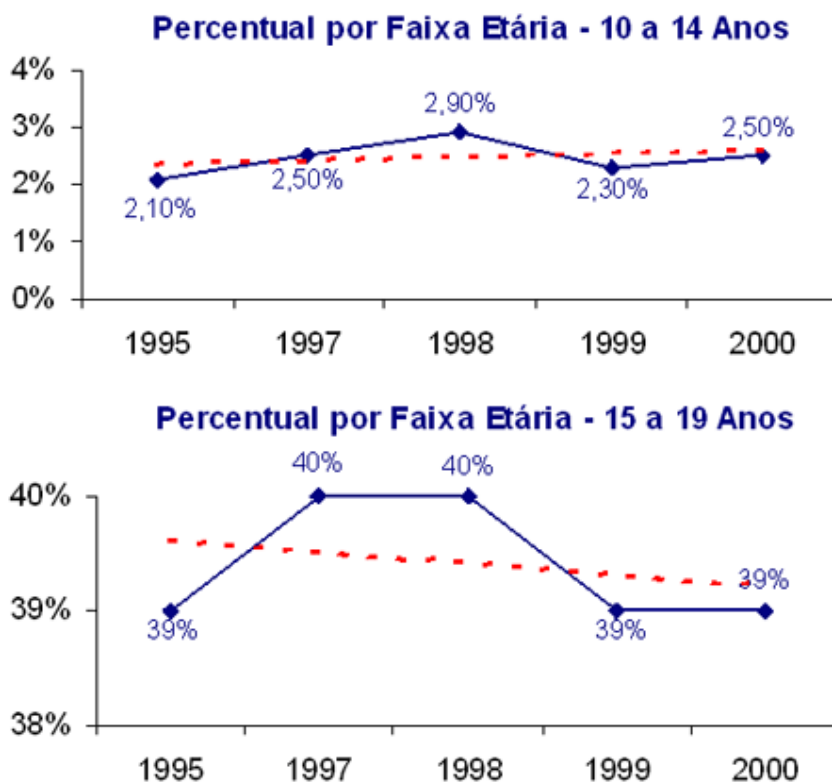
Para as faixas etárias entre 15 a 19 anos e entre 20 a 24 anos os percentuais tem permanecido praticamente estáveis, chegando a indicar suave decréscimo (veja reta de regressão, pontilhada em vermelho para a faixa de 15 a 19 anos).

Internações Hospitalares do SUS – Aborto Brasil – 1995 a 2000

Ano	Percentual por Faixa Etária			Total de Internações
	10 a 14	15 a 19	20 a 24	
1995	2,10	39	58	142755
1997	2,50	40	58	127385
1998	2,90	40	58	119293
1999	2,30	39	58	126517
2000	2,50	39	59	127460

Fonte:SIH-SUS/Datasus/MS (Inclui aborto espontâneo, aborto induzido por indivíduo, admitidas legalmente, aborto induzido sem identificação, aborto retido, aborto não especificado e outros abortos.)

¹⁶ Fontes: PARKER, R.; PIMENTA, M.C; RIOS, L.F.; JUNIOR, I.B.V.T. Passagem Segura Para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a Saúde Sexual dos jovens brasileiros. Escolaridade. Coleção Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids). Nº 1. Rio de Janeiro, 2000. Site: www.soropositivo.org – sexualidade – Passagem Segura para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a Saúde Sexual dos jovens brasileiros. Escolaridade. (<http://www.soropositivo.org/sexualidade/SSRN1/5.htm> – visitado em 6 de março de 2003).



Os registros hospitalares do Datasus/MS (2000) indicam que ocorreram no Brasil 247.884 internações por aborto, das quais 67 terminaram em óbito.¹⁷

Existem diferenças na assistência ao aborto em cada estado, bem como a incidência depende da situação econômica e do acesso aos serviços de saúde. De acordo com o Dossiê Aborto Inseguro, elaborado pela Rede Feminista de saúde em 2001, os dados disponíveis mostram que há uma maior proporção de internações na região Sudeste, podendo

“(...) estar associada à maior aceitabilidade das práticas do aborto provocado e/ou ao maior acesso a leitos. Em alguns estados, as internações com diagnóstico de aborto são responsáveis por mais de 10% das internações obstétricas, como Bahia, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Roraima e Sergipe, enquanto em outros, como Maranhão, Paraíba e Tocantins, essa porcentagem não chega a 4%, o que pode

¹⁷ Dossiê: Aborto Inseguro (2001) . Rede Nacional Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Extraído do site: http://www.redesaude.org.br/html/artigos_e_dados.html, em 9 de setembro de 2003.

denunciar nestes últimos a ausência de leitos hospitalares, por pertencerem a regiões que são sabidamente bastante desprovidas de recursos, inclusive de saúde, e não – o que pode parecer à primeira vista – por menor ocorrência de abortos. Rio de Janeiro, Distrito Federal e Bahia merecem atenção, pois a maior proporção de internações por aborto talvez indique, de fato, maior ocorrência de abortos voluntários nesses estados, além de maior acesso a leitos, uma vez que nesses locais a taxa de internação por 1.000 mulheres é alta e a proporção das internações obstétricas também é elevada. Enquanto 2,8 em cada 1.000 mulheres foram internadas por aborto em Goiás, 9,6 internaram-se em Sergipe. Esses dados mostram diferenças regionais e locais sugestivas de diferentes realidades da assistência ao aborto e, muito provavelmente, diferentes situações enfrentadas pelas mulheres como forma de lidar com a clandestinidade (...)”¹⁸.

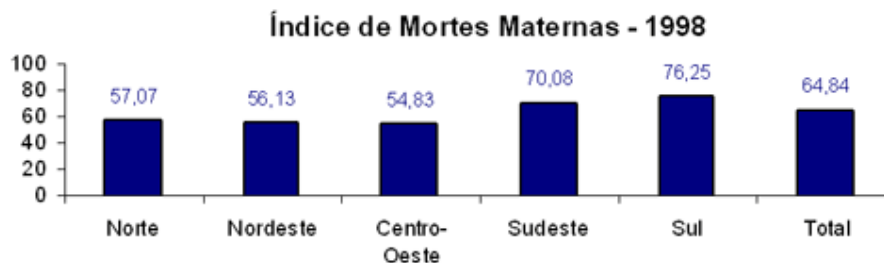
Mortalidade materna

Segundo o relatório da Unicef, entre as 27 metas assumidas por 158 países durante a Cúpula Mundial pela Criança (realizada em setembro de 1990, em Nova York), o Brasil conseguiu cumprir dez. Entre as metas cumpridas está a vacinação de 90% dos menores de cinco anos e a redução de mais de 50% das mortes por diarreia. Porém, a meta de diminuir em 50% a mortalidade materna ainda não foi atingida. As causas principais de morte maternas são a eclampsia – hipertensão específica da gravidez –, infecções ocorridas após o parto, aborto e as hemorragias. Sabe-se que com um pré-natal de qualidade e assistência adequada ao parto e pós-parto essas mortes poderiam ter sido evitadas.

A mortalidade materna é um dos maiores problemas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste brasileiro. Os índices apontam uma menor incidência nas regiões Sul e Sudeste. Os dados sobre mortalidade materna, no entanto, não são confiáveis. Existem estimativas de que, para cada caso notificado, exista um não registrado¹⁹.

¹⁸ Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/Datasus/SIM, 2001. Dossiê: Aborto Inseguro. Rede Nacional Feminista de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Extraído do site: http://www.redesaude.org.br/html/artigos_e_dados.html, em 9 de setembro de 2003.

¹⁹ Tatiana Ferreira. Mortalidade materna reflete falhas da assistência no Brasil. Unifesp. Jornal da paulista reflete. Extraído do site: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed160/debate.htm>, e, 9 de setembro de 2003.



(*) Por 100 mil nascidos vivos. Fonte: Ministério da Saúde²⁰.

A seguir apresentaremos alguns dados específicos de cada uma das capitais selecionadas para participar do estudo. O objetivo é contextualizar a pesquisa e reforçar os argumentos de que a gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos é fruto da vulnerabilidade social das adolescentes, ainda que possa estar relacionada também ao desejo de se tornar mãe e de constituir família.

O CONTEXTO DEMOGRÁFICO DAS CAPITAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Porto Alegre

A população de Porto Alegre é 3.877.825, sendo 48% do sexo masculino e 52% do sexo feminino. A faixa etária de 10 a 14 anos corresponde a cerca de 8,7% do total da população e a faixa etária de 15 a 19 anos, 9,5%²¹.

²⁰ Tatiana Ferreira. Mortalidade materna reflete falhas da assistência no Brasil. Unifesp. Jornal da Paulista reflete. Extraído do site: <http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed160/debate.htm>, em 9 de setembro de 2003.

²¹ Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE para os anos intercensitários. Extraído do site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>, em 18 de agosto de 2003.

As internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério, em Porto Alegre, corresponderam a 19,4% do total de internações ocorridas em 2001²². Em Porto Alegre, 32.342 jovens tornaram-se mães, a maior parte com baixa escolaridade, baixa renda e com assistência médica precária. Essas jovens, com escasso atendimento pré-natal, são as principais vítimas de complicações na gestação e de partos prematuros²³.

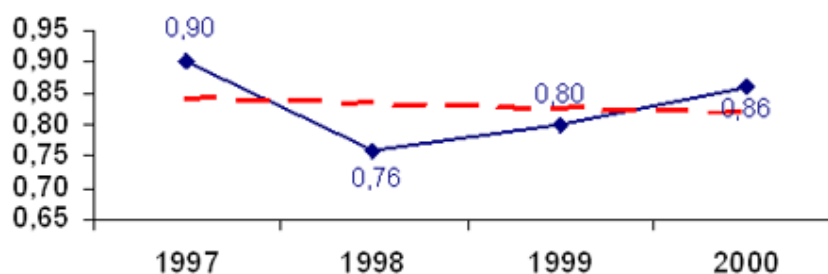
Segundo os dados da tabela e gráficos apresentados a seguir, a proporção de nascimentos de mães adolescentes com menos de 14 anos de idade no período compreendido entre 1997 e 2000, apresentou pouca variação. A reta de regressão, pontilhada em vermelho, aponta para leve tendência decrescente. Já para as adolescentes entre 15 e 19 anos, a tendência é de crescimento

Proporção de Nascimento por Idade Materna – Porto Alegre

Idade da Mãe	1997	1998	1999	2000
Menos de 14 Anos	0,90	0,76	0,80	0,86
15 a 19 Anos	19,16	19,66	19,47	19,61
20 a 24 Anos	25,97	25,52	26,20	26,07
Outras Faixas	53,99	54,06	53,52	53,46

Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/Cenepi – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

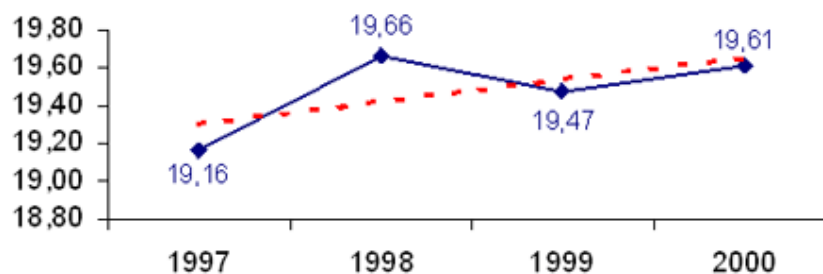
Proporção de Nascimento por Idade Materna Porto Alegre (Menos de 14 Anos)



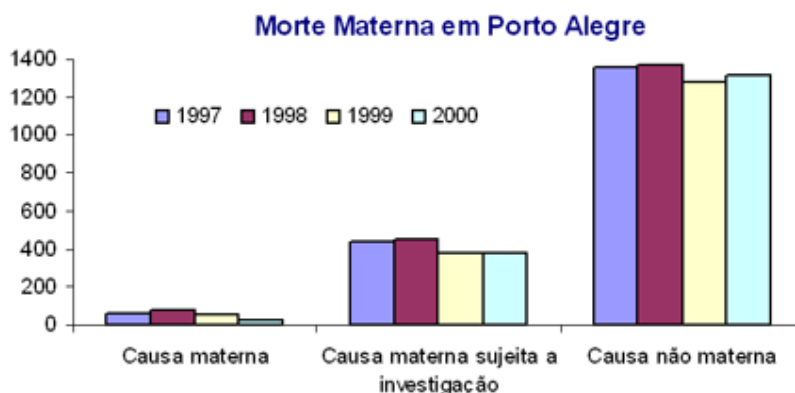
²² Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Nota: Nas tabulações por faixa etária, estão suprimidos os casos com idade ignorada. Extraído do site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/c04.def>, em 15 de setembro de 2003.

²³ Matéria publicada no jornal Zero Hora (17/8/2002). Informações extraídas da Coordenadoria de Informações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde (SES). O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Extraído do site: <http://zh.clicrbs.com.br/editoria/geral/pagina1.htm>.

Proporção de Nascimento por Idade Materna Porto Alegre (15 a 19 Anos)



Mortalidade materna



Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/Cenepi – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) Secretaria Estadual de Saúde. Extraído do site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmmap.htm>, em 15 de setembro de 2003.

Em 1997, a Aids foi a primeira causa de morte de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em Porto Alegre. A mortalidade materna, que apresentava índices altos (101/100.000 nascidos vivos, em 1997), foi a segunda causa de morte nos anos de 1996 e 1997²⁴ em Porto Alegre.

Nessa mesma capital ocorreram, em 1999, 29 óbitos por causas maternas, sendo 232 casos sujeitos a investigação, revelando uma

²⁴ Extraído do site: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/dhum/juventude/saude1.htm>, em 10 de setembro de 2003.

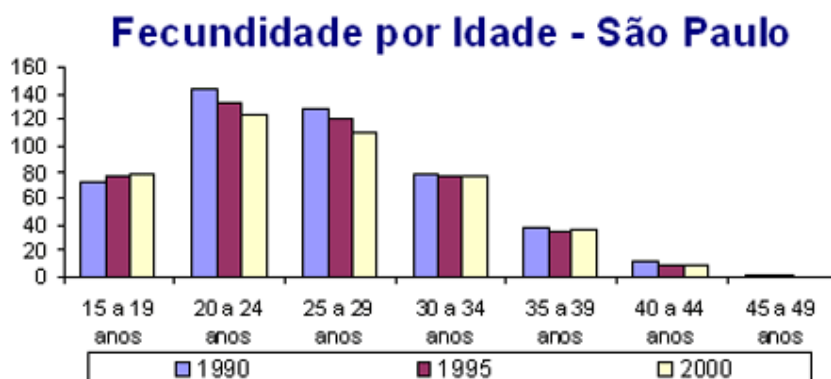
diminuição em relação ao ano anterior, quando houve um total de 61 casos, com 311 sujeitos a investigação. Em 2000, foram 18 mortes por causa materna, 253 foram mortes sujeitas a investigação²⁵.

São Paulo

Taxa de fecundidade

Na região metropolitana de São Paulo, em 2001, na faixa etária²⁶ de 10 a 14 anos, havia 1.631.224 habitantes, sendo 812.616 do sexo masculino e 818.608 do sexo feminino. Na faixa dos 15 a 19 anos, eram 1.782.590 adolescentes, 905.163 do sexo masculino e 877.427 do feminino.

Em São Paulo, a taxa de fecundidade de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, no período compreendido entre 1990 e 2000, cresceu. Aumentou de 72,29 para 77,59 por mil mulheres (*vide gráfico*).



