



R E D E
Feminista
DE SAÚDE
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

ADOLESCENTES SAÚDE SEXUAL

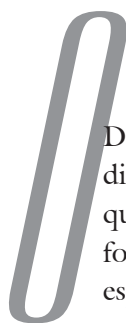
ADOLESCENTES SAÚDE SEXUAL SAÚDE REPRODUTIVA

SAÚDE REPRODUTIVA

DOSSIÊ

Políticas públicas em saúde sexual e saúde reprodutiva para adolescentes constituem tarefas cada vez mais necessárias e urgentes





Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva 2004 vem no bojo do tema adolescência e direitos, com o objetivo de sensibilizar gestores públicos e a sociedade civil sobre a importância das questões de sexualidade, direitos sociais, direitos reprodutivos; elenca os dados e informações de fontes governamentais e não governamentais nacionalmente reconhecidas, bem como as opiniões de especialistas das áreas de saúde, demografia, comunicação e políticas públicas.

Algumas informações foram preservadas do *Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, lançado pela Rede Feminista de Saúde, em 1999, por se mostrarem importantes e pertinentes, ou por constituírem as únicas disponíveis até o momento. Destacamos, na elaboração deste documento, o estudo “A Voz do Adolescente”, do UNICEF, e a pesquisa “Juventudes e Sexualidade”, da UNESCO.

O objetivo deste documento é agregar as principais informações sobre a situação das(os) adolescentes nas últimas décadas do século XX. O Dossiê apresenta dados e análises, conforme descritos nas fontes pesquisadas, com a intenção de subsidiar novos estudos e de fomentar políticas públicas de saúde sexual e saúde reprodutiva democráticas, justas e sem preconceitos, para adolescentes.

Destacamos o fato de o último Censo Demográfico do IBGE (2000) incluir a faixa etária de 10 a 14 anos como idade reprodutiva da mulher, o que amplia a possibilidade de se estabelecerem séries históricas e políticas públicas relacionadas aos direitos reprodutivos também para este grupo.

Observamos a ausência de dados relacionados à sexualidade e direitos reprodutivos de adolescentes do sexo masculino, resultado da crença de que os rapazes teriam menos necessidades no campo da saúde. Entretanto, a produção de conhecimentos e de políticas públicas para o campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes deve contemplar ambos os sexos.

Outra questão merece ser apontada: ainda que pesquisas estatísticas macrossociais contemplem o “quesito cor” (o censo demográfico, por exemplo), as análises desses dados nem sempre consideram tal recorte. Do mesmo modo, pesquisas específicas sobre adolescentes pouco privilegiam esse aspecto nas análises.

A Rede Feminista de Saúde publicou, em 2003, o *Dossiê Assimetrias Raciais no Brasil: alerta para elaboração de políticas* (www.redesaude.org.br/dossies/html/dossieassimetriasraciais.html), com o objetivo de mostrar as desigualdades raciais/étnicas. É que, a despeito de políticas públicas específicas para o enfrentamento das desigualdades raciais/étnicas, precisamos incorporar o recorte racial/étnico em nossos estudos e ações, tal qual já incorporamos gênero, idade e classe, como uma dimensão real na organização da sociedade brasileira. Sem considerar esses diferentes recortes, não há como pensar e concretizar relações equitativas, nem para crianças e jovens, e nem para adultos.

Por fim, reconhecemos a importância do exercício de *advocacy* e a mobilização de setores da sociedade por uma juventude saudável e gozando plenamente de seus direitos. Este documento visa a contribuir para a defesa dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de jovens de ambos os sexos. Políticas públicas em saúde sexual e saúde reprodutiva constituem tarefas cada vez mais necessárias e urgentes para garantir qualidade de vida e vida plena à nossa juventude.

Sylvia Cavaşin

Diretora da ECOS – Comunicação em Sexualidade





Produção

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde

Pesquisa

Sylvia Cavasin (coordenação)
Socióloga, pesquisadora da ECOS (sylvia@ecos.org.br)

Maria Helena Franco
Estatística (lena@ecos.org.br)

Sandra Unbehaum
Socióloga, pesquisadora da ECOS (sandra@ecos.org.br)

Colaboração

Valéria Nanci Silva, Vera Simonetti Racy, Laura Santonieri, Osmar Leite,
Márcia Marinho, José Roberto Simonetti e Marta Rovey Souza

Edição de Texto (primeira edição)
Jacira Melo

Revisão (primeira edição)
Marisa Sanematsu

Edição de Texto (segunda edição)
Mônica Bara Maia

Revisão (segunda edição)
Libério Neves

Normalização Bibliográfica (segunda edição)
Regina Maria da Silva

Projeto Gráfico (segunda edição)
Moema Cavalcanti

Editoração Eletrônica (segunda edição)
DOMUS Assessoria em Comunicação Ltda

Apoio
Fundação Ford

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.
Julho de 2004

R314a Rede Feminista de Saúde
2004 Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê. –
Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004

38p.; 30 cm

1. Saúde reprodutiva – Adolescentes. 2. Saúde reprodutiva –
Políticas Públicas – Adolescentes. 3. Direitos reprodutivos –
Adolescentes. 4. Sexualidade – Adolescentes. I. Título

CDU 612.6



Conteúdo

Panorama da adolescência no Brasil, 7
Início das relações sexuais e uso de métodos contraceptivos, 9
Conhecimento e uso de métodos contraceptivos, 10
Contracepção de Emergência, 11
Religião e saúde reprodutiva, 11
Fecundidade, 13
Fecundidade e escolaridade, 15
Gravidez e parto, 16
Gravidez, 16
Parto, 18
Aborto, 19
HIV/Aids, 22
Perfil feminino da epidemia, 24
Uso do preservativo, 25
Aids e abuso sexual, 26
Recomendações da ONU sobre saúde sexual e reprodutiva das(os) adolescentes – Sessão Especial da ONU sobre AIDS (2001), 26
Violência, 28
Violência e orientação sexual, 29
Óbitos por causas externas, 29
Adolescência, Juventude, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 31
Cairo e a saúde e direitos reprodutivos de jovens, 32
Cairo +5 e o Fórum de Jovens em Haia, 32
A Declaração de Santiago, 33
Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos, Juventude e <i>Advocacy</i> , 33
Declaração de Jovens da América Latina e do Caribe, 35
Referências Bibliográficas, 35
Páginas na Internet, 37
O que é a Rede Feminista de Saúde, 38





Panorama da adolescência no Brasil

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

Considera como adolescência o período de 10 a 20 anos, e distingue adolescência inicial (10 a 14 anos) e adolescência final (15 a 20 anos). Em 1999, havia mais de 1 bilhão de pessoas com idades entre 10 e 19 anos, 20% da população mundial.

A população brasileira é constituída de, aproximadamente, 175.000.000 de habitantes, dos quais 21% encontram-se na faixa dos 10 aos 19 anos: 10% entre 10 e 14 anos e 11% entre 15 e 19 anos. Dos(as) 35.302.872 de adolescentes, entre 10 e 19 anos, 50,4% são do sexo masculino e 49,5% do sexo feminino. Quanto à cor/raça, 50% dos(as) adolescentes se consideram brancos(as), 43%

pardos(as), 6% pretos(as), totalizando 49% de negros(as), 0,4% indígena e 0,3% amarelo(a).

Fonte: IBGE, 2000.

Em 2001/2002, 62% de adolescentes brasileiros(as) pertenciam à classe C; 16% à classe D; 18,2% à classe B; e 2,5% à classe A. Na

residência de adolescentes moram, em média, 4,87 pessoas. O núcleo familiar é composto, predominantemente, por mãe (em 87% dos lares), irmãos e irmãs (69%), pai (66%), avôs e avós (14%) e tios e tias (13%).

Fonte: UNICEF, 2002.

Em 2001/2002, 94% dos(as) adolescentes brasileiros(as), entre 12 e 17 anos, achavam-se matriculados em algum estabelecimento de ensino: 54% eram do sexo masculino e 46% do sexo feminino. Entre adolescentes residentes em capitais, essa tendência inverteu-se, e 53,3% das matrículas eram do sexo feminino.

Fonte: UNICEF, 2002; UNESCO, 2004.

Os serviços de saúde aparecem em quarto lugar como espaço onde adolescentes encontram informações confiáveis sobre sexualidade

Com relação à escolaridade, 14,3% dos meninos e 10,4% das meninas, entre 7 e 14 anos, não estavam alfabetizados(as). Na idade de 12 a 17 anos, o analfabetismo atinge 5,6% dos rapazes e 2,9% das moças. Apesar da maior escolaridade, o mercado de trabalho não retribui essa vantagem às mulheres. As desigualdades de escolaridade entre brancos e afro-descendentes são significativas: em 2001, as taxas de analfabetismo para meninos e meninas de 10 a 14 anos era quatro vezes maior entre afro-descendentes do que entre brancos e, para pessoas com 15 anos ou mais de idade, as taxas apresentavam-se duas vezes mais elevadas.

Fonte: UNICEF, 2002; Rede Feminista de Saúde, 2003A.

Em 1998, 400 mil meninas de 10 a 16 anos, pobres, a maioria negra, trabalhavam em casas alheias, das quais 33% não estudavam e 23% trabalhavam mais de 48 horas semanais. Em 2001/2002, 13% de adolescentes trabalhavam, 64,3% eram rapazes e 35,7% eram moças. As meninas achavam-se inseridas, sobretudo, no trabalho doméstico, com baixíssima remuneração e reclusas no espaço privado, o que dificulta a fiscalização e as providências no campo das políticas públicas. Observa-se crescente aumento da exclusão e limitação de oportunidades ocupacionais e de rendimento para o segmento jovem da população, decorrente da crise econômica e social em que o País entrou nos anos de 1980 a 1990.

Fonte: ABIA, 2001A; UNICEF, 2002; RedeFax Especial 8 de Março, 2003B.

Crianças e jovens afro-descendentes permanecem com taxas de ocupação superiores às exibidas por brancos(as). Em 2001, 16,1% das crianças afro-descendentes, entre 10 e 15 anos, mantinham-se ocupadas, contra 11,5% das brancas.

Fonte: Rede Feminista de Saúde, 2003A.

Em 2001/2002, 27% de adolescentes tinham acesso à Internet: na classe A, 72,4% de adolescentes utilizavam a Internet; na classe B, 52,3%; na classe C, 20,8%; e na classe D, 12%. Em 2001, 12,6% dos domicílios no Brasil possuíam microcomputador: 5% dos afro-descendentes e 18,6% dos brancos. No mesmo período, 8,3% dos domicílios possuíam computador com acesso à Internet, 12,7% dos brancos e apenas 2,8% para afro-descendentes.

Fonte: UNICEF, 2002; Rede Feminista de Saúde, 2003A.

Em 2001/2002, 17% de adolescentes não tinham acesso facilitado a serviços de saúde (hospitais ou postos de saúde). Além disso, quase não há no País serviços de saúde disponíveis para atender especificamente a jovens e às necessidades próprias da idade, o que se configura no maior obstáculo ao acesso às informações e ações que protejam a saúde de jovens, dificultando a tomada de decisões livres e responsáveis. As jovens, em geral, mostram-se extremamente vulneráveis à gravidez, à violência de todas as espécies, inclusive a sexual, às doenças sexualmente transmissíveis e à Aids. Os serviços de saúde aparecem em quarto lugar como espaço onde adolescentes encontram informações confiáveis sobre sexualidade.

Fonte: UNICEF, 2002.



Início das relações sexuais e uso de métodos contraceptivos

Nas últimas décadas, vários estudos vêm demonstrando que jovens de ambos os sexos iniciam relações sexuais mais cedo. Em 1996, os rapazes tinham a primeira relação sexual mais cedo do que as moças, sendo a idade mediana da primeira experiência sexual de 15 anos para os homens e de 16 anos para as mulheres. Dados mais recentes confirmam esse comportamento: em 2001/2002, 32,8% das(os) adolescentes brasileiras(os), entre 12 e 17 anos, já haviam tido relações sexuais, sendo que 61% eram rapazes e 39%, moças. A maior escolaridade retarda a iniciação sexual, tanto para rapazes quanto para moças.

Fonte: BEMEAM, 2001; UNICEF, 2002; Ministério da Saúde, 2000.

Independentemente do mérito das avaliações que falam em relações precoces, e outros adjetivos que acompanham a retórica da sociedade sobre a temática, uma observação pode ser feita: a intimidade e a maturidade de jovens no começo do relacionamento não são suficientes para uma discussão

que permita a ambos uma tomada de decisão segura, relacionada à prevenção. Estudo do Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo constatou que 28% dos casos de gravidez ocorrem nos três primeiros meses após o início da atividade sexual.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2003.

A intimidade dos jovens no começo do relacionamento não é suficiente para uma discussão que permita a tomada de decisões seguras, relacionadas à prevenção

A vida sexual de jovens tende a se caracterizar por contatos com apenas um parceiro, o que refuta a idéia de “promiscuidade” sexual: 70% de jovens afirmam que só tiveram relações sexuais com um(a) parceiro(a) nos últimos 12 meses. A maioria recusa a perspectiva da existência do amor sem fidelidade, e mais de um terço de jovens acredita que seus parceiros(as) transam apenas com elas(es).

Fonte: UNESCO, 2004.

Em 2000, 9,5% de adolescentes, entre 15 e 19 anos, (nesta faixa, 82% eram do sexo feminino) e 36,5% de jovens de 20 a 24 anos (nesta

faixa, 62% eram do sexo feminino) estavam vivendo algum tipo de união.

Fonte: IBGE, 2000.

CONHECIMENTO E USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Na faixa etária de 15 a 24 anos, o número médio de métodos conhecidos pelas moças era maior do que o número conhecido pelos rapazes. Entretanto, apenas 44% das jovens, entre 15 e 24 anos, afirmaram ter feito uso de algum tipo de método no passado, enquanto esse índice era de 73% entre os homens. Entre os homens, a maior parte já usou camisinha (64%) e, em menor proporção, métodos tradicionais (32%). Entre jovens casados(as), o uso de método apresentou uma proporção maior e similar entre os sexos, com preferência por métodos modernos. Entre jovens com 20 a 24 anos, o índice do uso passado de método era maior do que entre jovens de 15 a 20 anos. Era maior o uso de métodos entre os rapazes do que entre moças, nas duas faixas etárias, o que se deve à diferença na idade média de iniciação sexual, 16,7 anos para os meninos e 19,5 anos para as meninas.

Fonte: BEMEAM, 1999.

Em 2000, entre jovens escolarizados(as) de capitais brasileiras, a cada 10, aproximadamente 9 usavam algum método contraceptivo para evitar a gravidez, havendo proximidade no percentual de declarações de uso por ambos os sexos. Entretanto, ainda há um grande número daqueles(as) que praticam relações sexuais sem nenhuma cobertura de métodos (entre 14,8% e 12,7%).

Há uma associação entre o uso de método contraceptivo e o ciclo de vida, com expansão do uso na medida em que aumenta a idade: entre 20 e 24 anos, cerca de 90% dos(as) jovens declararam usar algum método contraceptivo, o que pode estar relacionado ao maior acesso dos(as) jovens desta faixa etária aos serviços de saúde.