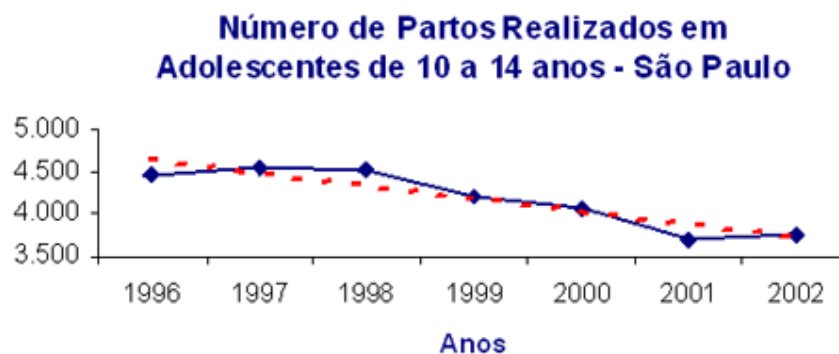
O percentual de partos (nascidos vivos) no período compreendido entre 1996 e 2002, para a faixa etária de 10 a 14 anos, aponta suave

²⁵ Fonte: MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Extraído do site <http://www.saude.rs.gov.br/>, em 15 de setembro de 2003.

²⁶ Fonte: IBGE/Contagem populacional e projeções demográficas preliminares, 2001. Extraído do site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/a01.def>, em 8 de setembro de 2003.

decréscimo, isto é, vêm diminuindo suavemente ao longo do tempo (observe a reta de regressão, pontilhada em vermelho).

Para a faixa de 15 a 19 anos, a tendência é a mesma, mas com inclinação mais acentuada. O que significa que decresce mais rapidamente que na faixa etária anterior (10 aos 14 anos).



Fonte: Declaração de nascidos vivos – Fundação Seade/CIS/CPS.

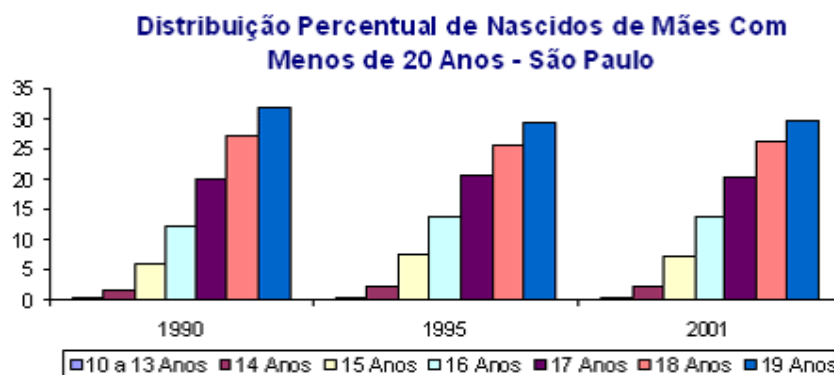
Nota: 1 – dados preliminares;

2 – cálculo excluindo a faixa etária ignorada do total de nascimentos.

Tabela transformadas em gráfico. Fundação Seade. Extraído do site:<http://www.seade.gov.br>, em 11 de agosto de 2003.

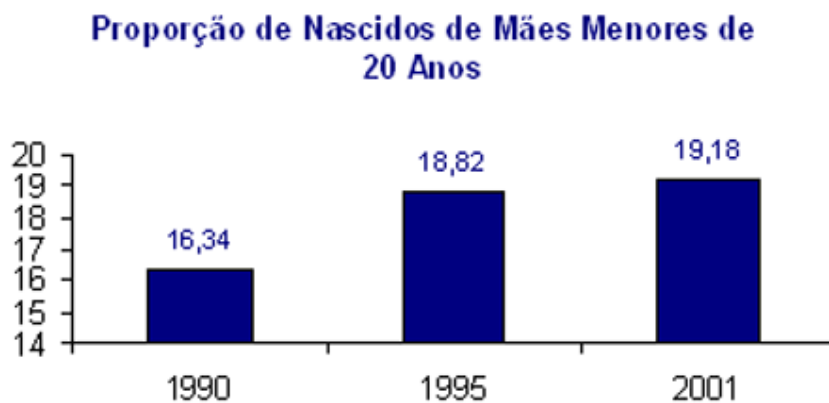
O percentual de nascidos de mães com menos de 20 anos de idade, no período compreendido entre 1990 e 2001, pode ser observado no gráfico abaixo. O gráfico seguinte, traz uma síntese que mostra o crescimento da proporção de filhos nascidos de mães com menos de 20

anos no período (1990 – 2001). A variação no período (1990 a 2001), mostrada no terceiro gráfico, apresenta a variação (crescimentos e decrescimentos) por faixa etária. O maior percentual de crescimento ocorreu na faixa correspondente aos 16 anos e o menor aos 19 anos.

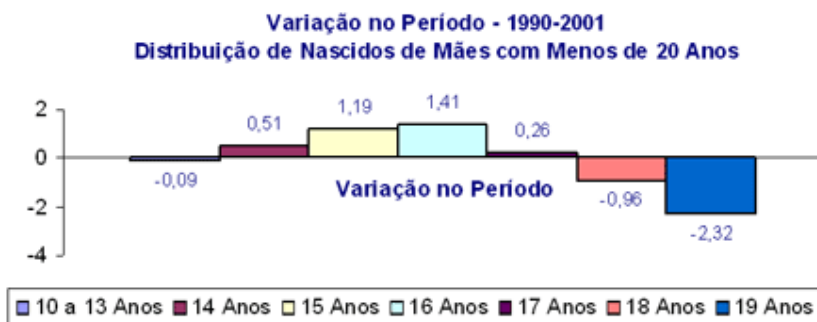


Fonte: Tabela transformada em gráfico. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); Fundação Seade.

(1) Porcentagem sobre o total de partos.



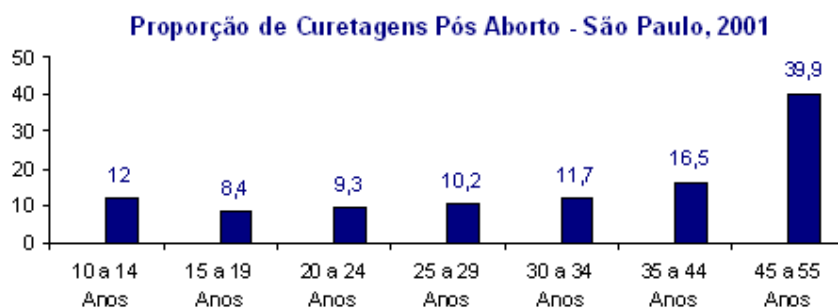
,Fonte: Tabela transformada em gráfico. Fundação Seade. Extraído do site: <http://www.seade.gov.br>, em 11 de agosto de 2003.



Aborto

O total de curetagens pós-aborto em São Paulo, em 2001, foi de 46.081. Correspondeu a 10,4% do total de procedimentos obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O gráfico a seguir apresenta a proporção de curetagens realizadas por faixa etária das mulheres. Observa-se que entre as adolescentes, o maior percentual coube à faixa dos 10 aos 14 anos.



Fonte: Tabela transformada em gráfico. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); Fundação Seade.

(1) Porcentagem sobre o total de procedimentos obstétricos.

(2) Refere-se a partos normais e cesáreos, curetagens pós-aborto e outras intervenções obstétricas.

Mortalidade

A média anual de casos de mortalidade materna em São Paulo, entre 1996 e 2000, variou entre 28% e 30%.

O aborto, a hipertensão específica da gravidez, as hemorragias (2º e 3º trimestre, puerpério) e a infecção puerperal são as principais causas de mortalidade materna em São Paulo.

Especificamente em 2000²⁷ ocorreram 178 casos de morte materna, de mulheres residentes no município de São Paulo, durante a gestação, parto e puerpério (até 1 ano) após o término da gestação, segundo a classificação preconizada pela CID-10. Desses casos, 35,96% foram óbitos diretos (gravidez terminada em aborto, eclampsia, hemorragia, complicações anestésicas, infecção puerperal, complicações venosas e embolias), 27,53% óbitos maternos indiretos (patologias infecciosas, hipertensão arterial crônica, cardiopatias), 11,80% óbitos maternos não relacionados, 14,04% morte materna tardia, 10,67% morte materna tardia não relacionada. Na faixa dos 10 a 14 anos, não houve nenhum caso registrado de morte direta ou indireta²⁸.

Entre os casos de morte materna registrados, o maior percentual de ocorrências foi na faixa dos 25 aos 29 anos²⁹.

Recife

A tabela abaixo apresenta os coeficientes de internações por parto e puerpério para as faixas etárias de 10–14 anos e 15-49 anos. O coeficiente é obtido pelo cálculo do total de internação por parto e puerpério na respectiva faixa etária, dividido pelo valor da população residente no ano estudado, multiplicado por 100.000.

²⁷ Relatório sobre o ano de 2000 – 2ª Versão. Atualizada em agosto de 2002. Comitê Central de Mortalidade Materna – P.M.S.P. Biênio 1999/2001.

²⁸ Fonte: Tabela extraída do site: http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/mortalidade/Relatorio%20de%20Mortalidade%20Materna%202000.pdf em 10 de setembro de 2003.

²⁹ Fonte: Comitê Central de Mortalidade Materna – P.M.S.P. Dados colhidos apenas pelos atestados de óbito. Extraído do site: http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/mortalidade/Relatorio%20de%20Mortalidade%20Materna%202000.pdf em 10 de setembro de 2003.

**Coefficiente de Internações por Parto e Puerpério de
Acordo com Faixa Etária - Recife, 1992 a 2001**

Anos	Idade	
	10 a 14 anos	15 a 49 anos
1992	829,9	8112,9
1993	788,8	8979,5
1994	745,7	8702,4
1995	862,9	8748,4
1996	991,6	8426,5
1997	1064,7	8586,7
1998	962,6	8049,1
1999	1027,5	8072,7
2000	1020,1	7229,4
2001	1013,0	6729,5
2002	948,1	6335,8

FONTE: SIH/Datasus

Pelos gráficos a seguir, pode-se observar que durante a década analisada ocorreram oscilações no coeficiente, altos e baixos, mas a reta de regressão (pontilhada em vermelho), sinaliza tendência de aumento para a faixa dos 10 aos 14 anos. Por outro lado, para a faixa que abrange dos 15 aos 49 anos, nota-se clara tendência decrescente.

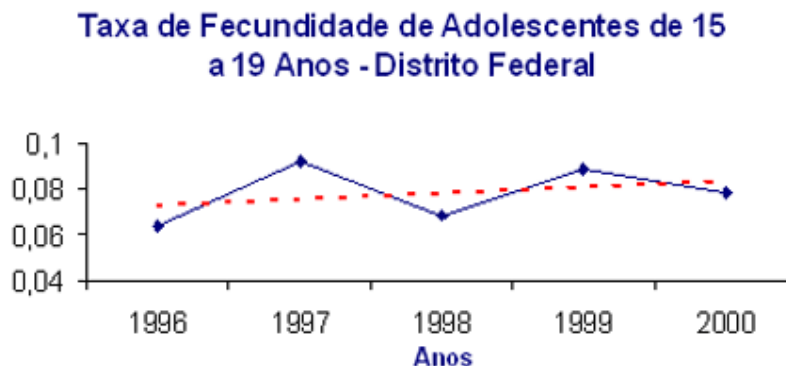




Distrito Federal

Segundo o Censo Demográfico 2000 – IBGE, a faixa etária de 10 a 24 anos representava 37% do total da população do Distrito Federal.

No Distrito Federal, a taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, durante os anos de 1996 a 2000, pode ser vista no gráfico a seguir. A tendência apontada pelos dados é de suave crescimento.



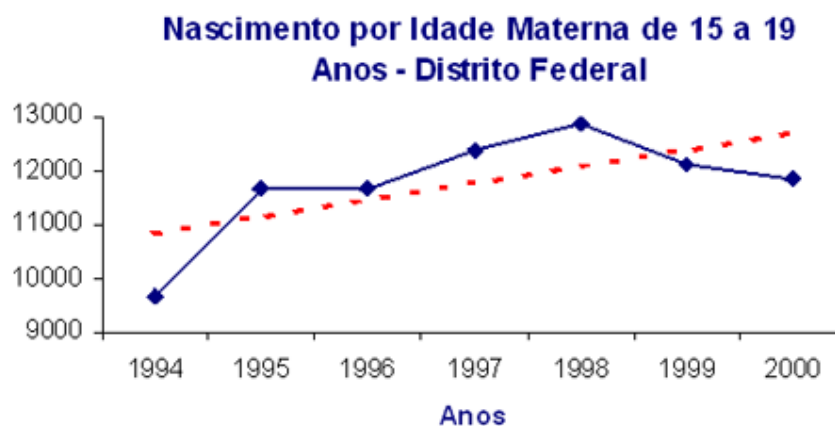
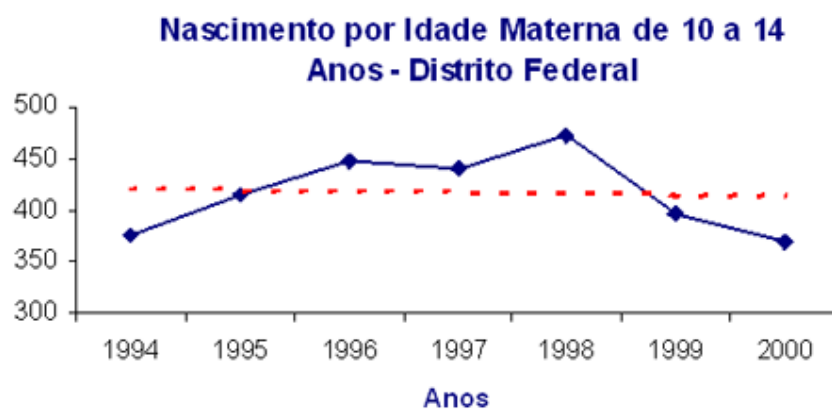
Dados da Secretaria de Saúde indicam que, em média, 21% das gestações que ocorreram no Distrito Federal, entre 1998 e 1999, foram de adolescentes (entre 10 e 19 anos).

Total de Nascimentos por Idade Materna - Distrito Federal

Idade	Anos						
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
10 a 14 anos	375	416	448	440	473	396	370
15 a 19 anos	9659	11653	11675	12393	12859	12122	11848
20 anos ou mais	40412	45034	44645	45879	46432	47000	45791

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
Extraído do site: <http://tabnet.datasus.gov.br>.