A camisinha é o método mais citado entre jovens para evitar a gravidez, com o percentual de uso variando de 48% a 70%, seguido da pílula anticoncepcional e, depois, de tabelinha e injeção anticoncepcional. O uso de preservativo masculino surge como prática de dupla proteção, tanto para gravidez quanto para infecção por DST/Aids. Também há combinação de camisinha e pílula como forma de dupla prevenção. Adolescentes receiam que apenas um método não seja suficientemente seguro para evitar a gravidez, por causa do risco de falha.

Para ambos os sexos, há interesse em que o homem participe da escolha do método, conjuntamente com a companheira.

Fonte: UNESCO, 2004.

Há indícios de que a consciência a respeito do sexo seguro mostrou-se relacionada ao nível de instrução: em 2001/2002, entre adolescentes e jovens que nunca usaram a camisinha, 36,3% ainda não tinham completado a 4ª série; 33,1% estavam entre 5ª e 8ª série do ensino fundamental e 11,2% no ensino médio. Entre aqueles(as) que afirmaram usar o preservativo em todas as relações sexuais, 40,1% estavam no ensino médio, 32,1% entre 5ª e 8ª série e 14,3% entre a pré-escola e a 4ª série do ensino fundamental.

Fonte: UNICEF, 2002.

O preservativo masculino vem garantindo e ampliando seu lugar entre os homens. Os rapazes entre 16 e 25 anos, com vida sexual ativa, são os maiores usuários do preservativo: 44% adotam a camisinha em suas relações sexuais. O uso é maior entre os homens (53%) que entre as mulheres (35%) nessa mesma faixa etária.

Fonte: Rede Feminista de Saúde, 2001.

Os dados do Censo de 2000 indicam que as mulheres estão tendo filhos mais jovens e buscando a laqueadura quando ficam mais velhas: 21%



das brasileiras, entre 25 e 29 anos, já se submeteram à cirurgia de esterilização.

Fonte: Aprendiz, 2002.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

Percebe-se aumento da procura da contracepção de emergência por adolescentes da Região Sul, e as consumidoras encontram-se entre a faixa etária de 17 a 30 anos.

Fonte: Piva, 2002.

Em 2002, 60% das(os) adolescentes paulistas entrevistadas(os) possuíam amplo conhecimento da contracepção de emergência (CE) e 12% já haviam feito uso do método. O uso da CE não provocou abandono ou substituição do uso de outros métodos contraceptivos e nem da camisinha.

Fonte: Figueiredo, 2002.

RELIGIÃO E SAÚDE REPRODUTIVA

As religiões, como instituições sociais, representam um papel relevante no campo da sexualidade e dos direitos reprodutivos.

Em 2001/2002, adolescentes consideravam a Igreja uma das instituições mais importantes para a sociedade, depois da família e da escola: 78,1% dos rapazes e 80,9% das moças acham a Igreja importante. A Igreja apareceu como instituição importante com mais intensidade na classe C (82,5%), seguida da classe D (78,2%), depois a B (71,9%) e A (61,9%).

Fonte: UNICEF, 2002.

O impacto da importância da Igreja sobre práticas e comportamentos sexuais de adolescentes precisa ser melhor estudado para a elaboração dos programas de intervenção.

Religiões e prevenção de DST/Aids

A Igreja Católica e alguns setores evangélicos não admitem sexo por prazer e pregam a abstinên-

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência constitui um método de emergência que pode ser usado até 72 horas depois da relação sexual desprotegida. É feito à base de doses de hormônios que impedem a ovulação, a fecundação do óvulo pelos espermatozoides e a implantação do óvulo no útero, impedindo a gravidez de se iniciar.

Método seguro e considerado não abortivo pelo Ministério da Saúde e pela OMS (Organização Mundial da Saúde) deve ser usado em situações emergenciais, tais como: falha de outros métodos contraceptivos, violência sexual ou relação sexual desprotegida.

É fundamental a divulgação e disponibilização da contracepção de emergência para jovens e adolescentes, de forma a facilitar que realizem a prevenção de gestações não planejadas e não tenham que recorrer ao aborto inseguro.

Há necessidade de os(as) profissionais da área de sexualidade e prevenção de DST/Aids, que trabalham com jovens, integrarem a divulgação da contracepção de emergência, para reforçar seu uso correto e pontual, não substitutivo de métodos regulares. Não é necessário temer o uso abusivo da contracepção de emergência, visto que a tendência de uso é pontual e não concorre com o preservativo.

cia sexual antes do casamento e exigem fidelidade dos cônjuges.

Evangélicos presbiterianos acreditam que o uso da camisinha para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis é uma questão humanitária. No campo da ética e da moral cristãs, insistem nos princípios bíblicos do sexo dentro do casamento, no qual os cônjuges decidem sobre o uso de contraceptivos.

Os budistas permitem o uso da camisinha, mas não realizam ações de prevenção para jovens.

Os espíritas kardecistas não incentivam o uso



da camisinha, alegando que o Livro dos Espíritos condena todo tipo de contracepção. Mas, diante da Aids, das hepatites B e C e de outras doenças sexualmente transmissíveis, alegam ser preferível a utilização do preservativo do que a aquisição dessas enfermidades.

Embora a lei judaica proíba o uso do preservativo, há um princípio básico no judaísmo que permite a revogação de qualquer lei para salvar uma vida humana. Neste contexto, o uso da camisinha é imprescindível para impedir a propagação do vírus da Aids.

Fonte: ANDI, 2001

A umbanda e o candomblé não só permitem o uso de preservativos como também realizam palestras orientadoras para jovens e adultos sobre gravidez, Aids e demais DSTs. Cresce o número de terreiros no Brasil, sobretudo de candomblé, que realizam trabalhos consistentes de prevenção de DSTs e HIV/Aids. Foi fundada, em 23 de março de 2003, a Rede de Religiões Afro-Brasileiras, em São Luís do Maranhão, com o objetivo de se tornar um espaço de troca de informações e saberes adquiridos, bem como de controle social das políticas públicas de saúde (redeterreirosaude@hotmail.com).

Fonte: RedeFax, nº 09, 2003.

VOTO DE CASTIDADE ATRAPALHA A PREVENÇÃO DE DSTs E AIDS

Em pesquisa de âmbito nacional, a Universidade de Columbia encontrou resultados que desafiam os números assumidos pela política da administração Bush e dos grupos privados que divulgam a virgindade masculina e feminina como parte da promoção da abstinência antes do casamento. Segundo a coordenadora da pesquisa, ensinar adolescentes apenas a dizer não, sem que eles(as) compreendam os riscos ou como se protegerem dos riscos, aumenta o risco de doenças de transmissão sexual.

Os resultados apresentados constituem parte do Estudo Longitudinal Nacional de Saúde do Adolescente, financiado pelo Instituto Nacional de Saúde, pelo CDC (Centro para Controle de Doenças) e pela Fundação Nacional de Ciência. Os resultados basearam-se em um *follow-up* de seis anos, sendo que os participantes entraram no estudo quando estavam entre 12 e 18 anos.

Oitenta e oito por cento dos(as) que fizeram voto de castidade tiveram relações sexuais antes do casamento. Segundo os pesquisadores, após a quebra da promessa, o “portão se abre”, e eles passam a ter maior número de parceiros(as) em menor período de tempo.

Os pesquisadores testaram os(as) participantes da pesquisa para três DSTs comuns: clamídia, gonorréia e tricomoníase. Foi identificado que os níveis de infecção mostram-se praticamente idênticos entre adolescentes que fizeram voto de castidade e os(as) que não fizeram.

Além disso, adolescentes que fizeram voto de castidade são menos prováveis de saber que contraíram uma infecção, o que aumenta o risco de transmissão para outras pessoas. Entre os homens, 5,2% foram testados, comparados com 9,1% dos que não juraram fidelidade. Entre as mulheres, 14% das que juraram fidelidade foram testadas, comparados com 28% das que não juraram.

Com relação ao uso do preservativo, apenas 40% dos rapazes que pretendiam se casar virgens usaram camisinha no último ano, contra 59% dos que não prometeram evitar o sexo. Aos 23 anos, 50% de jovens que fizeram voto de castidade já estavam casados, contra 25% dos que não fizeram o voto.

Os resultados mostram que quem se compromete com a abstinência acaba tendo menor acesso à informação e ao entendimento da importância do uso da camisinha.

Fonte: www.nytimes.com/2004/03/10/health/10VIRG.html?ex=1080370782&ei=1&en=b



Fecundidade

Em 1998, estimava-se que no mundo, a cada ano, mais de 14 milhões de adolescentes davam à luz. A proporção de mulheres que tiveram seu primeiro filho em torno de 18 anos variava de 1% no Japão a 53% na Nigéria.

Fonte: *The Alan Guttmacher Institute, 1998.*

O Brasil, de maneira geral, tem apresentado uma curva descendente, no que se refere à taxa de fecundidade total. Em 1940, a taxa de fecundidade das mulheres brasileiras era de mais de seis filhos por mulher, apresentando uma queda para 2,3 em 2000. Estima-se que em 2005 chegue a 1,9 (Tabela 1). No entanto, aumentou o número de mulheres entre 10 e 19 anos que estão tendo filhos.

Contrariando os padrões culturais prescritos para a adolescência contemporânea, mais mulheres entre 10 e 19 anos estão tendo filhos. Essa constatação contém várias implicações e encena um conteúdo perverso em termos

**TABELA 1 – TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL
Brasil: 1940 – 2000**

1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000
6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,85	2,38

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e Resultados Preliminares do Censo Demográfico 2000.

de resposta social para a questão da gravidez na adolescência.

O incentivo à educação formal, além do ensino fundamental, apresenta reflexos imediatos na saúde reprodutiva da população

É difícil admitir, em princípio, que meninas na faixa de 10 a 14 anos tenham alguma coisa a ver com questões reprodutivas, mas torna-se urgente incluí-las em programas de saúde sexual e de saúde reprodutiva, com projetos desenhados de acordo com as especificidades e necessidades das faixas etárias. Projetos de educação sexual nas escolas são primordiais, já que essa população ainda não pertence ao foco das políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Em 1999, o Brasil possuía 23% de mães menores de 20 anos de idade.

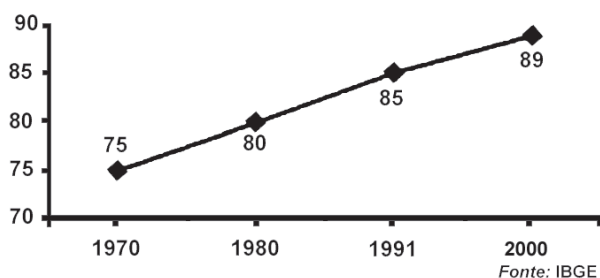
Em 2000, do total de adolescentes, na faixa etária de 10 a 14 anos, 0,43% tinha filhos e 17% delas, mais de um filho. Ainda que essa faixa etária não apresente significativo impacto sobre a taxa de fecundidade, seu peso relativo passou de 0,24%, em 1991, para 0,57%, em 2000. No período de 1996 a 2000 houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004; ECOS, 2004.

Em 2000, na faixa de 15 a 19 anos, 15% das jovens já tinham filhos: há 20 anos, em cada grupo de 1.000 adolescentes, oitenta tinham um filho; hoje, são noventa em cada grupo de 1.000 (Gráfico 1). Recortando as faixas etárias, do total de jovens entre 15 e 17 anos, 8,5% já tiveram filhos e 18% destas tiveram mais de um. Na faixa de 18 a 19 anos, 24,6% tiveram filhos e 26% destas mais de um.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

GRÁFICO 1 – GRÁVIDAS EM CADA GRUPO DE MIL MULHERES DE 15 A 19 ANOS



Quanto às altas taxas de fecundidade na população adolescente, verifica-se que há uma tendência crescente nos três grupos etários considerados (10-14, 15-19, 20-24), bem mais marcante nos grupos de menor idade, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos (Tabela 2). Tal comportamento apresenta-se mais acentuado entre as mulheres de baixa renda. A diferenciação etária da fecundidade constitui um fator determinante do crescimento populacional, expressando o ciclo reprodutivo mais longo em um contingente maior de mulheres.

Fontes: ABLA, 2001A.

Em 1996, as adolescentes mais pobres apresentavam uma fecundidade mais elevada – 128 por 1.000 mulheres, contra 13 por 1.000 mulheres dos segmentos de renda mais elevada. Entretanto, a participação das garotas de classe média entre as grávidas aumentou 34% e já se reflete na rede de saúde particular.

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Em 1998, o percentual de nascidos vivos, de mães na faixa etária de 10 a 13 anos, é o menor apresentado, devendo observar-se que a gestação e o parto de mulheres nesta faixa etária apresenta riscos, necessitando de assistência médica especial.

TABELA 2 – NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS (NV) E TAXAS DE FECUNDIDADE ESPECÍFICAS POR IDADE, POR MIL MULHERES (CF), EM CADA GRUPO ETÁRIO. BRASIL, 1994-1997

Faixa etária	1994		1995		1996		1997	
	NV	CF	NV	CF	NV	CF	NV	CF
10 a 14	17.628	2,0	21.304	2,5	24.846	2,9	26.823	3,2
15 a 19	490.716	62,2	581.738	70,4	627.587	72,3	667.176	79,3
20 a 24	774.744	108,2	862.692	122,3	885.974	122,0	920.771	123,3

Fonte: DATASUS/MS, 1999

FECUNDIDADE E ESCOLARIDADE

A fecundidade tende a diminuir com o aumento de escolaridade e de rendimento, conforme se observa na Tabela 3. Este é um indicador de extrema consistência e deve ser incorporado pelos gestores de políticas públicas. O incremento da educação no País, o incentivo para que brasileiras(os) prossigam na educação formal além do ensino fundamental apresenta reflexos imediatos na saúde reprodutiva de toda a população.

No Brasil, em 1996, a proporção de mulheres de 15 anos que já tinham começado sua vida

reprodutiva chegava a 55% entre as que não tinham nenhuma escolaridade; 19% entre as que tinham de 5 a 8 anos de estudos, e menos de 10% entre as que tinham de 9 a 11 anos de estudo.

Fonte: BEMFAM, 1996.

Além de, indiretamente, retardar a idade de contrair o matrimônio e proporcionar à mulher mais acesso ao mercado de trabalho, a instrução assegura ampliação de suas possibilidades de obter informações sobre métodos anticoncepcionais eficazes e de utilizá-los de forma adequada.

Fonte: UNESCO, 2004.

TABELA 3 – TAXA DE FECUNDIDADE 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.



Gravidez e Parto

GRAVIDEZ

Em 2001, estudo que estimou a prevalência de gravidez na adolescência, em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, encontrou que 55,1% dos homens e 27,9% das mulheres tinham ficado grávidos(as) na adolescência; a maioria das moças teve a gravidez em relacionamento estável com parceiro mais velho (79,8%). A ocorrência de gravidez na adolescência variou inversamente com a escolaridade e a renda. A primeira gravidez foi levada a termo por 72,2% das mulheres e 34,5% dos homens, estes com maior percentual de relato de aborto provocado (41,3% contra 15,3% das moças). Com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, parte das moças parou os estudos temporária (25,0%) ou definitivamente (17,3%), mas 42,1% já se encontravam fora da escola.