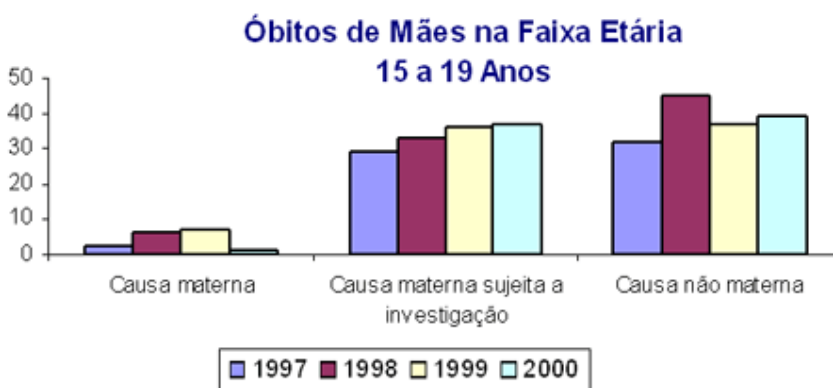
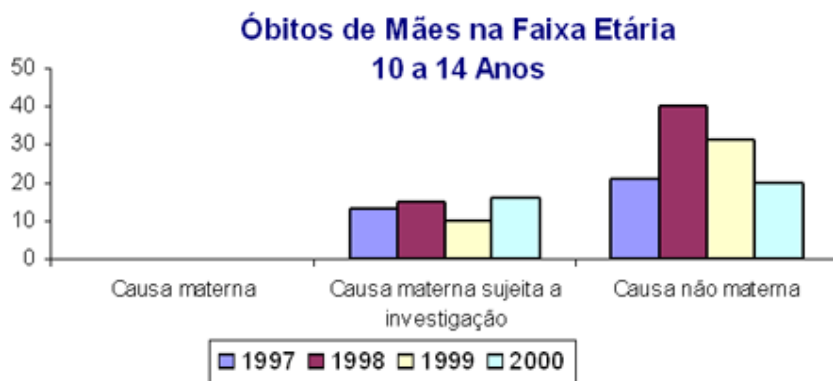
Segundo os dados da tabela acima, em média, 0,73% dos nascimentos foram de mães com até 14 anos de idade e 20,5% de mães na faixa dos 15 aos 19 anos.



Pela desagregação dos dados, que pode ser vista nos gráficos acima e suas respectivas retas de regressão (pontilhadas em vermelho), observa-se que na faixa dos 10 aos 14 anos há fraca tendência de queda no número de nascimentos, enquanto que na faixa dos 15 aos 19 a tendência é de crescimento.

Mortalidade Materna e aborto

Os gráficos a seguir mostram o total de óbitos para ocorrências por causas maternas, no município de Brasília, para as faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, no período 1997 - 2000.



Fonte: [MS/Funasa/Cenepi – Sistema de Informações sobre Mortalidade \(SIM\)](#); consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações. Tabela modificada e extraída do site:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtdf.def> em 15 de agosto de 2003.

De acordo com dados apresentados no Fórum de Mulheres do Distrito Federal, Brasília, DF – 2000, cerca de 20% do total de procedimentos obstétricos pós-aborto são realizados em adolescentes cujas idades variam de 10 a 19 anos³⁰.

Segundo a Secretaria da Saúde, em 1996 ocorreram 6.366 casos de internação por aborto, sendo que cerca de 10% deles (637 casos) foram internações de adolescentes entre 10 a 19 anos³¹.

O Programa SOS-Mulher: aborto previsto por lei (Distrito Federal), atendeu 53 mulheres no período de agosto de 1996 a setembro de 1998. Dessas, 39 eram adultas (74%) e 14 adolescentes (26%) com até 18 anos de idade³².

Belém

A tabela abaixo apresenta os coeficientes de internações por parto e puerpério para as faixas etárias de 10-14 anos e 15 - 49 anos. O coeficiente é obtido pelo cálculo do total de internação por parto e puerpério na respectiva faixa etária, dividido pelo valor da população residente no ano estudado, multiplicado por 100.000.

³⁰ Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes no Distrito Federal. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y Del Caribe. Fórum de Mulheres do Distrito Federal. Brasília – DF, 2000.

³¹ Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes no Distrito Federal. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y Del Caribe. Fórum de Mulheres do Distrito Federal. Brasília – DF, 2000. Extraída do Relatório final de *Aborto Legal: as barreiras enfrentadas pelas mulheres vítimas de estupro no Distrito Federal* – realização Nesp/UnB, 1998.

³² Saúde Sexual e Reprodutiva dos adolescentes no Distrito Federal. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y Del Caribe. Fórum de Mulheres do Distrito Federal. Brasília – DF, 2000. Informações encontradas no site: http://www.redesaude.org.br/cairobr/html/body_pag207.html, acesso em 18 de agosto de 2003.

**Coefficiente de Internação por Parto e Puerpério
de Acordo com Faixa Etária
Belém, 1992 a 2002**

Anos	Faixa Etária	
	10 a 14 anos	15 a 49 anos
1992	775,9	7350,2
1993	588,2	7650,5
1994	577,5	7488,4
1995	525,2	7626,8
1996	761,3	6960,4
1997	820,7	6499,0
1998	713,9	6135,8
1999	696,9	5849,1
2000	636,7	5101,3
2001	529,0	5254,0
2002	529,3	4892,7

FONTE: SIH/Datasus

Pelo gráfico a seguir, pode-se observar o comportamento dos coeficientes de internação por parto e puerpério, durante a década analisada, para a faixa etária dos 10 aos 14 anos. A reta de regressão (pontilhada em vermelho), sinaliza queda do coeficiente para a faixa dos 10 aos 14 anos. O ano de 1992 é o que aponta o maior índice de todo o período (775,9), enquanto o de 1995 registra a menor taxa (525,2). Seria interessante, nesse sentido, investigar as ações desenvolvidas pelos gestores nos respectivos períodos a fim de fazer possíveis associações com as oscilações apresentadas.



Na faixa etária dos 15 aos 49 anos, observa-se tendência de queda bem mais acentuada que no gráfico anterior, principalmente a partir de 1995.



É importante ressaltar que, segundo uma entrevistada que coordena um serviço municipal de atenção à saúde da mulher em Belém, a rede de hospitais que cobre os partos de baixo risco na cidade, em sua grande maioria, é privada e os serviços particulares ainda apresentam resistência e dificuldade em registrar os procedimentos realizados para encaminhar a informação para o SUS. Dessa forma, é possível que haja sub-registro nos dados levantados e apontado nessa discussão.

A GRAVIDEZ DE ADOLESCENTES DE 10 A 14 ANOS

NA PERSPECTIVA DOS INFORMANTES

A gravidez na adolescência é um fato social marcante há pelo menos uma década. Ser mãe na adolescência não é um fenômeno contemporâneo, tampouco uma característica exclusiva da sociedade ocidental. Porém, a gravidez de mulheres muito jovens tem sido apontada como um problema social, como já observamos na introdução a esse relatório, sobretudo quando associada à pobreza. A área da saúde tem apontado a gravidez na adolescência como uma epidemia, em particular nos países pobres. Dois discursos ganham destaque nesse tema: um aponta para os riscos obstétrico-pediátricos, riscos psicossociais para as jovens mães e para seus filhos; outros apontam para a falta de responsabilização pelos adolescentes, parceiros das jovens, quanto à vida sexual e reprodutiva³³. De modo geral, a apreciação com relação à gravidez na adolescência é quase sempre negativa, não apenas pelas instituições públicas, mídia, profissionais de saúde e de educação, mas também pela produção acadêmica, como aponta Calazans (2000).

Não pretendemos, neste estudo, corroborar com a visão alarmista da gravidez na adolescência; ao contrário, intentamos chamar a atenção do poder público para a importância de enfrentarmos o tema da sexualidade e da vida reprodutiva numa perspectiva que inclua as necessidades e especificidades das populações jovens, particularmente aquelas consideradas numa fase intermediária entre a infância e a adolescência, como é o caso das meninas de 10 a 14 anos. A ECOS defende continuamente a importância de se estabelecer uma diferenciação quanto às faixas etárias que compõem a adolescência, pois considera que

³³ Arilha, 1999; Lyra da Fonseca, 1997, Calazans, 2000, entre outros.

a menina que engravida no início dessa etapa está num momento distinto daquela que engravida no final da adolescência (Cavasin, Arruda, 1998).

Procurando obter subsídios para fomentar esse debate e complementar os dados secundários apresentados na primeira parte deste relatório, realizamos entrevistas com profissionais que atuam em serviços públicos de saúde, organizações não-governamentais e outras instituições que oferecem algum tipo de atenção às adolescentes grávidas ou em situação de violência. O roteiro foi elaborado de tal forma a fornecer informações sobre o crescimento da gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos, sobre o perfil das adolescentes e de seus parceiros, a relação dessa gravidez com situações de violência, opinião sobre contracepção de emergência, métodos contraceptivos e sugestões de ação para essa população. A seguir, apresentamos, sem a pretensão de esgotar o assunto, uma análise descritiva a partir de depoimentos obtidos em 29 entrevistas, realizadas nas capitais de cinco regiões do país (Belém, Recife, Brasília, São Paulo, Porto Alegre) onde o serviço de aborto legal já havia sido implementado.

Com base na observação de sua prática cotidiana, os/as entrevistados/as afirmam ser visível o crescimento da gravidez na faixa de 10 a 14 anos, ainda que não tivessem informações sistematizadas que pudessem ilustrar essa informação. A ECOS esperava obter, pelo menos nos serviços de saúde, dados quantitativos que pudessem não somente indicar a taxa de crescimento da gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos, mas também as condições em que essa gravidez ocorreu e como foi seu desenvolvimento.

Mesmo havendo uma Portaria (nº 9, 5/7/2000) estabelecendo um sistema de registro, que deveria ter sido implantado em todo o Brasil – o SIS Pré-natal/Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento –, não encontramos dados sistematizados e disponíveis nas capitais incluídas na pesquisa. Na verdade, poucos municípios haviam aderido ao Programa. São Paulo (capital) e Distrito Federal, por exemplo, não haviam

implantado o Sistema, e, noutros casos, a implantação não seguia o mesmo padrão previsto para todos os municípios.

Por meio do Programa SIS Pré-natal, os municípios receberiam uma verba para o fundo municipal de saúde equivalente ao número de gestantes registradas nos hospitais e que estivessem freqüentando o programa de pré-natal. Se as informações estivessem sistematizadas, teria sido possível saber o número de grávidas adolescentes que procuraram o serviço de saúde em um dado período.

Um aspecto que merece destaque é a total ausência de informação sobre os parceiros das jovens grávidas. Na ficha de cadastro das gestantes que procuram o serviço de saúde para iniciar o pré-natal, não consta nenhuma informação – nome ou idade – sobre o futuro pai da criança. Essa lacuna reforça a associação da reprodução ao universo feminino, excluindo *a priori* a participação do homem. Ainda que muitas mulheres tenham seus filhos sem a posterior participação masculina, são fundamentais as informações sobre a idade do parceiro e a condição da relação.

Além dessas lacunas, boa parte da bibliografia sobre gravidez na adolescência prioriza a faixa etária de 15 a 19 anos, uma vez que é muito recente a inclusão do segmento populacional de 10 a 14 anos na definição de mulheres em idade reprodutiva (Costa, 2000).

Os entrevistados associaram a dificuldade de obtenção de informações sobre gravidez na faixa etária pesquisada à falta de conscientização e habilidade dos profissionais que lidam diretamente com esta demanda. Na opinião dos entrevistados, a ausência de uma equipe interdisciplinar associada à falta de tempo dos profissionais são aspectos que sinalizam a falta de pesquisas e/ou levantamento de dados sobre esse grupo etário. A preocupação com informações sobre as usuárias dos serviços depende na maioria das vezes da iniciativa individual de um ou outro profissional, como ocorreu em Recife. Apesar de apontar a restrição de tempo como um inibidor do processo de pesquisa, a informante do

Prosad/Cisam criou um livro de anotações com dados sobre as pacientes atendidas por ela no setor – entre outubro de 2001 e dezembro de 2002 foram registradas 760 consultas de gestantes adolescentes; desse número, 46 meninas atendidas tinham idade entre 10 e 14 anos. Como se trata de um registro iniciado há poucos anos, é difícil inferir sobre o aumento dessa população específica a partir desses números. No entanto, essa iniciativa pode sinalizar importantes indicadores a respeito dessa demanda, especialmente quando os serviços não contam com sistemas informatizados no recolhimento das informações de seus usuários.

Outro exemplo é o do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), que também possuía informações mais detalhadas sobre as adolescentes grávidas que buscam o serviço, porém apenas para o ano de 1999. Esse hospital dispõe há muitos anos de um Programa de Atendimento Integral à Gestante Adolescente (Paiga). Segundo as informações disponíveis, o programa atendeu em 1999 adolescentes cujas idades variaram de 11 a 14 anos (12,9%) e de 15 a 17 anos (87%). A maioria cursava o 1º grau (68,86%) e 30,7% estavam no 2º grau, porém, destas, 54,3% haviam parado seus estudos para dedicar-se às tarefas domésticas. Das adolescentes atendidas pelo Paiga, a maioria vivia com a família (52,6%) e 37,4% com seus parceiros³⁴.

Apesar da falta de informações concretas, todos/as os/as entrevistados/as afirmam, com base em sua experiência profissional, que nos últimos anos o número de adolescentes mais novas que recorrem aos serviços têm crescido. Segundo o depoimento da médica Neila Maria, da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém, desde que ela assumiu a coordenação da maternidade, há seis anos, sempre foi “lugar-comum” adolescentes grávidas na Santa Casa (elas representam de 30% a 35% de todas as internações). No entanto, o que justamente tem chamado a atenção é a diminuição da faixa etária, como mostram os depoimentos abaixo:

³⁴ Os dados se referem a 260 pacientes do Paiga durante o ano de 1999.

“Eu concordo com a Neila, não existe um aumento da gravidez na adolescência, a gente tem uma diminuição da faixa etária. Então, antes me chamavam para atender uma adolescente, eu chagava lá, ela tinha 16 anos. Agora ela tem 12. Você entende? Então o que a gente tem é uma diminuição da faixa etária. A gravidez na adolescência a gente sempre teve, mas o que preocupa é que ela acontece muito cedo.” (T.S. – Representante da Fundação Santa Casa de Misericórdia).

“Com certeza está aumentando. As meninas começam a exercer a sexualidade muito antes dos 15 anos. Começam muito cedo a vida sexual e a gravidez também. Aparecem mães com idade de 12 e 13 anos de idade, a gente sabe disso. Acho que elas engravidam fora de casa e com homens mais velhos do que elas. Não engravidam, por exemplo, do colega de escola. Não são da mesma faixa etária, são homens de uma faixa etária mais velhos do que elas. Não é adolescente engravidando adolescente.” (I.G.P., Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo)

“Eu concordo com essa informação. Como pediatra, trabalhando em hospitais conveniados ao SUS, tenho visto com maior frequência meninas muito jovens grávidas. Tem sido comum também a reincidência, meninas de 14 ou 15 anos já no segundo filho.” (Dr. J.E., Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre)

“(...) a iniciação da vida sexual das meninas está ocorrendo mais cedo. Além disso, falta sistematização dos dados. Não existe uma rotina de encaminhar os casos, mesmo aqui, e os próprios conselhos tutelares não têm essa rotina. Uma menina de 12 anos, grávida e infratora, entrou aqui no hospital³⁵, nos quartos, para mendigar... Foi acionado o Conselho Tutelar. Nos da delegacia, cuidamos também das meninas em situação de prostituição. Por causa da demanda, o Conselho não dá conta. Só que não temos uma rotina de sistematizar essas informações. Não sei dizer quantas meninas grávidas dessa faixa etária chegam no serviço.” (Delegada E.M.R. – Delegacia de Polícia para a Criança e Adolescente do Rio Grande do Sul)

Destacam, no entanto, que o maior número de adolescentes grávidas tem idade média de 15 anos. Em Recife, a ONG Casa Menina-

³⁵ A delegacia da Criança e do Adolescente (Deca) atende diariamente num posto avançado dentro do Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre. Trata-se de uma estratégia para agilizar o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência. A Deca registra as ocorrências de violência e abuso e encaminha para o atendimento (realização de exames, procedimento retroantiviral, pílula do dia seguinte, etc.). Depois encaminha-se para o departamento médico legal, que funciona no hospital, e para o serviço de proteção, no caso o Crai, Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil. A idéia é justamente centralizar o atendimento desde a atenção inicial, médica, legal. A função da delegacia é encaminhar a acusação, cuidar da parte jurídica. Boa parte das acusações, cerca de 80%, é encaminhada pelo Conselho Tutelar.

Mulher diz ter “encontrado” mais adolescentes grávidas na faixa dos 16 anos. As adolescentes que passaram pela Casa da Menina-Mãe de São Paulo apresentam também a mesma média de idade. A coordenadora dessa casa, porém, observa que muitas dessas jovens chegam ao serviço já com uma segunda gravidez em curso. Ou seja, tiveram seu primeiro filho antes dos 15 anos.

Elza Berquó e Suzana Cavenaghi (2003) chamam a atenção justamente para a mudança na estrutura etária da fecundidade nos últimos anos. Segundo a demógrafa, há um aumento da fecundidade de mulheres de 15 a 19 anos, entre 1991 e 2000, como mostra a tabela abaixo:

**Taxas Específicas de Fecundidade, Por Idade, Ajustadas.
Brasil, 1991 e 2000**

Idade	1991	2000	Variação em 1991 e 2000 (em %)
15 – 19	0.0748	0.0938	+25,4
20 – 24	0.1450	0.1356	-6,5
25 – 29	0.1357	0.1145	-15,6
30 – 34	0.0943	0.0748	-20,7
35 – 39	0.0561	0.0404	-28,0
40 – 44	0.0254	0.0134	-47,2
45 – 59	0.0059	0.0022	-62,7

Fonte: IBGE – Censos Demográficos de 1991 e 2000.

Pode-se verificar um aumento em todas as grandes regiões, com destaque no Sudeste, como mostra a tabela abaixo. O aumento foi maior na área urbana, entre as jovens negras e de poder aquisitivo mais baixo.

**Taxa de Fecundidade de Mulheres de 15 a 19 Anos.
Brasil e Grandes Regiões - 1991 e 2000**

Brasil e Grandes Regiões	1991	2000	Aumento (em %)
Brasil	0.0748	0.0938	25,4
N	0.1248	0.1482	18,7
NE	0.0871	0.1082	24,2
C-O	0.0908	0.1095	20,6
SE	0.0600	0.0773	28,8
S	0.0669	0.0833	24,5

Fonte: IBGE – Censos Demográficos de 1991 e 2000.

Se considerarmos, no entanto, o aumento do número de abortos como um indicativo de acréscimo no índice de gravidezes, um documento disponibilizado pela Casa da Mulher registra que nos anos de 1999 e 2000, no quesito curetagem pós-aborto, houve aumento do número de casos em adolescentes de 10 a 14 anos, enquanto que na faixa de 15 a 19 houve diminuição (em 1999 houve 46 casos na faixa de 10 a 14 anos, em 2000, 54; na faixa de 15 a 19 anos, em 1999 houve 777 casos, em 2000, 682 casos de curetagem pós-aborto no município de Belém), fonte SIH/SUS. Dados recolhidos em outro sistema de informação, o Sistema de Gerenciamento da Unidade Básica (Sigab), revelam que na Casa da Mulher, no período de fevereiro de 2002 a março de 2003, houve 31 atendimentos a gestantes de 10 a 14 anos e 110, na idade de 15 a 19 anos. Como se trata de um serviço que tem, praticamente, um ano de funcionamento, esses dados não permitem a comparação ano a ano para observar o aumento ou diminuição da taxa das gestantes de 10 a 14 anos, atendidas na instituição.

É preciso levar em consideração ainda que as informações sobre aborto são subnotificadas. Dada a ilegalidade do procedimento, muitos profissionais de saúde podem não registrar adequadamente o motivo de

internação das jovens. Além disso, nem todos os casos chegam até o serviço público.

Fatores que contribuem para o aumento da gravidez na adolescência

São muitos os estudos que atribuem ao crescimento da gravidez na adolescência um conjunto de fatores que teria provocado mudanças importantes no comportamento sexual e social da população jovem: antecipação da menarca, condições socioeconômicas resultantes do processo de migração/urbanização, menor controle das famílias sobre os adolescentes, intensa exploração da sexualidade pela mídia (Costa, 2002). Outros fatores sempre mencionados como argumentos explicativos ou causais da gravidez extemporânea são os relacionados ao nível de renda e escolaridade, além do enfraquecimento da relação entre a vida reprodutiva e o casamento.

Estes mesmos argumentos foram reproduzidos pela maioria dos/as entrevistados/as, com particular destaque para o papel da mídia como um importante estímulo para o despertar da sexualidade precoce. A falta de estudos associada à ineficiência do ensino são lembrados como reforçadores da sexualidade precoce. Para alguns, os estabelecimentos de ensino têm um papel muito importante no processo de socialização e de informação, mas não atuam satisfatoriamente. Em seu depoimento, o Dr. Jefferson Drezett (São Paulo) é enfático ao argumentar que a escolaridade desempenha um papel central na maneira como os jovens irão conduzir sua vida:

“A questão da escolaridade é uma delas. Quanto maior o número de anos de estudo, menores as taxas de gravidez entre os adolescentes, maior o uso do preservativo e possivelmente menor a exposição às DSTs, ao HIV e ao abortamento, inclusive em condições de risco. Então a gente percebe que a escolaridade é um desses fatores. E a escolaridade, na verdade, pode ser expressão de uma série de outros indicadores sociais. A escolaridade, vamos falar de renda,

possivelmente a gente vai ter mais, quase sempre essa associação de baixa escolaridade com baixa renda. De uma maneira geral, a gente poderia colocar escolaridade como um fator objetivo e a gente tem pesquisa aos montes demonstrando isso.”

“As escolas aceitam que a gente dê palestras sobre prevenção e Aids, mas não admitem que disponibilizemos camisinhas ou contracepção de emergência nesses espaços... acham que a moçada vai sair transando alucinadamente... Isso é lidar de maneira irresponsável com os jovens e sua capacidade de discernimento... daí a gravidez acontecendo (...)” (Dr. V.C.B. – Adolcentro, Brasília)

Existe um consenso de que os jovens da sociedade contemporânea têm muito mais acesso às informações sobre sexualidade do que os jovens de gerações anteriores. É comum encontrar meninos e jovens rapazes com camisinha no bolso (em muitos casos, mais como uma maneira de reafirmar sua masculinidade do que propriamente como uma atitude de autocuidado). E quando inquiridos, muitos deles, meninas e meninos, sabem nomear pelo menos dois métodos contraceptivos. Ainda assim a gravidez ocorre. Por isso mesmo alguns entrevistados manifestaram preocupação com a recorrência da segunda gravidez em curto espaço de tempo:

“A gente já pensou em falta de orientação, mas a gente percebe, assim, que tem meninas que passam por aqui, que têm toda a orientação, que são encaminhadas para grupos de adolescentes e retornam com uma segunda gravidez. Então, agora, a gente acaba levando pro lado que é adolescente, e é aquela coisa de “Comigo não vai acontecer”. (...) Como é que a gente vai passar, chegar, levar, mostrar, falar “Olha, esses são os métodos contraceptivos, você tem que usar camisinha, porque se não você pode pegar Aids”? Então, a gente está revendo como vai ser feita essa orientação para essa menina, e que, apesar de ela participar de vários grupos, fora e dentro da Unidade, ela retorna com uma segunda gravidez.” (S., Casa da Menina-Mãe, São Paulo)

Se os estímulos oferecidos pela mídia, e também a mudança nos costumes e valores, têm favorecido a precocidade da vida sexual, o mesmo não tem acontecido com relação à orientação para uma vida sexual saudável e para a contracepção. Na maioria dos programas televisivos, jovens e adultos aparecem ainda mantendo relações sexuais sem

nenhuma preocupação com formas de prevenção de DSTs/Aids ou gravidez.

De outra parte, a despeito de um discurso alarmista sobre os números de jovens grávidas, há ainda muitos pruridos quando se trata de prescrever métodos contraceptivos para as jovens. É como se a sexualidade nessa fase da vida estivesse desatrelada da reprodução, quando, de fato, a reprodução e o exercício da sexualidade deveriam ser sempre atos planejados e desejados.

Todos os entrevistados são unânimes em afirmar que é preciso investir na educação sexual e na orientação dos jovens sobre a vida sexual e reprodutiva, mas apontam a dificuldade do “sistema de saúde” e da “educação” em contemplar as jovens como parte integrante de políticas de contracepção. Afirmam observar em sua prática cotidiana o receio de profissionais de saúde em prescrever certos métodos contraceptivos, sobretudo para adolescentes menores de idade, associado à falta de disponibilidade de métodos alternativos à pílula anticoncepcional e à falta de maturidade das jovens para administrar a contracepção de forma adequada.

Outro ponto fundamental destacado nos depoimentos refere-se à dificuldade das jovens em negociar o uso do preservativo com seus parceiros, que muitas vezes não o percebem como um método de dupla barreira, sendo mais associado à prevenção de DSTs e Aids.

“Porque inclusive, no Nordeste, existe muito o machismo. Ele impera muito e a questão da camisinha é difícil as meninas terem força para que elas usem a camisinha. Dizem sempre que é falta de confiança, “você não acredita, acha que estou com outra”. Jogam muito isso pras meninas, elas ficam muito...” (S.M. – ONG Casa Menina-Mulher, Recife, PE).

A subserviência feminina também foi apontada como um fator propiciador para uma gravidez na faixa dos 10 a 14 anos. As meninas, além de não terem conhecimento e poder sobre o próprio corpo, recebem informações que atribuem às mulheres papéis pouco propositivos para o

alcance de sua cidadania. Sendo assim, estar grávida seria uma forma de receber e doar sentimentos positivos:

“... A gente via também que a própria gravidez era uma maneira de ela doar carinho, de ela se sentir importante e de ela aparecer como pessoa” (I.D.V. – Representante do Moprom, Belém).

“É um projeto pra elas engravidarem. De repente, pensam que já engravidando se tornam mulher ou o parceiro vai querer assumir uma família, às vezes é querer sair de casa, o ambiente que vivem, com pai, padrasto, mãe. Pelo o que eu converso com elas, eu acho que é por aí” (R. de C. – Prosad/Cisam, Recife).

“Há um predomínio de gravidez entre as jovens da classe baixa. Talvez pela falta de informação, falta de controle dos pais, que não têm condições de acompanhar os filhos, de estar mais próximos no dia-a-dia. Há também situações em que as meninas querem engravidar para sair de casa...” (Dr. J.E., Centro de Saúde Santa Marta, Porto Alegre)

As adolescentes são, em alguns casos, estimuladas a se relacionarem com homens mais maduros, com o propósito de se casarem ou ao menos manter um relacionamento estável, que minimize as carências econômicas da família. Essa exploração sexual pode ocorrer de maneira discreta, quando a família “aceita” o relacionamento da jovem com um homem muitas vezes mais velho. Noutros casos, as meninas são levadas à prostituição, e em muitos casos acabam vivendo temporariamente ou não nas ruas, como descreve a psicóloga de uma associação de meninos e meninas de rua, em São Paulo:

“São famílias que estão desempregadas e moram em condições totalmente inadequadas. Há uma grande desorganização no ambiente familiar, as relações muitas vezes... os filhos passam a ser cuidadores dos pais, uma inversão de papéis. Muitas crianças ou adolescentes começam como pedintes. Muitos deles não vão direto para a rua, mas possuíam um histórico de vender balas, pedir na rua. Então, algo para prover a família. Alguns pais não possuem escolarização, nem conhecimento do desenvolvimento da criança, exigem delas uma compreensão das coisas e um comportamento de adulto. Muitas crianças que freqüentam aqui já tiveram contato com a escola, mas chega um momento que ela não acompanha, tem alguma dificuldade de aprendizagem ou pela própria situação de idas e vindas da rua para casa acabam perdendo o ano. Freqüentaram a escola, mas não conseguiram se alfabetizar.”

Há uma significativa necessidade de encontrar explicações para o crescimento da gravidez na adolescência. O fato de a população jovem ser a maior de todos os tempos, e de boa parte dela estar inserida nos segmentos social e economicamente mais vulneráveis, faz com que a gravidez se torne, nesse caso, uma preocupação política. A responsável pela Área Temática para a Adolescência da Secretaria de Saúde de São Paulo e pesquisadora do tema atribui à falta de alternativas para as jovens uma das principais causas da gravidez na adolescência. As jovens de classes mais favorecidas, com perspectivas de estudo, de carreira, trabalho e lazer tenderiam, em sua opinião, a estar menos vulneráveis que as demais jovens. Mas alerta para o fato de que não se trata de um problema exclusivo para o campo da saúde e sim uma questão que deve ser enfrentada por toda a sociedade:

“(...) o que a gente vê muito na literatura crítica é que as principais chamadas causas da gravidez na adolescência não são causas exclusivas, ou que dê para imaginar uma ação exclusiva da área de saúde. Muito pelo contrário. Estão muito associadas à baixa escolaridade, à ausência de outra modalidade de projeto de vida, à ausência de constituição de um projeto de vida mais típica das classes médias, que é o de imaginar a adolescência como um período de formação, de qualificação profissional. A literatura mais tradicional vem enfatizar exatamente o contrário. A coisa da falta de informação, ou enfatiza muito as causas psicológicas, assim ‘ah! como essas meninas vêm de famílias desestruturadas’, daí começam um bando de viagens psicológicas para atribuir à gravidez como um projeto. Ou para a questão moral, ‘ah! o comportamento sexual que descambou’. Eu sempre acho muito difícil imaginar uma ação exclusiva da área de saúde, porque na verdade a nossa capacidade de influenciar mesmo na questão da informação é muito mais limitada. Certamente a ação da educação é muito mais poderosa do que a nossa [saúde]. Pensar projetos de vida para adolescentes e jovens é uma questão para a sociedade como um todo, essa é uma dificuldade que a gente encontra, nessa experiência do governo. A gente consegue fazer uma avaliação mais crítica, mas a gente não consegue articular isso dentro do governo, quer dizer, não há um consenso governamental ainda de que há uma necessidade de políticas para a juventude, de qual é o sentido dessas políticas, de que não são políticas de cultura pura e simplesmente, mas que é exatamente tentar construir alternativas para a vida desse grupo populacional.” (G.C., Área Temática do Adolescente, São Paulo)

Perfil das adolescentes de 10 a 14 anos grávidas

Quanto ao perfil socioeconômico e cultural das adolescentes que engravidam nessa faixa etária, segundo todos os entrevistados, elas pertencem ao segmento de baixa renda. Nas regiões Norte e Nordeste, engravidar cedo seria uma característica cultural, no meio em que vivem. Em Belém, muitas das jovens de 10 a 14 anos grávidas são oriundas do interior do estado. Segundo a informante Neila Maria, o fenômeno da gravidez em meninas mais novas é mais comum no interior porque não restam muitas alternativas de lazer, cultura e educação nessas localidades, a não ser ter filhos. E vai mais adiante:

“(...) Aqui a gente atribui primeiro à pobreza e à miséria, à falta de perspectiva de vida, não vão bem na escola, pois é quase impossível ir bem na escola sem material escolar. Ela vai para a escola e não tem um livro para ler, não tem material para estudar... não tem alimentação. Quando chega em casa, ela vai ver televisão, assistir todas as novelas (...) depois, o perfil da gravidez na televisão, da adolescência, é um perfil muito romântico...” (N.M. – Representante da Fundação Santa Casa de Misericórdia).