Fonte: Aquino et al, 2003.

Em 2000, entre adolescentes escolarizados(as) de capi-

tais brasileiras, o percentual de moças que afirmaram que já ficaram grávidas alguma vez variou entre 36,9%, em Recife, a 12,2%, em Florianópolis. A primeira gravidez ocorreu na faixa etária de 15 a 19 anos, coincidindo com a iniciação sexual entre as jovens, indicando que a primeira gravidez se associa à primeira relação sexual.

Fonte: UNESCO, 2004.

Com o nascimento de um filho antes dos 20 anos, parte das moças parou os estudos temporária (25,0%) ou definitivamente (17,3%), mas 42,1% já se encontravam fora da escola

Em 2002, 16,6% de adolescentes com vida sexual ativa já tinham engravidado ou engravidado a companheira. A gravidez é mais incidente entre adolescentes entre 15 e 17 anos (78,7%); e é mais freqüente na classe D (20,1%). A gravidez foi um dos motivos apontado pelas meninas para o abandono escolar.

Fonte: UNICEF, 2002.

Em 2000, adolescentes escolarizados(as) de capitais brasileiras creditavam a gravidez não planejada à intensidade do desejo sexual, à imaturidade psicológica e à falta de diálogo entre pais e filhos. Além disso, a gravidez na



juventude é entendida como problemática, devido às conseqüências a ela atribuídas: abandono da escola e constituição prematura de uma família. Na percepção de jovens, uma adolescente grávida se prejudica e carrega um peso para o resto da vida. Ainda ocorre estigmatização de jovens mães que não estejam unidas maritalmente.

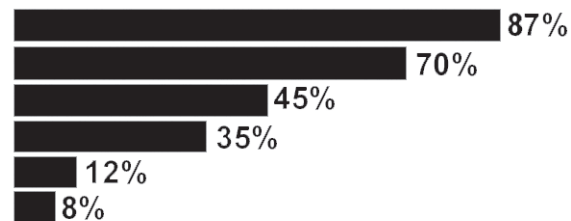
Fonte: UNESCO, 2004.

Levantamento realizado pelo Programa de Saúde do Adolescentes, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, junto a 3.900 adolescentes grávidas, entre 2002 e 2003, mostrou que o conhecimento dos métodos anticoncepcionais por parte das garotas não garante o seu uso (Gráfico 2).

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2003.

GRÁFICO 2 – O QUE ELAS SABEM DOS ANTICONCEPCIONAIS

- Conhecem os métodos anticoncepcionais
- Não utilizam nenhum método na primeira vez
- Não pensam em nada para evitar gravidez
- Tentaram evitar a gravidez
- Não sabiam o que fazer
- Achavam que não precisavam fazer nada para evitar gravidez



Os motivos que levam à gravidez nos anos iniciais da vida reprodutiva podem ser inúmeros: acaso; ingenuidade; submissão; violência; dificuldade de obter algum método contraceptivo; dificuldade em negociar o uso do preservativo; forte desejo pela maternidade, com expectativas de mudança de *status* social e de obtenção de autonomia; desejo de estabelecer uma união estável; ou outros tantos fatores de natureza objetiva ou subjetiva.

Além disso, apesar das mudanças sociais ocorridas nos últimos anos, ainda faz parte da socialização de maioria expressiva das meninas a valorização do sexo feminino por meio da maternidade. Mesmo com a variedade de lugares ocupados pelas mulheres nas sociedades contemporâneas, o papel de mãe parece não ter sido ameaçado.

Por outro lado, o desejo da maioria das famílias

para suas proles é de que sigam uma trajetória definida como a ideal: formação escolar, trabalho, autonomia financeira e, depois, constituição de família. A maternidade postergada para após os 30 anos, por um número significativo de mulheres em ascensão profissional, constitui um resultado dessa nova atitude. A experiência da gravidez e a vivência da maternidade/paternidade rompem com essa trajetória e, por isso, emergem como problema social e risco a evitar-se.

A própria sexualidade de jovens se vê contrariada pelos projetos que a sociedade lhes impõe: manter a reprodução dentro do marco da família e se tornar mão-de-obra qualificada em condições de participar da sociedade de consumo. Além disso, há a intenção de conter a pobreza por meio da diminuição de nascimentos, sobretudo de adolescentes pobres, já que a pobreza cobra do Estado políticas públicas de saúde, de educação e de habitação.

Para o desenho de estratégias que permitam a formulação de programas para jovens de ambos os sexos, é preciso reconhecer que, no campo da sexualidade, informações apenas não bastam para evitar a gravidez, as doenças de transmissão sexual e a Aids. É preciso investir em propostas que trabalhem as relações de gênero, considerando à urgência em introduzir o menino nessa discussão.

Fonte: Cavasin, 1999.

Quase nunca se investiga sobre a participação, a responsabilidade e o desejo dos homens no processo de reprodução. Há, por certo, necessidade de reformulação das perguntas que vêm sendo incluídas nos inquéritos. O estado de coleta de informações sobre a participação masculina na vida reprodutiva no Brasil mostra-se ainda passível de críticas, devendo ser aprimorado. As instituições sociais pouco, ou quase nada, acolhem os homens que se tornam pais. Nem mesmo lhes oferecem o equivalente ao gi-

necologista. E os pais adolescentes seguem ignorando sua prole ou procurando e querendo assumi-la, mas enfrentando dificuldades por não encontrarem apoio.

Fonte: Lyra e Medrado, 2000.

PARTO

Em 1999, 27% dos partos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram de adolescentes, mostrando-se também importante o número de curetagens pós-abortamento realizados em jovens na faixa de 15 a 19 anos. Essa proporção (partos de adolescentes/total de partos pagos pelo SUS) aponta uma tendência de crescimento desde 1993.

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS.

O Brasil possui 23% de mães menores de 20 anos de idade, sendo que entre as regiões, a região Norte apresenta o maior percentual de mães menores de 20 anos, conforme se observa na Tabela 4.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (NV) DE MÃES COM IDADE ENTRE 10 E 20 ANOS, POR REGIÕES DO BRASIL, 1998

Regiões	10 a 13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	Total	Proporção de mães com menos de 20 anos ⁽¹⁾
Brasil	0,8	2,9	8,2	15,1	20,9	25,3	26,8	100,0	23,6
Região Norte	1,1	3,5	9,1	15,5	21,5	24,6	24,9	100,0	31,2
Região Nordeste	0,9	3,1	8,3	15,1	21,1	25,3	26,2	100,0	26,0
Região Sudeste	0,6	2,6	7,7	14,8	20,7	25,6	28,0	100,0	20,7
Região Sul	0,7	3,0	8,8	15,7	20,6	25,0	26,2	100,0	21,5
Região Centro-Oeste	0,9	3,1	8,4	14,8	20,7	25,3	26,8	100,0	27,1

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

Fonte: Ministério da Saúde/DataSUS.



Aborto

As taxas de abortamento entre adolescentes variam de país para país, registrando-se desde taxas muito baixas, como na Alemanha (3 abortamentos em cada 1.000 mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos) e Japão (6 em cada 1.000), até taxas muito mais altas, como no Brasil (32 em cada 1.000) e Estados Unidos (36 em cada 1.000).

Na América Latina e no Caribe, calcula-se que uma entre dez mulheres hospitalizadas para corrigir abortos malsucedidos tem menos de 20 anos de idade.

Fonte: Alan Guttmacher Institute, 1998.