Nas demais capitais pesquisadas, o perfil das jovens grávidas também é descrito da mesma maneira, como pertencentes à camada mais pobre da população. Para muitos, elas integram famílias definidas por alguns entrevistados como “desestruturadas”, quer dizer, famílias com problemas de alcoolismo, desemprego, violência doméstica e freqüentemente ausência da presença paterna:

“É. Família desestruturada, a mãe tem muitos filhos de pais diferentes, não tem vínculo afetivo, você percebe que não tem muito vínculo afetivo... entre os filhos, é isso. (Casa da Menina-Mãe, São Paulo)

“É um perfil de muito abandono. Uma tristeza, são meninas em situação muito precária, muito pobres, muito carentes de tudo. Em geral as famílias são muito carentes e desestruturadas. (Dra. E.M.R. – Delegacia de Polícia para a Criança e Adolescente do Rio Grande do Sul, Porto Alegre)

É nesse perfil de família que a vulnerabilidade à situação de violência se faz mais presente, mas não é uma situação exclusiva. Muitas jovens são vítimas de abuso sexual por pais ou padrastos empregados, que no cotidiano procuram atuar como pais responsáveis e não necessariamente com problemas de alcoolismo, desemprego etc.

Perfil dos parceiros das jovens grávidas

Infelizmente não foi possível obter informações concretas sobre o perfil dos parceiros das meninas de 10 a 14 anos, como já descrevemos anteriormente. Contudo, segundo os depoimentos, os relacionamentos das adolescentes variam, desde jovens com diferença de idade em torno de 4 a 5 anos, até homens bem mais velhos. Socorro Malafaia (ONG Casa Menina-Mulher) argumenta que a maturidade no sexo masculino acontece bem mais tarde, daí a existência de uma diferença de idade de, segundo ela, mais de quatro anos. Um outro aspecto trazido por vários informantes é a pseudo-sensação de segurança que os homens muito mais velhos representam para as jovens. As meninas, em sua maioria vivendo em condições de desalento, buscam nesses relacionamentos proteção, além do *status* de ter um companheiro, de não se mostrar mais dependente da família, de se apresentar como uma pessoa independente diante da comunidade e dos pares.

Os/as entrevistados/as atuam sobretudo com populações de baixa renda, principais usuários dos serviços públicos de saúde e educação, porém foi observado que devido à defasagem econômica, a população de classe média também tem recorrido aos serviços públicos. Com relação à gravidez nesse segmento social, foi observado que, geralmente, os parceiros são da mesma idade, enquanto as meninas de classe mais pobre se relacionam com homens mais velhos.

“Elas são muito estimuladas pelas próprias mães para ter sexo e arrumar um homem bom. Na realidade é isso, encargo social e econômico dessas mães, elas estão loucas para se livrar (...) elas são quase que empurradas pelas mães para transferir para um homem a responsabilidade da alimentação, do vestir. Então tudo isso é uma questão social mesmo” (Representante do serviço de Saúde do Recife).

Muitas meninas ficam grávidas por causa da exploração sexual. Podem ser homens mais velhos, é o que predomina, mas há caso de parceiros adolescentes. Agora, 90% não é fruto de vínculo. Os pais procuram a delegacia porque acham que a menina foi vítima de sedução. (Dra. E.M.R. – Delegacia de Polícia para a Criança e Adolescente do Rio Grande do Sul, Porto Alegre)

“Existe muito dentro da comunidade a idéia de que, com 13, 14 anos, já está na idade de arrumar um velho para lhe manter. Isso é colocado pelas próprias mães: ‘eu não consigo mais não, ficar sustentando um bocado de moça dentro de casa’ ” (S.M. – ONG Casa Menina-Mulher, Recife).

“A perspectiva dela [adolescente de baixa renda] é arranjar um casamento, um homem que a sustente, mesmo que esse homem não tenha nada para sustentar... a própria família tem esse costume, essa cultura, então quando dá 14 anos, essa menina está se aproximando de um que lhe passa segurança também fisicamente, até como proteção porque a família não passa mais isso” (M.G. – Secretaria de Cidadania e Políticas Sociais, Recife).

Como não há um procedimento sistemático para obter informações sobre o parceiro, no caso de serviços de saúde, as informações estão baseadas na observação cotidiana. Alguns relatos contradizem outros. Assim, o perfil dos parceiros é composto por jovens rapazes, quase da mesma idade das grávidas. São namorados até o contrário, os parceiros podem ser jovens ou mais velhos, mas fruto de relações instáveis, sem vínculo afetivo.

Os depoimentos registram que a gravidez das adolescentes mais jovens é em geral fruto de abuso sexual, sobretudo nos serviços de atenção à violência contra mulher:

“A experiência que a gente tem aqui é que tem muitos menininhos engravidando meninas nessa faixa de idade. Agora, a gente não pode perder de vista a questão do abuso sexual. Nessa faixa é mais freqüente...” (A.C.P. – Representante da Casa da Mulher, Belém).

“Da minha experiência a gente tinha a preocupação dos casos de meninas grávidas muito jovens – são casos de famílias desestruturadas. Muitas dessas meninas não ficam grávidas do abusador, mas na história de vida delas aparece a situação de abuso. (V., Casa Abrigo, Brasília)

“(...) Eu acho que quando é na questão da mesma idade, o parceiro acaba vindo junto, há um envolvimento maior, afetivo. É diferente, não caracteriza uma sedução, você vai ver os dois no mesmo ritmo de desenvolvimento, então isso é interessante. O menino, ele acompanha a menina, a gente vê isso aqui. Eu nem digo 12, 13, 14, mas quando a menina tem 15 e ele 16, vêm os dois juntos aqui na maternidade. Agora, de 10 a 14 anos, como a gente tem atendido, mais na questão da violência, sempre é um adulto e na maioria das vezes um adulto que faz parte da família e que por isso mesmo ele vai ter escondida a sua participação, vai ser protegido” (T.S. – Uma das representantes da Fundação Santa Casa de Misericórdia, Belém).

Mais adiante, a relação da gravidez com situações de violência, no caso, abuso sexual, será melhor explorada. Porém, os depoimentos acima já oferecem pistas sobre essa associação e reforçam a necessidade de pesquisas mais aprofundadas que possam mensurar o índice de abuso sexual, o contexto em que ocorre e a capacidade e disponibilidade de serviços públicos de atender às crianças e adolescentes vítimas dessa violência.

A gravidez – em que situação ocorreu

Ainda que não haja consenso, muito menos informações concretas, boa parte dos depoimentos descrevem a gravidez na adolescência menos como uma ocorrência de uma relação de namoro e mais como uma relação marcada pela assimetria das relações de gênero. Socorro Malafaia, por exemplo, aponta que muitos desses parceiros requerem das jovens uma prova de amor, além de terem maior poder de convencimento do que as meninas, mantendo uma relação assimétrica e desigual. Para o representante do serviço de saúde do Recife, meninas nessa idade não têm maturidade suficiente para o jogo da sedução; Elas ainda não teriam o

interesse pelo sexo, sendo comum a ocorrência da coação, processo caracterizado mais pela exploração do que pela sedução:

“Normalmente, não sei se são iludidas ou seduzidas. Eu acho que são seduzidas, porque elas se abrem bastante no decorrer do pré-natal... Normalmente eles engravidam e vão embora, dizem que o filho não é deles (...). Eu acho justamente que é sedução porque nela tem aquela questão de promessa, de provar que me ama e que o amor...” (R.C. – Prosad/Cisam, Recife).

“Há o consentimento delas, mas não é uma questão da paixão. É questão de ficar e exercer a sexualidade e aí acontece a gravidez. Tanto que elas não ficam com os homens, ficam com as famílias, com as mães (...). A adolescente imagina que, engravidando, ela será mais aceita, mais respeitada, mas na verdade não é isso que acontece. Dessa forma, a auto-estima cai novamente, repete a gravidez como se fosse uma saída de aceitação. Ou tem a idéia assim de que terá a relação e dessa vez não irá engravidar, mesmo na segunda vez.” (I.P.G. – Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo)

Confirmada a gravidez, é comum elas serem levadas a termo. Além do preconceito existente quanto à prática do aborto, meninas desse grupo etário desconhecem as possíveis maneiras de se provocar o aborto. Para Socorro Malafaia, a busca por essa prática é mais comum em garotas com 17, 18 anos, pois geralmente elas têm maior conhecimento a respeito e autonomia para procurar os serviços disponíveis e/ou são induzidas pelos pais ou namorado à interrupção da gravidez.

Adolescência e Contracepção

O posicionamento dos/das entrevistados/as diante do uso de métodos contraceptivos por adolescentes é favorável, sobretudo o uso do condom como método de dupla barreira na prevenção da contaminação de DSTs/Aids e como contraceptivo. Contudo, são vários os obstáculos quando o assunto é uma política de planejamento familiar para adolescentes. A começar pela própria terminologia, como bem apontam a

assistente social Irotilde Gonçalves Pereira, do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, e o Dr. Jefferson Drezzett, ambos de São Paulo:

“É o planejamento familiar. Como uma adolescente vai fazer um planejamento familiar se ela não tem família? O conceito não coaduna que planejamento familiar a adolescente pode ser envolvida. Isso não envolve ou sensibiliza uma adolescente de procurar, na verdade, só as mulheres que possuem vários filhos procuram porque têm família para planejar. Assim, acredito que o conceito teria que ser mudado, ser feita alguma coisa para chamar a atenção da adolescente para sensibilizá-la para esse esclarecimento que necessitar..”

“(...) Ambulatório de planejamento familiar para adolescente não é igual a ambulatório de planejamento familiar para adulto. Adolescente não faz planejamento familiar, você tem muito mais é que falar da sexualidade dele do que de planejamento familiar. Eu tenho uma impressão muito forte de que quanto melhores os indicadores acompanhados também de cidadania, as situações são melhores (...).”

Essa mesma ponderação em relação à terminologia “planejamento familiar” foi apresentada por Neila Maria, da Santa Casa de Belém. Para ela, o nome desse programa deveria ser modificado para “anticoncepção na adolescência”, uma vez que esse público não está interessado em planejar família, mas sim em transar com segurança.

“Porque você pensar que uma menina de 15 anos vai planejar família é brincadeira. Ela não tem família para planejar. Ela tem um menino com quem ela ‘fica’, ela vai planejar o quê? Então, é uma coisa meio aberrante você pretender que ela vá ao ambulatório de planejamento familiar (...). Essa história de querer agradar a igreja, eu entendo isso no começo, para poder introduzir os métodos anticoncepcionais no Brasil, mas já se foram 20 anos e não se mudou esse nome ou se criou uma coisa paralela para atender às pessoas que não querem fazer família, querem transar com segurança” (N.M. – Representante da Fundação Santa Casa de Misericórdia).

A representante da Casa da Mulher (Belém), Ana Cristina Pinheiro, ressalta que, quando o termo do planejamento familiar foi criado, não se falava em gestação de meninas com 10 anos de idade, e que, antigamente, o programa era voltado para o procedimento da laqueadura tubária.

Mesmo considerando que as adolescentes não têm família para criar, a informante defende que esse serviço pode contemplar esse público:

“Então, planejamento familiar, se for pensar a adolescente, ela não tem família, não vai planejar. Mas eu acho que ela pode planejar a vida que ela quer mais tarde. Não é especificamente a família, esse é um termo que tem que ser visto de forma mais abrangente” (A.C.P. – Representante da Casa da Mulher).

Outro obstáculo é a idéia de que as jovens são indisciplinadas em relação ao uso de contraceptivos orais, por exemplo, além da dificuldade de acesso ao medicamento, que nem sempre está disponível nos serviços de saúde. Pensando nisso, a médica ginecologista, que atua na Casa Abrigo de Brasília, recomenda o uso de contraceptivos injetáveis:

“Pois é, e aí aparece uma dificuldade, que é prescrever o método por causa da indisciplina. Eu, como médica, acho que o melhor é o anticoncepcional injetável... porque camisinha usam às vezes... e em muitos casos a iniciativa de usar a camisinha é dos meninos...”

Por outro lado, Rita de Cássia (Recife), que está inserida no campo da saúde, faz ressalvas aos métodos hormonais por serem contraindicados em fase de crescimento. No entanto, apesar de considerar os riscos na utilização de medicamentos, prevalece o discurso de que é melhor fazer uso desses do que deixá-las vulneráveis a uma gravidez não planejada. Enquanto Ana Cristina Pinheiro, da Casa da Mulher, de Belém, salienta que não se deve mexer na questão hormonal dos adolescentes, defendendo o uso do preservativo tanto para evitar a gravidez como para se prevenir das DST/Aids, a médica Nelia Maria, do Hospital Santa Casa de Misericórdia (que dispõe de serviço de aborto legal), não considera problemática a prescrição de uma pílula de baixa dosagem para as adolescentes. E acrescenta:

“As pessoas se preocupam muito, ‘ah! mas a menina vai começar a usar a pílula desde novinha?’ Ora, meu amor, qual o mal que a pílula vai fazer que a gravidez não faz? A pílula vai ter aquela dosezinha de hormônio pequenininha. Na gravidez, ela vai ter uma lavagem hormonal que acabou com seu desenvolvimento físico. Dali ela não

cresce mesmo, não vai desenvolver mais nada. Então, para mim, nada é pior do que uma gravidez na adolescência. Nada, nenhuma complicação que um método anticoncepcional possa trazer vai ser pior do que uma gravidez na adolescência. Então, temos que utilizar métodos sim...” (N.M. – Representante da Fundação Santa Casa de Misericórdia).

Outro aspecto, apontado pelo Dr. Jefferson Drezzett (São Paulo), refere-se à contradição das políticas públicas de prevenção e de educação sexual para os jovens. Segundo ele, de um lado oferecem informação e estimulam a prevenção e o autocuidado; de outro, não garantem acesso e disponibilidade dos métodos contraceptivos e da contracepção de emergência a esses mesmos jovens.

O uso do preservativo (condom masculino) é apontado como o melhor método, de fácil acesso e eficaz, porém, como já observamos anteriormente, os/as entrevistados/as ponderam a dificuldade das jovens na negociação do uso do condom com seus parceiros. Cabe destacar, também, a dificuldade e os receios dos próprios rapazes em fazer uso do condom. Preocupada com a inclusão do sexo masculino no campo da saúde sexual e reprodutiva, Iolanda Deise, do Moprom (Belém), observa que recentemente viu um cartaz com a seguinte mensagem: “Mãe, o filho não é só seu, é do Estado também”. A partir da leitura dessa frase, conta que começou a pensar e a questionar o lugar do pai no exercício do cuidado e seu papel na reprodução, que nesse cartaz é substituído pelo Estado.