Dez milhões de brasileiras, aproximadamente, vivem expostas à gravidez indesejada, seja por uso inadequado de métodos anticoncepcionais ou mesmo por falta de conhecimento e/ou acesso aos mesmos. Estima-se que ocorram no País de 1 a 1,2 milhão de abortamentos ao ano, que constituem a 5ª causa de

internação na rede do SUS sendo responsáveis por 9% das mortes maternas e por 25% das esterilidades por causa tubária.

Fonte: Programa Saúde da Mulher/Ministério da Saúde, 1999.

Em 1998, 26,31% das jovens de 10 a 19 anos engravidaram e fizeram curetagem ou tiveram fi-

lhos. O número de adolescentes que passam pelos serviços do SUS para corrigir as seqüelas do aborto malfeito vem crescendo a cada ano. De 1993 a 1997, as curetagens pós-aborto em adolescentes passaram de 19% para 22%, do total de procedimentos. Em 1996, o número estimado de abortamentos em jovens de 10 a 19 anos foi de 241.392 casos.

Fonte: Programa Saúde do Adolescente/Ministério da Saúde, 1996.

Em 1999, como se observa na Tabela 5, as garotas entre 10 a 14 anos foram responsáveis por 2.820 internações tendo o aborto como causa (2,4% a mais de que 1998). As jovens

A faixa etária que apresentou maior incidência de internação por aborto incompleto foi a de 20 a 24 anos (71.439 internações). Não é possível saber se foram legais ou provocados

de 15 a 19 anos foram responsáveis por 48.560 internações por aborto, 1,3% a mais do que 1998. A faixa etária que apresentou maior incidência de

internação por aborto incompleto foi a de 20 a 24 anos (71.439 internações). Não é possível saber se foram abortos legais ou provocados.

TABELA 5 – TAXAS DE INTERNAÇÃO DE MULHERES DE 10 A 49 ANOS, NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), POR ABORTO INCOMPLETO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE. BRASIL, 1999

Grupos de Idade	Números Absolutos	Taxas ⁽¹⁾
TOTAL	235.407	4,32
10 a 14 anos	2.820	0,31
15 a 19 anos	48.560	5,49
20 a 24 anos	71.439	9,25
25 a 29 anos	50.874	7,25
30 a 34 anos	31.235	4,62
35 a 39 anos	19.496	3,28
40 a 44 anos	8.952	1,78
45 a 49 anos	2.031	0,50

⁽¹⁾ Por 1.000 mulheres.

Fonte: Ministério da Saúde, DataSUS.

Em 1995, 13% dos óbitos de mulheres entre 15 e 19 anos e 22% dos óbitos na faixa etária de 20 a 24 anos se deveram a causas registradas como maternas. O aborto representou 16% das mortes maternas de mulheres de 15 a 24 anos nas regiões mais pobres do País.

Fonte: CNPD, 1998.

Meninas e jovens de até 19 anos fazem 48% das interrupções nos serviços de aborto previsto por lei. No Hospital do Jabaquara (SP), 46% das interrupções foram realizadas em menores de 19 anos e, no Hospital Pérola Byington (SP), 56% das interrupções foram feitas em adolescentes.

Fonte: Rede Feminista de Saúde, 1998.

No Brasil, a 5ª causa de morte entre adolescentes, ou 6% do total de óbitos entre jovens, decor-

rem de aborto ou complicações no parto. A cada dia, cerca de 140 meninas têm a gravidez interrompida. A cada hora, seis adolescentes entram em processo de aborto. A cada 17 minutos, uma jovem se torna mãe.

Fonte: ANDI, 2000.

Os Comitês de Mortalidade Materna têm revelado que o aborto está associado a números bem maiores de óbitos de mulheres em idade fértil do que aqueles oficialmente informados. O que se sabe com certeza é o grande número de abortos feitos em condições de clandestinidade nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil, e que a ilegalidade não impede sua realização, mas apenas piora as condições em que se realizam, colocando em risco a vida e a saúde das mulheres.

Fonte: Rede Feminista de Saúde, 2001.

Em 2001/2002, 28,8% de adolescentes que engravidaram ou que engravidaram suas parceiras não tiveram o filho. Na classe A, 37,5% não tiveram o filho. O percentual é menor nos outros estratos: 28,6% na classe B; 25,6% na classe C e 34,4% na classe D. Não é possível afirmar que as adolescentes passaram por experiências de abortos espontâneos ou provocados.

Quando considerada a variável raça, 57,1% de indígenas não tiveram o filho quando engravidaram, entre pardos(as), 31,3%, pretos(as), 29,2% e brancos(as), 26,1%. Não houve registro de interrupção da gravidez entre os(as) entrevistados(as) categorizados(as) como amarelos(as).

Fonte: UNICEF, 2002.

Em 2000, entre adolescentes escolarizados(as) de capitais brasileiras, de 42,0% a 68,3% afirmaram

que conhecem moças ou mulheres que fizeram aborto. Os níveis de extensão da prática de aborto baixam muito quando se pergunta sobre vivências próprias.

Os(as) jovens justificam o aborto nos casos em que está legalizado ou já conta com jurisprudência: gravidez decorrente de estupro; risco de morte para a mãe; ou má-formação fetal. Os(as) que responderam afirmativamente à possibilidade de um aborto em tais casos tendem a superar aqueles que se mostram favoráveis ao aborto quando a mulher não quer ter o filho, situação não prevista na lei. Também o não assumir o filho, pelo pai, tem apelação menor para justificar um caso de aborto, entre jovens. Entre os(as) jovens, 31,3% em Maceió a 14,3% em Porto Alegre afirmaram que nada justifica o aborto (Tabela 6).

Fonte: UNESCO, 2004.

TABELA 6 – PORCENTAGEM⁽¹⁾ DE ALUNOS(AS), SEGUNDO ATITUDES EM FRENTE AO ABORTO

Atitudes	% Inferior/Capital	% Superior/Capital
Nada justifica fazer um aborto	14,3% (Porto Alegre)	31,3% (Maceió)
SITUAÇÕES EM QUE SE JUSTIFICA O ABORTO		
Quando a gravidez decorre de estupro	39,8% (Goiânia)	62,1% (Rio de Janeiro)
Quando a vida da mãe corre perigo	30,4% (Fortaleza)	54,0% (Rio de Janeiro)
Quando o bebê pode nascer com defeito ou doença	20,8% (Manaus)	39,2% (Rio de Janeiro)
A mulher não quer ter o filho	14,9% (Goiânia)	25,0% (Rio de Janeiro)
O pai não quer assumir o filho	8,7% (Maceió)	18,0% (Belém)

⁽¹⁾ Porcentagem mínima e máxima entre as capitais pesquisadas.
Fonte: Pesquisa “Juventudes e Sexualidade”, UNESCO/2004.



HIV / Aids

No mundo, 50% das novas infecções pelo HIV, em 1999, ocorriam em pessoas de 10 a 24 anos. A cada minuto, cinco jovens se contaminavam com o HIV, o que representava um total de 7 mil contágios diários e mais de 2,6 milhões ao ano.

Fonte: Rede Feminista de Saúde, 1999.

Em 2001, quase metade de todas as infecções novas aconteciam em menores de 18 anos e, aproximadamente, 11 milhões de jovens viviam com o HIV. Cerca de metade das adolescentes de 15 países não sabiam que uma pessoa de aparência saudável poderia ser portadora de HIV/AIDS.

Fonte: UNICEF, 2001.

Quando o Brasil começou a distribuir o coquetel anti-aids, em 1996, a epidemia se estabilizou em uma média de 20 mil novos casos por ano. Essa média foi mantida até 1999, quando começou a declinar sensivelmente, registrando, em 2000, cinco mil casos a menos.

Fonte: www.aids.gov.br

Em relação a pessoas infectadas com menos de 12 anos, a principal via de contaminação continua sendo a transmissão perinatal, ou seja, de mãe para filho (em 90% dos casos).

Fonte: www.aids.gov.br

O primeiro caso de transmissão vertical (da mãe para o filho), no Brasil, foi registrado em 1985. Até o ano de 2002, nasceram 6.700 crianças com o

HIV. Estima-se que 2.000 delas tenham morrido antes de chegar à adolescência; outras 4.700 sobreviveram graças aos medicamentos. Nos anos 80, as crianças nascidas com o HIV viviam, em média, três anos. Na década de 90, a sobrevivida era de dez anos. A primeira geração soropositiva do País, nascida com o HIV através da transmissão vertical, já chegou à adolescência.

Fonte: Segalla, 2002.

A população mais afetada, desde o surgimento da epidemia no País, tem sido a de 25 a 39 anos, e, tendo em

Em 2001, quase metade de todas as infecções novas aconteciam em menores de 18 anos e, aproximadamente, 11 milhões de jovens viviam com o HIV

vista o período de incubação do HIV, nota-se que os(as) jovens estão se infectando entre os 15 e 25 anos, em sua maioria.

Fonte: UNESCO, 2002.

Outro aspecto relevante é a tendência à pauperização da epidemia; tomando a escolaridade como indicador dessa tendência, verifica-se que, até 1982, 100% dos casos entre pessoas com escolaridade conhecida eram daquelas que tinham nível superior ou até 11 anos de escolaridade. De lá para cá, a situação se inverteu. Hoje, mais de 60% dos casos de Aids são registrados entre analfabetos ou pessoas com até oito anos de estudo.

Fonte: UNESCO, 2002.

O nível de escolaridade causa um grande impacto em relação à Aids entre adolescentes, sobretudo en-

tre quem possui menos de quatro anos de estudo: dos 8,7 casos por um milhão, 3,1 casos por milhão ocorrem entre adolescentes com quatro a sete anos de estudos e 2,7 por milhão entre aqueles com 8 a 11 anos de estudo.

Fonte: UNICEF, 2003.

Conforme se observa na Tabela 7, entre os homens acima de 13 anos, a principal forma de contaminação é a relação sexual (61,6%), dividindo-se entre a categoria “heterossexual” e “homossexual”, cada uma com 24,0%, e “bissexual” (13,7%).

Na população feminina, a principal via de contaminação ocorre por meio da relação sexual, de padrão heterossexual (85,5%), o que se observa na Tabela 8.

TABELA 7 – CASOS DE AIDS EM INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA E ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1980 A 2002

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	Total 1980-2002	
	Nº	%
Sexual	103.471	61,6
Homossexual	40.204	24,0
Bissexual	22.965	13,7
Heterossexual	40.302	24,0
Sanguínea	35.505	21,2
UDI	32.990	19,7
Hemofílico	1.059	0,6
Transfusão	1.456	0,9
Perinatal	9	0,0
Ignorada	28.871	17,2
Total	167.856	100,0

Fonte: Tabela nº 7 do Boletim Epidemiológico Aids, Ano XV, Nº 01, Outubro 2001/Março 2002.

TABELA 8 – CASOS DE AIDS EM INDIVÍDUOS DO SEXO FEMININO COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS, SEGUNDO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HIERARQUIZADA E ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1983 A 2002

CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO	Total 1983-2002	
	Nº	%
Sexual	52.415	85,55
Heterossexual	52.415	85,5
Sanguínea	8.910	14,5
UDI	79.647	13,0
Transfusão	938	1,5
Perinatal	5	0,0
Acidente de Trabalho	1	0,0
Ignorada	8	0,0
Total	61.334	100,0

Fonte: Tabela nº 8 do Boletim Epidemiológico Aids, Ano XV, Nº 01, Outubro 2001/Março 2002.

PERFIL FEMININO DA EPIDEMIA

Existem 36,1 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivendo com HIV/Aids, sendo que 90% dessas pessoas vivem em países em desenvolvimento. Mulheres, jovens e crianças, sobretudo as meninas, formam os grupos mais vulneráveis.

Fonte: UNESCO, 2002.

No Brasil, os primeiros casos de Aids eram relativos a homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. Esse perfil vem sofrendo mudanças. A transmissão por via heterossexual cresceu entre a população feminina, passando de 44,2% (casos acumulados até 1990) para 80,8%, no ano de 2001. A via de transmissão heterossexual passa a mostrar-se mais freqüente. Em consequência da heterossexualização da epidemia, as mulheres passaram a ser as mais atingidas: em 1990 a razão homem/mulher de casos notificados era de 7:1; em 2001, os casos passaram a ser de 1,8:1.

Fonte: UNESCO, 2002.

Em 2000, foram registrados 5,3 casos de Aids para cada um milhão de adolescentes brasileiros entre 12 e 17 anos de idade: 6,8 casos de Aids por milhão entre as moças e 3,8 casos entre rapazes. Adolescentes do sexo feminino representam as maiores vítimas de HIV/Aids no País. O HIV/Aids vitima mais meninas pobres, com poucos anos de escolaridade.

Fonte: UNICEF, 2003.

Em 1998, na faixa etária de 15 a 24 anos, havia um homem infectado com o HIV para cada mulher. A média nas outras faixas etárias é de dois casos entre homens para um caso em mulher. Em 1986, a razão era de 16 para um.

Fonte: Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS (RNDH), 1998.

As jovens vêm sendo duramente atingidas pela epidemia, tanto por motivos culturais quanto pela maior vulnerabilidade fisiológica. A vulnerabili-

dade fisiológica se deve ao tamanho da superfície vaginal que fica exposta ao sêmen e à maior direcionalidade do sêmen, que é eliminado sob a forma de jato.

Além disso, a infecção pelo HIV conta como um de seus principais facilitadores biológicos as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). As ISTs são mais assintomáticas na mulher do que no homem. Entretanto, a falta de dimensão clínica evidente mantém inflamação local e microlesões que determinam a fragilização das barreiras naturais à infecção pelo HIV. Estes riscos ampliados de exposição pelo HIV se acentuam nas mulheres mais jovens, pré-púberes e adolescentes, já que a imaturidade do aparelho genital determina uma fragilização adicional em relação à infecção pelo HIV.

A vulnerabilidade cultural se manifesta na dificuldade de se fazer uso da camisinha no rela-

cionamento heterossexual estável, já que a prática envolve questões de confiança, compromisso, e, implicitamente, implica a possibilidade mútua de um caso extraconjugal. Além disso, quem vive relações heterossexuais estáveis possui a crença de que não corre perigo. Isto é, assume o amor como suposta proteção.

Fonte: Coleção ABLA, 2001B.

USO DO PRESERVATIVO

Em 2001/2002, entre adolescentes que afirmaram já ter tido a experiência da relação sexual, 52% disseram usar o preservativo em todas as suas relações sexuais: 35,1% eram do sexo feminino e 64,9%, do masculino. Entre os que declararam ter relações prevenidas “às vezes” (32%), 53,3% eram rapazes e 46,7% eram moças; e entre os que disseram nunca ter usado preservativo em suas relações sexuais (15%), 64,5% eram do sexo masculino e 35,5% do feminino (Tabela 9).

TABELA 9 – ADOLESCENTES, POR SEXO, SEGUNDO O USO DE CAMISINHA NO BRASIL, 2001/2002

Sexo	Uso de camisinha entre adolescentes que já tiveram relação sexual (%)				Total
	Usa ou usou todas as vezes	Nunca usou	Usa às vezes	Sem resposta	
Masculino	64,9	64,5	53,3	57,1	61
Feminino	35,1	35,5	46,7	42,9	39
Total	100	100	100	100	100

Fonte: UNICEF, 2002.