No trabalho desenvolvido com as meninas e adolescentes da ONG Casa Menina-Mulher, de Recife, há a preocupação de se realizarem discussões e palestras periódicas sobre saúde sexual e reprodutiva e sobre a questão do método contraceptivo. A instituição tem um convênio com um hospital público localizado próximo à sede, no qual as garotas são cadastradas e têm acesso ao recebimento do preservativo masculino e a possibilidade de tomar injeção, além de poderem recorrer a serviços de saúde, como, por exemplo, a ginecologia. Em Porto Alegre, tanto o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas como o Centro de Saúde

Santa Marta oferecem orientação e disponibilizam métodos contraceptivos, particularmente a camisinha e a pílula anticoncepcional. No caso do HMIPV, existe o Paiga, um programa específico para adolescentes de até 17 anos que buscam o serviço de saúde para o pré-natal. O programa acompanha as meninas desde o pré-natal até o primeiro ano de vida do bebê. Nesse período é realizado um trabalho de orientação para evitar uma segunda gravidez sem planejamento. Esta não é, infelizmente, a regra nos hospitais e maternidades públicas, como bem exemplifica o depoimento abaixo:

“Na verdade, tem uma proposta de fazermos. Isso seria fundamental, a existência de um aconselhamento ou uma conversa com as adolescentes, mas esbarra na questão de recursos humanos. Estamos com a equipe reduzida e em março vai haver novo concurso, então esperamos desenvolver uma equipe para a realização desse trabalho. Isso deveria ser um programa, tanto para as mulheres como para os homens. Eu atendo a maternidade, tento conversar com as mães adolescentes, mas deveria ser mais efetivo e esbarra na questão de recursos humanos. Inclusive para os pais, pois dá a impressão de que as mulheres engravidam sozinhas, então o envolvimento do marido é importante.” (I.P.G., do Hospital Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, de São Paulo)

Em relação à contracepção de emergência, observou-se haver ainda desinformação e falta de clareza sobre os procedimentos a serem adotados. Entre os profissionais de saúde entrevistados, todos conhecem o medicamento, mas poucos sabiam exatamente sobre os procedimentos adotados pelo serviço para a prescrição. Nos serviços de atenção às vítimas de violência, sobretudo nas ONGs, não há disponibilidade do medicamento, com exceção da Casa Abrigo e daquelas que estão integradas a alguma rede de apoio.

Em Belém, o representante da Casa da Mulher considera complicado trabalhar nos serviços da rede municipal com a contracepção de emergência sem haver um trabalho anterior de educação em saúde:

“(...) Qual é o meu receio? É que se eu não tenho uma menina que esteja conscientizada, ela vai usar a contracepção de emergência como contracepção e aí, daqui a alguns anos, eu vou ter mulheres

com 25 anos na menopausa” (A.C.P. – Representante da Casa da Mulher).

Segundo ela, a solução será reunir representantes da sociedade civil, do Conselho Regional de Medicina e da Sociedade Paraense de Obstetrícia numa mesa de discussão para então decidir sobre como proceder com a medicação que já chegou à Casa para ser distribuída na rede municipal de saúde.

Já os profissionais do setor do Prosad/Cisam têm participado de reuniões promovidas por uma ONG de Recife sobre a utilização da contracepção de emergência. Apesar de discutirem a possibilidade, o corpo técnico ainda não começou a repassar as informações sobre o método para os pacientes, nem realizaram a divulgação de que o Prosad o está disponibilizando para o público.

Na verdade, há ainda muito receio de que, uma vez disponibilizada a contracepção de emergência nos serviços públicos, as jovens passariam a fazer uso do medicamento indiscriminadamente. O Dr. Valdi Craveiro Bezzera, do Adolescentro, de Brasília, tem sido enfático em suas intervenções em escolas e outras instituições, defendendo a divulgação e orientação para o uso da contracepção de emergência como uma alternativa para as adolescentes evitarem uma gravidez que não está planejada. Mas suas colocações encontram forte resistência tanto na sociedade civil como entre os serviços de saúde e de educação que vêem a concepção de emergência como método abortivo e de estímulo ao exercício precoce da sexualidade dos adolescentes.

Gravidez e violência sexual

A violência contra a mulher é definida em muitos estudos como decorrência da relação de forças que transforma as diferenças entre os sexos em desigualdade (Saffiotti, 2002, 1999; Gregori, 1992; Suárez & Bandeira, 2002). A relação desigual entre os sexos adquire diferentes

configurações quando acrescida de outras desigualdades: social, cultural, racial, etária. Uma das formas mais contundentes de violência contra a mulher tem sido a violência sexual (assédio sexual, estupro, tráfico e prostituição forçada, mutilação genital, entre outras), que atinge mulheres jovens e adultas.

Como foi apontado no início deste Relatório, a hipótese norteadora do estudo desenvolvido pela ECOS foi investigar se a gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos estaria relacionada a situações de violência sexual. Os resultados obtidos pelos depoimentos e por estudos recentes, como o de Teresinha de J.N.M. da Costa (2002) e o de Alberto Mantovani Abeche (2002), demonstram que as jovens estão se relacionando sexualmente cada vez mais cedo e seus parceiros são, em alguns casos, rapazes da mesma idade e, em outros, mais velhos, com quem elas estabelecem ou não uma relação de vínculo que pode ser mais ou menos estável. Os entrevistados argumentam que o relacionamento sexual ou mesmo a gravidez precoce não podem ser simplesmente associados à mera falta de informação dos jovens. As circunstâncias são mais complexas e vão desde a iniciação precoce da vida sexual, desejo de engravidar, pouco ou difícil acesso a métodos contraceptivos, até falta de informação, entre outros fatores. Além disso, deve-se levar em conta o contexto sociocultural dos jovens, ou seja, não se pode tratar como sendo igual um evento relacionado a vivências distintas, que interferem nas possibilidades concretas de escolha e formulação de projetos de vida (Costa, 2002).

Contudo, a hipótese norteadora da pesquisa – a gravidez na faixa etária de 10 a 14 anos está muito mais relacionada a situações de violência do que em outras faixas etárias – não foi negada. Há depoimentos contundentes afirmando que muitas adolescentes menores de 15 anos engravidam em circunstâncias de abuso e violência sexual. Essa gravidez torna-se ironicamente muitas vezes a primeira oportunidade da denúncia. Muitas dessas jovens foram vítimas de abuso sexual há mais tempo do que gostaríamos de acreditar.

Sabe-se que as desigualdades entre homens e mulheres, valores e costumes culturais tendem a reforçar a concepção de que o homem tem o direito de manter relações sexuais com a mulher sem considerar o seu consentimento e respeito a uma decisão contrária. No caso das adolescentes, essa assimetria na relação tende a ser agravada pela falta de autonomia e de conhecimento, em função da idade, para decidir como e quando manter relações sexuais. Se as mulheres adultas são vulneráveis a maus-tratos, mais ainda o são as adolescentes e as meninas. Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dados disponíveis para vários países indicam que uma em cada quatro mulheres notifica a violência sexual por parte de um parceiro íntimo, e que um terço das adolescentes falam de iniciação sexual forçada. Muitas são forçadas a se prostituir, ou são submetidas à violência em outros espaços de convivência (p. 18). Se considerarmos que esses dados são em muitos países subnotificados e que no caso das adolescentes a denúncia nem sempre ocorre, a realidade torna-se ainda mais preocupante, considerando que a violência sexual tem profundo impacto sobre a saúde física e mental das vítimas (Drezett, 2000).

Apesar de nossa busca por dados atualizados e sistematizados nas cinco capitais não ter apresentado resultados consistentes pela inexistência de fontes disponíveis de informação, todos os entrevistados relataram conhecer pelo menos um caso de adolescente menor de 15 anos, grávida ou não, vítima de abuso sexual:

*“No ambulatório de DST apareceu uma menina de 10 ou 11 anos, estudante da 6º série. A mãe é auxiliar de enfermagem. A menina estava com DSTs e 36 semanas de gestação. O bebê era do pai da menina, já estava correndo a denúncia (sic)... Abusava da filha desde os 3 anos de idade. A mãe trabalhava a noite... e o pai dizia para a menina que qualquer coisa ela deveria dizer que era de um namorado e se falasse a verdade ele a mataria. A menina não queria o bebê de nenhuma maneira. Ele foi então encaminhado para adoção. O papai queria visitar a filha no hospital... Durante a audiência com o juiz, que se decidiu favorável à adoção, a menina perguntou: **Doutor,***

agora tô livre dessa coisa...' ” (Dra. J. – Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre) (grifo nosso).

“Tivemos também um caso de uma menina de 12 anos de idade e 3 meses de gestação, suposta vítima de estupro na escola. Os pais trouxeram a menina para participar do nosso Programa. O pai quis assistir a reunião de todo jeito ‘para ver se era adequado para a filha...’ . Depois da reunião ele veio e disse que ia deixar a filha participar. Aí expliquei que seria toda semana e que eles tinham que participar também de algumas reuniões. O cara topou. Nas sessões individuais com a menina, comecei a perceber que tinha alguma coisa estranha e a história do estupro na escola [um rapaz teria invadido a escola e a violentado] não batia. Logo descobrimos que a menina era abusada pelo pai desde os quatro anos de idade. O pai era caminhoneiro. A mãe havia abandonado os filhos. O filho mais novo, na ocasião, tinha um ano de idade. O pai casou-se novamente, mas os abusos continuaram sem que a madrasta ‘percebesse’. Aos oito anos de idade o pai tem a primeira relação com a filha. Ela conta que ele a ameaçava com uma faca, entrava no quarto nu, subia na cama, tudo na presença do filho mais novo. A madrasta alega que nunca viu nada! Foi feita a denúncia e o pai foi preso. Ao ser preso, tinha uma faca na bolsa e ameaçou matar a menina. Disse que ia querer o filho. A madrasta assumiu o bebê e soube-se que anos depois a adolescente se casou.” (Dra. G. – Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre)

“Atendemos uma menina que foi abusada durante nove anos pelo pai. O caso foi arquivado porque o pai sumiu. Em 1999 ela volta a procurar o CERCA, pois estava sendo espancada pela mãe. Um cara de 40 anos a seduziu e a engravidou. Ela teve gêmeos, mas morreu após o parto. Outro caso foi o de um vizinho que fornecia alimentos para uma família. A menina, de 5 anos, era enviada pela mãe para pegar os alimentos. O vizinho abusava da menina. No depoimento, a menina acreditava que era casada com ele: ‘Ah, ele comprava bolacha de morango e depois a gente brincava na cama...’ ” (Psicóloga do CERCA, São Paulo)

A delegada Dra. Selma, da Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente de Brasília, conta que um pai teve cinco filhos com a filha biológica; ou a história de uma menina abusada desde os oito anos de idade pelo pai que engravidou aos 12 anos. Depoimento semelhante foi dado por Maria das Graças Cabral, lembrando o período em que trabalhou na Diretoria de Polícia da Criança e do Adolescente (DPCA), no Recife, e as muitas denúncias de estupro, especialmente com vítimas na faixa etária dos 10 aos 14 anos, as quais, segundo ela, são mais vulneráveis porque não sabem ou não têm a cultura da denúncia, sofrem

o abuso sexual caladas. As denúncias mais freqüentes são aquelas em que o abuso é praticado por estranhos e quando fica efetivado o estupro:

“Só é denunciada a gravidez em que a adolescente foi vítima de um estupro, de uma violência de estranhos. Até quando é de uma família, a família faz acordos (...). Quando é o primo, quando é amigo, pode até fazer acordos e tornar-se marido daquela menina, mesmo sendo vítima de estupro” (M.G.C. – Secretaria de Cidadania e Políticas Sociais).

É importante destacar a dificuldade de se provar a existência de um abuso sexual, diferentemente do estupro, se este foi sobretudo efetivado por um estranho. A dificuldade está no fato de que os meios probatórios previstos em lei – prova documental, prova testemunhal, confissão, inspeção e prova pericial – são em geral pouco eficazes. A prova testemunhal, por exemplo, no caso de abuso sexual intrafamiliar, poucas vezes ocorre na frente de testemunhas. Do mesmo modo a prova pericial, que depende de exame médico, coleta de amostra biológica para comprovar se houve delito. A falta de provas, no entanto, nem sempre significa que a adolescente ou a criança não tenha sido objeto de abuso. Diante desse fato, na maioria dos casos torna-se relevante o relato da adolescente ou da criança. No entanto, nem sempre esse relato é considerado pelos operadores da Justiça, dificultando a comprovação do delito e a condenação de um eventual culpado (Morales; Schramm, 2002). Para esses autores, a falta de credibilidade na veracidade das informações dadas pelas vítimas tendem a levar à persistência da impunidade e até mesmo do agravamento do abuso sexual, principalmente no caso de crianças e adolescentes.

Segundo Tatiane Santos, o ‘abusador’, na maioria das vezes, é o vizinho, o empregado, o padrasto, o avô, o primo ou até mesmo um irmão, ou seja, uma pessoa próxima da vítima. Nesses casos, é comum haver o movimento da família de proteger o agressor dos tramites legais da Justiça justamente pelo receio da prisão e pela exposição dos membros da família. Não é comum a denúncia ocorrer por intermédio de alguém externo ao

núcleo familiar (parentes, vizinhos, amigos). Há particular resistência por parte das mães, em percebendo a situação, denunciar o caso a algum órgão competente. Esta aparente omissão reflete a amplitude da ação da violência sexual, que não se reduz à vítima em si, mas atinge todo o núcleo familiar:

“(...) Nós tivemos uma menina aqui que a família internou dizendo que ela era muda. Ela foi internada como muda porque estava grávida e não podia dizer de quem. Ela passou pela triagem como muda, levamos para o aborto legal como muda, e alguém descobriu porque ela conversava com os pacientes.” (T.S. – Representante da Fundação Santa Casa de Misericórdia).

Na Casa da Mulher, em Belém, que funciona há pouco mais de um ano, houve uma situação na qual duas irmãs, uma com nove, outra com onze anos, foram atendidas no serviço de Patologia Cervical com diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível. O corpo de profissionais suspeitou imediatamente de abuso sexual, mas a mãe das pacientes não falava a respeito. Como a infecção reincidiu, a Casa acionou o Conselho Tutelar. Foi descoberto que o pai das garotas abusava sexualmente das duas. A mais nova já tinha sido violentada, a mais velha ainda não. Ana Cristina Pinheiro, coordenadora da Casa da Mulher, enfatiza que tem havido preocupação em alertar os profissionais das unidades básicas para essa possibilidade:

“ (...) inclusive a gente adverte as unidades básicas: meninas com DSTs, vamos correr atrás, porque pode ser abuso. Há uma consciência nas gerentes das unidades de saúde da mulher. Nós temos essa relação mais próxima para dizer: ‘olha, gente, se alertem, meninas novinhas com DST, gonorréia, secreção vaginal recorrente, pode ser abuso...’ ” (A.C.P. – Representante da Casa da Mulher).

As informantes da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém relataram diversas situações em que houve gravidez decorrente de abuso sexual. Nesses casos, a vítima, ou, mais freqüentemente, a família da vítima, recorreram tanto ao Serviço de Aborto Legal como à maternidade. A procura por esse último serviço se dá porque algumas vezes a menina

chega com a gravidez muito avançada e não pode mais realizar o aborto, ou porque há casos em que a religião não permite a interrupção da gravidez.

As representantes do Moprom observam que acompanharam o caso de uma adolescente que sofria abusos de um homem que era militar. Ela não chegou a engravidar, mas teve sérios problemas decorrentes dessa violência. Segundo Maria Luiza Magno, houve tentativa de inseri-la nos cursos e trabalhos desenvolvidos na instituição, mas ela não conseguia progredir. Como o agressor era uma pessoa influente, o processo jurídico de denúncia não avançou.

A representante da ONG Casa Menina-Mulher, do Recife, Socorro Malafaia, não identificou nenhum caso como esse entre as meninas e adolescentes que fazem parte da ONG, porém, como integrante da Rede Estadual de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, tem-se deparado ultimamente com uma situação muito preocupante no sertão de Pernambuco (pólo gesseiro em Serra Talhada). Ali vivem crianças de nove, dez anos de idade que estão nas ruas para “venderem seus corpos” para os caminhoneiros da área. Já houve casos de gravidez nessa população.

A enfermeira Rita de Cássia, do Prosad/Cisam, diz que já houve vários casos de vítimas de violência que recorrem ao serviço, os quais geralmente são encaminhados pela DPCA. Ela lembra de uma situação recente, de uma menina que foi violentada pelo padrasto e foi atendida no setor por uma equipe multidisciplinar, sendo solicitado a ela uma bateria de exames como sífilis, HIV, gravidez. Nos casos dessa natureza, os profissionais não permitem que a vítima volte para casa sem ser atendida. Existem, contudo, situações em que o serviço perde o contato com a paciente e não tem mais informações sobre ela:

“Eu tive o caso de uma menina que veio (para o pré-natal), que foi estuprada, uma menina de 12 anos. Já era a terceira vez que ela era estuprada pelo mesmo homem. Ela veio para o pré-natal, fez todos os exames, mas não voltou. Como a gente não tem um serviço de busca,

a gente perde, não sabemos o que aconteceu, se levou a gravidez adiante.” (R.C. – Prosad/Cisam).

O mesmo ocorre em São Paulo, nos casos de meninas que vivem em situação de rua. Ainda que sejam atendidas por instituições como a Casa Taiguara, a Casa de Apoio ao Meninos e Meninas da Sé, em que muitas jovens passam temporariamente pelo serviço, anunciam uma gravidez e deixam a casa para voltar às ruas. Em alguns casos, são usuárias de drogas ilícitas, e retornam depois de algum tempo sem nenhum indício que confirme a gravidez.

“(…) Algumas dizem que estão grávidas e logo aparecem dizendo que perderam [a criança]. Outras, ao verem meninas grávidas, ficam com o desejo de ser mãe, de querer estar naquele estado de gravidez. Uma menina gordinha disse que estava grávida e iniciamos a conversa. Sumiu por um tempo e não sabemos se fez aborto ou se não estava, era um desejo.” (M.S. do N., – Associação de Meninas e Meninos da Região Sé – AAMM –, São Paulo.)

Segundo o depoimento da representante da Casa Taiguara, algumas meninas dizem tomar um “chá” para interromper uma suposta gravidez. O aborto provocado, dada a ilegalidade, tende a não ser notificado. As informações disponíveis são apenas aquelas em que houve complicações e que foram atendidos e registrados como tal pelo SUS, o que nem sempre ocorre.

O representante do serviço de saúde do Recife se recorda de um caso no semestre passado (2002) em que uma menina de 13 anos foi estuprada e recorreu ao serviço para realizar o aborto previsto em lei:

“(…) A mãe sabia e veio direto com a menina (não passaram na delegacia). Estimulamos para que prestasse queixa, se precisasse de alguma proteção, até se conseguir fazer algo com o autor, que ela conhecia. Mas aí a mãe achou melhor não. Então a menina ficou aqui com a mãe, fez todo o processo. Porque é uma coisa que ela (a vítima) não assimila muito bem, o aborto em si”. (Representante do serviço de saúde do Recife)

Segundo ele, a maior preocupação dos profissionais responsáveis pelo setor é a forma como essas pacientes lidam com sua sexualidade

após o(s) ato(s) de violência. Para minimizar esses traumas, há o acompanhamento psicológico durante e depois do processo de abortamento.

O serviço de aborto legal está ainda pouco disseminado no Brasil. São poucos os serviços de saúde que prestam o serviço. Sem contar que, apesar de regulamentado, muitos profissionais de saúde resistem a realizar o procedimento, alegando princípios morais e éticos. A resistência ao aborto, bem como à contracepção de emergência e à própria prescrição de métodos contraceptivos para adolescentes, é permeada por preconceitos que dificultam a relação médico-paciente, comprometendo aspectos éticos e técnicos dos procedimentos de atendimento (Drezett, 2000, 2001).

Embora a violência sexual esteja circunscrita preferencialmente ao âmbito da Justiça e da polícia, os profissionais de saúde são muitas vezes os primeiros a serem informados sobre a violência. No entanto, a resposta ou a possibilidade de intervenção desses profissionais nesses casos é permeada de insegurança, falta de informação sobre os procedimentos, resistências e falta de aparato técnico e humano. Apesar dos serviços públicos de saúde terem como instrumento de orientação uma Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2002), ou referências como Violência Intrafamiliar – Orientações para a Prática em Serviço, publicada pelo Ministério da Saúde (2003), a prática se mostra distante das recomendações previstas nesses instrumentos.

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

O estudo realizado pela ECOS sobre a gravidez de adolescentes de 10 a 14 anos em cinco capitais brasileiras – Porto Alegre, São Paulo, Recife, Distrito Federal e Belém –, ainda que não tenha esgotado o assunto, tem o mérito de apresentar indícios suficientes para dar início a um importante debate sobre violência sexual e de gênero. Trata-se de um estudo exploratório, restrito principalmente ao âmbito dos serviços de saúde, porém a análise dos depoimentos, os dados e informações encontrados e aqui sistematizados reforçam a necessidade e a importância de se estabelecer um diálogo interdisciplinar e intersetorial sobre o tema. A violência sexual que atinge adolescentes não é um problema apenas do âmbito da saúde. Deve ser profundamente debatido pela área da Justiça e da Educação no intuito de se planejarem estratégias conjuntas de ação.

A gravidez na adolescência vem sendo exaustivamente estudada por sociólogos, antropólogos, médicos sanitaristas, demógrafos, entre outros. No entanto, poucas são ainda as pesquisas que caracterizam as diferentes faixas etárias, restringindo-se sobretudo à faixa de 15 a 19 anos ou 24 anos. Nos estudos localizados em que havia desdobramento dos dados, considerando a faixa etária anterior a 15 anos, as colocações geralmente referem-se aos riscos da falta de maturação biológica, da estrutura do corpo, que na faixa das meninas mais novas deveria merecer mais atenção. Não encontramos nenhum estudo que correlacionasse a faixa etária de 10 a 14 anos com gravidez e abuso e violência sexual. No entanto, nos textos que tratam do tema específico do abuso sexual em crianças e adolescentes, é comum a ressalva de que essa é uma faixa etária vulnerável.

Mesmo que alguns avanços já tenham sido alcançados, como, por exemplo, a inclusão da faixa etária de 10 a 14 anos nos estudos sobre fecundidade no Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) e o esforço dos

técnicos para alimentar o sistema de dados disponível no Datasus, há ainda um longo caminho a ser percorrido em relação à sistematização das informações sobre a gravidez nessa faixa etária. Houve dificuldade de levantar números e registros sobre essa população. Além disso, os serviços que contam com um sistema informatizado em muitos casos não têm os dados disponíveis ou não os colocam em disponibilidade. Não há nenhum sistema de registro que se preocupe em obter informações sobre o parceiro da jovem grávida.

Outro aspecto importante refere-se à qualidade dos documentos técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde, seja na área das políticas voltadas para a saúde dos adolescentes (especialmente as recomendações que constam no documento sobre o Programa de Saúde do Adolescente), seja no campo da prevenção da violência sexual contra mulheres e adolescentes. No caso da uma Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2002), falta atenção à especificidade das diferentes faixas etárias que compõem o conjunto de adolescentes e que não podem ser comparadas a outras atendidas com os mesmos procedimentos que as mulheres adultas. É imprescindível, no entanto, que essas recomendações se façam presentes no cotidiano dos serviços. Certamente, para enfrentar tal desafio, é necessário que haja investimentos não apenas em recursos humanos, mas em recursos materiais e físicos.

Foram registradas diferentes histórias de adolescentes que engravidaram em decorrência de violência, na maioria dos casos cometidos por homens que mantinham uma relação de proximidade com a vítima. A legislação é clara ao condenar relações sexuais com menores de 14 anos. Mesmo quando “consentida”, o ato é considerado “crime de violência presumida”. O artigo 224 do Código Penal presume haver estupro sempre que um homem mais velho mantém relações sexuais com uma garota menor de 14 anos. Para alguns, a lei pode prejudicar relacionamentos afetivos entre uma menor de 14 anos e um jovem rapaz.

Como definir um limite de idade adequado para um relacionamento entre os jovens? Como garantir, por outro lado, que a lei seja cumprida e proteja garotas do abuso sexual? Para muitos operadores da justiça, o presumido “consentimento” gera dúvidas quanto ao “presumido” abuso e tem deixado impunes agressores reais. Este é um aspecto que precisa ser profundamente debatido. Há um dilema ético legal que se estabelece pela não menção direta nas leis, estatutos e códigos sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos dos Adolescentes.

No entanto, é importante chamar a atenção para os relatos que não apontam o parceiro ou companheiro dessa garota como agressor ou abusador, para as passagens que mostram a possibilidade de ele ter idade aproximada da idade da parceira e estar acompanhando-a no pré-natal, envolvido no exercício da paternidade. Dar visibilidade à figura masculina como alguém que se interessa pela prática do cuidado e que está presente nos serviços de saúde certamente é uma postura que contribui para o trânsito dos homens nessa arena e que pode levá-los também a ter atitudes de autocuidado em relação ao exercício da vida sexual. O início dessa abertura poderia começar, por exemplo, pela inclusão de informações sobre o pai da criança nos registros referentes ao período da gravidez, como já foi apontado. Recolher dados sobre o pai, além de permitir um conhecimento melhor acerca desses parceiros, é uma iniciativa legitimadora da existência desse personagem, muitas vezes considerado ausente, especialmente em se tratando de pais jovens e adolescentes.

Outro aspecto que merece ser sublinhado é o crescente número de abortos na faixa etária da pesquisa. Pela dificuldade de se ter acesso ao coeficiente real dessa prática, é recomendada a duplicação dos dados existentes como forma de se estimar um valor aproximado da realidade. Ou seja, apesar de os dados apontarem o problema e de os profissionais o reconhecerem, continua-se não divulgando e não distribuindo a contracepção de emergência, a qual poderia ser um meio de diminuição

desses índices. Arelado a isso, o serviço de aborto legal, de modo geral, pouco divulgado e conhecido por vários dos entrevistados que fizeram parte da pesquisa, os profissionais sabem da existência do serviço, mas consideram que a população não tem informações suficientes a respeito.

A escola foi apontada como um espaço privilegiado para se discutir questões relacionadas à sexualidade, relações interpessoais e de gênero. Segundo os informantes, esses temas devem ser introduzidos desde o ensino básico e devem ser contemplados não apenas como temas transversais nas disciplinas.

Foi salientada a importância do diálogo entre o setor de Saúde e de Educação para que professores se encontrem mais bem capacitados nos temas acima citados e a implementação de serviços de apoio psicossocial e médico nos locais de ensino.

Na área da Saúde, foi considerada importante a formação de ambulatórios de Hebiatria, nos quais os adolescentes seriam vistos no sentido amplo, e a implementação de um programa de contracepção para o público jovem e adolescente.

Descentralizar as ações seria uma forma de diminuir a demanda nos hospitais maiores, apesar de a população ainda não confiar muito nos postos de saúde.

Chamou a atenção a dificuldade de vários serviços em obter as medicações (pílula, injeções, DIU) para serem distribuídas, o que influencia negativamente no planejamento familiar voltado para as mães adolescentes.

“... Ultimamente temos dificuldade desse medicamento chegar até a gente. Eu perdi muitas meninas no planejamento porque elas vinham pegar o remédio e não tinha. Vem e não tem, vem e não tem. Então que planejamento familiar é esse? Uma coisa é você dá as informações, mas na hora de repassar não tem” (Rita de Cássia – Prosad/Cisam).

Foi apontada a necessidade de uma equipe multidisciplinar para atender às jovens e crianças que recorrem aos serviços. Outro ponto

levantado foi a necessidade de maior sensibilidade por parte dos profissionais que lidam com esse público:

“Porque é muita violência acontecendo com as adolescentes, não só a sexual, mas em todas as outras áreas. As adolescentes ficam muito vulneráveis. Quando chega num hospital desses não tem atendimento adequado. Na recepção, por exemplo, eu já escutei profissionais na recepção... a adolescente chegar e perguntar por um médico e a pessoa da recepção perguntar: ‘você tem o quê?’ Isso está errado. Tem que se trabalhar a sensibilização com todo mundo, da recepção até... é com todo mundo, da limpeza até a direção. Tendo um serviço de qualidade, a adolescente e a família vão ter quem as escute e dê informações. A própria adolescente pode passar a evitar uma segunda gravidez e uma outra série de questões” (Socorro Malafaia – ONG Casa Menina-Mulher).

Os profissionais que atendem adolescentes vítimas de violência deveriam, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fazer a denúncia aos órgãos competentes. Muitos não o fazem por desinformação, desconhecimento e receio quanto a implicações legais. Ou seja, precisam ser capacitados para esse tema. Esse dado é um obstáculo ao efetivo cumprimento dos direitos dos adolescentes. A nossa cultura e a nossa organização social e política acabam funcionando como uma barreira à prevenção e ao autocuidado. Por exemplo: nem todos/as os/as jovens têm acesso à informação e aos serviços específicos para as diferentes faixas etárias; nos diferentes estratos sociais, as mulheres, principalmente, têm ainda muita dificuldade para negociar o uso da camisinha com seus parceiros, como já foi apontado; a distribuição de preservativos e outros métodos contraceptivos é insuficiente; a contracepção de emergência não é suficientemente divulgada e não está disponível facilmente, etc.

Uma maneira de superar essas dificuldades é o diálogo entre organizações governamentais e não-governamentais e outros setores organizados da sociedade civil, a fim de trocarem experiências e, em última instância, para poderem definir a partir da avaliação de suas experiências estratégias e ações que possam efetivamente atender às demandas da população jovem, masculina e feminina.

RECOMENDAÇÕES PARA AÇÃO

A violência, seja qual for, não será erradicada se as estratégias de enfrentamento estiverem desarticuladas na esfera pública de tomada de decisão. A ECOS acredita que é possível promover o envolvimento articulado das áreas da educação, da saúde e da defesa e responsabilização, e que, juntamente com a sociedade civil, num esforço comum, possam desenvolver ações que atendam às demandas locais com relação à violência contra mulheres jovens e adolescentes. A concepção de intersetorialidade deriva do conceito de integração, de complementaridade e criação de redes de atenção. Dessa forma, contrapõe-se ao modelo predominante no setor público, caracterizado pela fragmentação das iniciativas e setorização excessiva. A especialização das ações tende a produzir políticas que dispersam recursos e reduzem a eficácia e a efetividade dos esforços realizados³⁶. A intersetorialidade não significa, no entanto, anular as especificidades e responsabilidades de cada uma das áreas. Ao contrário, significa potencializar a cobertura e a eficácia das ações. Uma ação articulada se justifica pela “interdependência entre as necessidades da população e a relação dessas demandas com fatores sociais que não se reduzem à setorização técnico-administrativa” (Ministério da Saúde, 2002).

As recomendações a seguir refletem a necessidade de uma abordagem multisetorial e de colaboração e se inspira nos resultados obtidos com o estudo realizado e com as recomendações apresentadas pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) e pelo documento elaborado por especialistas internacionais e nacionais (*The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality – Discussions and recommendations of the expert group meeting*, Brasília, Brazil, 21-24

³⁶ Ver Políticas Intersetoriais em favor da Infância: guia referencial para gestores municipais. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Comitê da Primeira Infância. Brasília, 2002.

october (CSW/ONU, 2003), e da qual a ECOS participou³⁷; para a 48ª Sessão da Comissão sobre a Situação da Mulher (CSW/ONU) que acontecerá em Nova York, em 2004:

RECOMENDAÇÃO 1

Criar e implementar um plano nacional de ação para a prevenção contra o abuso sexual

A violência sexual atinge preferencialmente as mulheres e ocorre sobretudo no espaço doméstico, fato que torna difícil sua identificação. No casos de crianças e adolescentes, a restrição de idade e a falta de autodeterminação para fazer a denúncia torna o abuso sexual uma modalidade de violência subnotificada e invisibilizada. Muitas meninas são abusadas durante anos, sofrendo seqüelas físicas e psicológicas devastadoras. O planejamento de um plano nacional deve envolver atores governamentais e não-governamentais e outras instituições que se fizerem necessárias, dada a especificidade do tema. Esse plano deve, inclusive, incluir a revisão e a reforma da legislação pertinente, criação de coletas de dados e pesquisa, aprimoramento dos serviços existentes e sua expansão para áreas em que ainda são inexistentes, campanhas junto à mídia, entre outros. O Plano Nacional deve prever o monitoramento das Convenções e Tratados Internacionais dos quais o Brasil for signatário, para observação de eventuais violações de direitos das crianças e dos adolescentes. Seguindo a recomendação da OMS (2002), “deve ter ferramental de coordenação em nível local, nacional e internacional, para possibilitar uma colaboração profícua entre setores capazes de contribuir para a prevenção da violência, tais como os setores de justiça criminal, educação, trabalho, saúde e bem-estar social.” (p. 30)

³⁷ Também participou dessa reunião Jorge Lyra (Instituto Papai, Recife, PE), como integrante da equipe de *experts*. Jorge Lyra, juntamente com Luciana S. Leão, colaboraram com o nosso estudo, realizando a pesquisa de campo em Recife e Belém.

RECOMENDAÇÃO 2

Dar apoio à pesquisa na área de violência sexual e de gênero, sobretudo àquela voltada para estudos de populações jovens

Esta é a única maneira de compreender a questão nos diversos contextos culturais e sociais e a melhor maneira de possibilitar avaliação e recomendação de políticas públicas. As pesquisas permitem averiguar e compreender os fatores de risco e de proteção existentes nos diferentes contextos sociais. Também são fundamentais pesquisas que privilegiem estudos sobre a participação de rapazes e jovens adultos, suas atitudes e comportamentos frente à sua saúde sexual e reprodutiva; estudos de avaliação de programas que incentivam e promovem o autocuidado e cuidado com o outro em rapazes e jovens adultos; estudos sobre as decisões judiciais e jurisprudências nos casos de violência sexual envolvendo menores de idade.

RECOMENDAÇÃO 3

Aprimorar a capacidade de coleta e sistematização de dados sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, bem como sobre a violência

O estudo da ECOS mostra a dificuldade para se obter informações precisas sobre a taxa de fecundidade e o número de gravidezes de adolescentes menores de 15 anos, bem como a total ausência de informações sobre os parceiros de adolescentes grávidas. São também precárias as informações sobre aborto legal e não previsto em lei, bem como sobre o uso da contracepção de emergência pelos serviços públicos de saúde. São poucas as informações sobre os processos judiciais referentes às denúncias de abuso sexual e estupro. A fim de se estabelecer prioridades nas políticas públicas, é fundamental haver uma capacidade nacional para a coleta e análise de dados sobre violência, como recomenda o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002). É fundamental a

coleta de dados no nível local que permitam definir com exatidão as demandas e necessidades locais. Tais dados devem ser compartilhados entre setores relevantes, tais como saúde, educação, justiça e política social.

RECOMENDAÇÃO 4

Estimular, garantir e monitorar a aplicabilidade de programas e serviços de atenção às vítimas de violência, com especial ênfase para as adolescentes

Sabe-se que já existem vários serviços de saúde e de assistência social e jurídica disponível na rede pública, além de iniciativas privadas (*ver anexo*). Porém, é preciso monitorar tais serviços e apoiar sua ampliação e aperfeiçoamento, favorecendo melhor o tratamento e a atenção às vítimas. É preciso investir na qualificação e no preparo dos profissionais envolvidos, orientando-os sobre as normas técnicas existentes, sobre a legislação, além de orientá-los sobre as desigualdades de gênero, formas de violência, preconceitos e estereótipos. Em muitas situações profissionais, seja da saúde ou dos serviços jurídicos (incluindo Conselhos Tutelares), tende-se a criar novas situações de violência, colocando as adolescentes ou crianças em risco de nova situação de violência, censura e repreensão ou descaso.

RECOMENDAÇÃO 5

Promover e monitorar a adesão aos tratados, estatutos e às leis de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes

O Brasil tem sido signatário de vários tratados e convenções para proteção dos direitos humanos. Mais recentemente, o monitoramento do cumprimento dessas legislações pelos governos tem ocorrido com ampla participação da sociedade civil, como ocorreu em relação à Convenção sobre a eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as

Mulheres (Cedaw) e os Relatórios para a Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais. No entanto, de modo geral, tais tratados e convenções são pouco claros em relação às especificidades etárias. Se considerarmos que tais legislações são importantes fontes de recomendações para o estabelecimento de planos e programas de governo, é fundamental que marcadores como o de idade, raça/etnia, diversidades sexuais e culturais sejam contempladas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABECHE, A.M. A Gestante Adolescente e seu Parceiro: características do relacionamento do casal e aceitação da gravidez. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- ADORNO, R. Capacitação Solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social. 1ª. ed. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa de Capacitação Solidária, 2001.
- ARILHA, M., LEITE O.M., ARRUDA, S., CAVASIN, S., SIMONETI V. Gravidez em meninas de 10 a 14 anos. p. 14, mimeo, 1999.
- BERQUÓ, E; C., Suzana. Sobre o rejuvenescimento da fecundidade no Brasil. 2003, mimeo.
- BRASIL. Código Penal – Ministério da Justiça. Juarez de Oliveira. 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 1994. p. 483.
- BRASIL. Constituição Federal. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ministério da Saúde, Ministério da Criança/Projeto Minha Gente. Brasília: Ministério da Criança/Projeto Minha Gente, 1991.
- BRASIL. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Anexo I – Considerações Gerais para o Uso de Profilaxia de Hepatite B, HIV e outras DSTs após situações de Exposição Sexual. 2ª ed. Brasília, 2002.
- BRASIL. Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Série A - 167, 2002.
- CALAZANS, G. O Discurso Acadêmico sobre Gravidez na Adolescência: uma produção ideológica? Tese de Mestrado em Psicologia Social. São Paulo: PUC/USP, 2000.
- CAVASIN, S. A gravidez na adolescência e o discurso do risco. São Paulo: Enfoque Feminista. n° 4. Abril, 1993.
- _____.; ARILHA. M. (*et all*). Aborto na Adolescência – Pesquisa Bibliográfica e Análise da Literatura Especializada e da Imprensa. São Paulo: ECOS – Comunicação em Sexualidade / *International Clearing House for Adolescent Fertility* – Icaf., ago., 1992.

- CSW/ONU. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality – Discussions and recommendations of the expert group meeting. Brasilia, Brazil, 21-24 october. Second Draft.* Mimeo, 2003. <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/>
- COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO. Perfil dos Nascidos Vivos no Município de São Paulo. São Paulo: Seminário – Sinasc/Ceinf, 2002.
- CORREA, M.G. & COATES, V. Gravidez. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L.A.; BEZNOS, G.W. *Medicina do Adolescente.* São Paulo: Sarvier, 1993. p. 259-62.
- COSTA, M.N.J. Teresinha de. Gravidez na adolescência: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa de 10 a 14 anos em Juiz de Fora, MG. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Saúde do IMS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
- DREZETT, J. (*et all*). Aspectos Biopsicossociais em Mulheres Adolescentes e Adultas Sexualmente Vitimizadas: resultados da implantação de um modelo integrado de atendimento. Vol. 1. *Revista do Centro de Referência*, 1996. p. 23-8.
- _____. (*et all*). Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. Vol. 3. *Revista do Centro de Referência*, 1998. p. 29-33.
- _____. Estudo de Fatores Relacionados com a Violência Sexual Contra Crianças, Adolescentes e Mulheres Adultas. (Tese de Doutorado – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil). São Paulo: USP, 2000.
- _____. Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes: os desafios dos profissionais de saúde. In: *Compreendendo a Violência Sexual Infanto-Juvenil numa Perspectiva Multidisciplinar.* Pacto São Paulo Contra a Violência, Abuso e Exploração de Crianças e Adolescentes. São Paulo: Cremesp, 2001. p. 17-39.
- _____. (*et all*). Estudo de Mecanismos e Fatores Relacionados com o Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes do Sexo Feminino. Vol. 77(5). São Paulo: *Jornal de Pediatria (Cremesp)*, 2001. p. 413-19.
- _____. Profilaxia Pós-Infecçiosa de Mulheres Estupradas. In: *Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças.* Rio de Janeiro, 2002. Livro de Resumos. Universidade Federal do Rio de Janeiro e *Institute of Virology of Maryland*, 2002. p. 20-2.

- _____.; BALDACINI, I.; FREITAS, G.C.; PINOTTI, J.A. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. *Revista do Centro de Referência*, v. 3, 1998. p. 29-33.
- ECOS – Comunicação em Sexualidade. Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva. São Paulo, 2003.
- FAÚNDES A., OLIVEIRA G. ANDALAFAT J.A., LOPES J.R.C. II Fórum Interprofissional sobre o Atendimento ao Aborto Previsto em Lei. Vol. 26. São Paulo: Femina, 1998. p. 134-8.
- FERRAZ, A. & FERREIRA, I. Início da Atividade Sexual e Características da População Adolescente que Engravidou. In: *Seminário Gravidez na Adolescência*. E. Meloni; M. E. Fernandes; P. Bailey & A. McKay (org.). Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 47-56.
- GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L.; MARQUES, M.J.V. Avaliação de Serviço de Atenção a Crianças Vítimas de Violência Doméstica. Vol. 33. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, nº 6, 1999.
- GREGORI, M.F. *Cenas e Queixas. Um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- LEAL, M.L.; LEAL, M. de F. (orgs.). *Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil – Pestraf. Relatório Nacional*. Brasília: Cecria, 2002.
- LYRA, J.L.C. *Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Social - PUC/SP). São Paulo, 1997. p. 182.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher – Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Brasília. Ministério da Saúde, 1999. 32 p. (Norma Técnica).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviços*. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, Departamento de Atenção Básica, v. 8. 1ª. ed., 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COMITÊ DA PRIMEIRA INFÂNCIA. *Políticas Intersetoriais em favor da Infância: guia referencial para gestores municipais*. Brasília, 2002.

- MORALES, A.E.; SCHRAMM, F.R. A Moralidade do Abuso Sexual Intrafamiliar em Menores. Vol. 7. São Paulo: Ciência e Saúde Coletiva, nº 2, 2002.
- OLIVEIRA, J. Código Penal. 25º ed., São Paulo, Saraiva, 483 p., 1987.
- OLIVEIRA, M.W. Gravidez na Adolescência: dimensões do problema. Vol. 9. nº 45. Campinas: Caderno Cedes, 1998.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre Violência e Saúde. Sumário. OMS, Genebra, 2002.
- OZAKI, P.E.; DREZZET, J.; BAGNOLI, V.R.; PINOTTI, J.A. – Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. RBM – Ginecologia e Obstetrícia, v. 9, 1998, p. 185-92.
- _____. Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. Vol. 9. RBM – Ginecologia e Obstetrícia, 1998. p. 185-92.
- PARKER, R.; PIMENTA, M.C.; RIOS, L.F.; JÚNIOR, I.B.V.T. Passagem Segura para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a Saúde Sexual dos jovens brasileiros. Escolaridade. Coleção Abia – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Nº 1. Rio de Janeiro, 2000.
- PEREIRA, I.G. (*et all*). Aborto Legal: implicações éticas e religiosas. Cadernos: Católicas pelo Direito de Decidir. Seminário Nacional de Intercâmbio e Formação sobre Questões Ético-religiosas para Técnicos/as dos Programas de Aborto Legal. São Paulo, 2002.
- PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A.L.; PANDJIARJIAN, V. Estupro: Gênero e Justiça. In: Cultura & Saúde, janeiro/março, 1999. p. 24.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê. Adolescentes: Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: RNFS, 1999.
- SAFFIOTI, H.I.B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo em Perspectiva. Vol. 13., no. 4. São Paulo, 1999. p. 82-91.
- _____. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: Bruschini, C.; Unbehaum, S. Gênero, democracia e sociedade brasileira. Editora 34. São Paulo: FCC, 2002. p. 321-38.
- SANTOSA, S.R.; SCHORB, N. Vivências da Maternidade na Adolescência Precoce. Vol. 37. Nº 1. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2003.
- Site sobre gravidez na adolescência. Vitalle, M.S.; Amâncio, O.M.

Site sobre gravidez na adolescência. Vitalle, M.S.; Amâncio, O.M.

Site sobre gravidez. Dicas - Desenvolvimento Social. No. 191. (www.polis.org.br). Programas de atenção à gravidez na adolescência. Elaboração de texto: ECOS - Comunicação em Sexualidade. Apoio: Fundação MacArthur.

Site sobre gravidez. Dicas - Desenvolvimento Social. No. 191. (www.polis.org.br). Programas de atenção à gravidez na adolescência. Elaboração de texto: ECOS - Comunicação em Sexualidade. Apoio: Fundação MacArthur.

Site sobre gravidez. Home Temas Dicionário. Infância & Adolescência. PsiqWeb.

Site sobre gravidez. Home Temas Dicionário. Infância & Adolescência. PsiqWeb.

VENTURA, M. Direitos Reprodutivos no Brasil. São Paulo, 2002.

REFERÊNCIAS DE ARQUIVOS DIGITAIS

Dicas – Desenvolvimento Social. Nº. 191. (www.polis.org.br)
Programas de Atenção à Gravidez na adolescência.
Elaboração de texto: ECOS - Comunicação em Sexualidade.
Apoio: Fundação MacArthur.

Psiquiatria Web
<http://www.psiqweb.med.br/infantil/infantil.html>
Home Temas Dicionário.
Vitalle & Amâncio.
Infância & Adolescência.

Jornal Zero Hora. “Cresce a Maternidade entre Adolescentes”.
Matéria publicada no jornal Zero Hora (17/8/2002). Informações
extraídas da Coordenadoria de Informações em Saúde da Secretaria
Estadual da Saúde (SES). O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
(Sinasc). Extraído do site:
<http://zh.clicrbs.com.br/editoria/geral/pagina1.htm>.

Ipas – Brasil
ROSAS, C.F. Atendimento à Mulher Vitimada Sexualmente.
Extraída do <http://www.ipas.org.br/princ.html>.

Faúndes, A.

Saúde Reprodutiva dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.
Extraído do site <http://www.ipas.org.br/arquivos/faundes/IPAS.doc>

Oliveira, J. de C.A.
Fecundidade no Brasil e Regiões nos Últimos Vinte Anos do Século XX:
versão preliminar com informações do Censo 2000. Extraído do site
<http://www.sbpcnet.org.br/eventos/54RA/TEXTOS/SBPC/SBPC%20Jua rez%20Oliveira.htm>.