Na avaliação por classe social, entre os que nunca usaram o preservativo, 1,6% pertenciam à classe A, 14,3% à classe B, 66,5% à C e 16,3% à D. Entre os que disseram usar preservativo todas as vezes, 60,2% pertenciam à classe C e 17,7% à classe B, enquanto 16,4% à classe D e 3,5% à classe A.

Fonte: UNICEF, 2002.

A ausência do preservativo na primeira relação sexual ocorre não apenas pela falta de informação, mas por razões tais como: excitação demasiada, uso de álcool, nervosismo, medo de errar a colocação e até vergonha. Muitas vezes a garota deposita no homem a iniciativa do uso, acreditando que “os homens possuem mais experiência”; ou o inverso, o garoto acredita que a adolescente deve ser a responsável pelos cuidados contraceptivos.

Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

Entre os principais motivos para o não-uso da camisinha, destacam-se: falta da camisinha no momento do ato sexual (principalmente entre rapazes); transa só com parceiro(a) em quem confia; não acha necessário porque só transa com uma pessoa; diminuição do prazer; e porque acha que não corre risco de pegar Aids. Entre as moças, as razões mais citadas para não pedir ao parceiro que use a camisinhas têm a ver com confiança e fidelidade. Já para os homens, as mais importantes acham-se relacionadas com o prazer e com o fato de não se acharem vulneráveis.

O uso da camisinha varia em função do significado da relação afetivo-sexual, se esta é considerada ou não estável; assim, há os que afirmam que somente usam quando se relacionam com garotas(os) de programa, ou com pessoas desconhecidas, ou com pessoas do mesmo sexo, ou quando não confiam na saúde do(a) parceiro(a). O preservativo é substituído pela pílula à medida que o relacionamento tende ao namoro.

Fonte: UNESCO, 2004.

AIDS E ABUSO SEXUAL

Segundo o relatório preparatório ao 2º Congresso Mundial contra a Exploração Sexual Infantil, do UNICEF, um milhão de crianças em todo o mundo são forçadas a se prostituir, seja devido a mitos sobre as virtudes curativas das relações sexuais com virgens, ou seja com base no machismo. As crianças tendem mais a sangrar e são mais vulneráveis às infecções e doenças; também não têm como exigir o uso de camisinha ou reagir a comportamentos violentos, o que as tornam mais vulneráveis ao HIV. Segundo o mesmo relatório, em alguns dos países mais afetados pela Aids, o índice de infecção das jovens pelo HIV é seis vezes superior ao dos rapazes.

Fonte: Jornal do Brasil, 2001.

O abuso sexual é significativamente perigoso no que se refere à disseminação do HIV, pois, quando ocorre, é realizado quase sempre de forma violenta e sem o uso de preservativos, ficando a vítima exposta a todos os tipos de DSTs.

RECOMENDAÇÕES DA ONU SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS(OS) ADOLESCENTES NA SESSÃO ESPECIAL DA ONU SOBRE AIDS (2001)

Na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre AIDS, realizada de 25 a 27 de junho de 2001, os governos dos 189 países presentes assinaram uma Declaração de Compromisso sobre o HIV/AIDS, estabelecendo metas e estratégias para combate à doença.

No documento, os países signatários comprometeram-se a reduzir em 25% a prevalência do HIV entre pessoas de 15 a 24 anos nos países mais afetados até 2005 – e em 25%, em nível global, até 2010. Comprometeram-se também a garantir que, até 2005, pelo menos 90% (e até 2010, 95%) das(os) jovens entre 15 e 24 anos tenham acesso à informação, educação e serviços necessários para reduzir sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Fonte: ONU, 2001.

10 FATOS QUE O(A) ADOLESCENTE DEVE SABER SOBRE HIV/AIDS

1. A AIDS é causada pelo HIV, o vírus da imunodeficiência humana, que danifica o sistema de defesa do corpo. As pessoas infectadas com o vírus da AIDS ficam mais fracas porque seus corpos perdem a habilidade de lutar contra as doenças. Eventualmente, elas morrem por isso. Não há nenhuma cura para o HIV/AIDS.
2. A manifestação da AIDS pode levar até dez anos, a partir do momento da infecção pelo vírus HIV. Uma pessoa infectada com o HIV pode parecer e sentir-se saudável por muitos anos, e durante esse tempo pode transmitir o vírus a outra pessoa. Terapias com novas drogas podem ajudar a pessoa a ficar saudável por períodos mais longos de tempo, mas a pessoa ainda terá o HIV e poderá transmitir o vírus.
3. O HIV é transmitido através da troca de qualquer fluido infectado com o vírus. A transmissão pode acontecer durante todas as fases da infecção/doença. O vírus HIV é encontrado nos seguintes fluidos: sangue, sêmen (e no fluido antes da ejaculação), secreções vaginais e leite materno.
4. O HIV é, mais freqüentemente, transmitido por via sexual. Isso ocorre porque os fluidos misturam-se e o vírus pode ser transmitido, especialmente quando há cortes ou lesões no tecido vaginal ou anal, feridas ou outras infecções transmitidas sexualmente (ITSs). As meninas são especialmente vulneráveis à infecção pelo HIV porque suas membranas vaginais são mais finas e mais suscetíveis à infecção que as das mulheres mais velhas.
5. As pessoas portadoras de infecções transmitidas sexualmente apresentam maior risco de se infectarem com o HIV/AIDS e de transmitirem a infecção para os outros. As pessoas com ITSs devem buscar tratamento e evitar relações sexuais ou praticar sexo seguro (sexo sem penetração ou sexo com uso de preservativo), e informar seus(suas) parceiros(as).
6. O risco de transmissão sexual do HIV/AIDS pode ser reduzido se as pessoas não fizerem sexo, se os(as) parceiros(as) não infectadas(os) só fizerem sexo entre si ou se as pessoas fizerem sexo seguro – sexo sem penetração ou usando preservativo. O único modo completamente seguro de prevenir a transmissão sexual do HIV é abster-se de todo contato sexual.
7. O HIV também pode ser transmitido quando a pele estiver cortada ou for perfurada por uma agulha, seringa, lâmina de barbear, faca ou qualquer outra ferramenta não esterilizada. As pessoas que usam drogas injetáveis ou fazem sexo com usuários de drogas vivem sob alto risco de ficar infectadas com o HIV/AIDS. Além disso, o uso de drogas altera o julgamento das pessoas e pode levar a comportamento sexual de risco, como não usar preservativos.
8. Qualquer pessoa que suspeite de ter sido infectada com o HIV deve procurar um(a) profissional de saúde ou um centro de HIV/AIDS para receber orientação confidencial e fazer o teste anti-HIV.
9. O HIV não é transmitido por: abraço e aperto de mão; contato casual/cotidiano; uso de piscinas e assentos de banheiro; compartilhamento de roupas de cama ou utensílios de refeição; mordidas de mosquito e outros insetos; tosse e espirro.
10. Discriminar pessoas infectadas com o HIV/AIDS ou qualquer um(a) que pense estar sob risco de infecção constitui uma violação dos direitos humanos individuais e um risco à saúde pública. Toda pessoa infectada e afetada pelo HIV/AIDS merece compaixão e apoio.

Fonte: UNICEF, 2001.



Violência

Para as Nações Unidas, violência contra a mulher é qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou que provavelmente resultará, em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaça, coerção ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada.

A desigualdade nas relações de gênero tem como uma de suas conseqüências a violência contra a mulher, reconhecida violação aos direitos humanos das mulheres. A violência contra a mulher se destaca pela sua prevalência dentro da família, aceitação pela sociedade e grave impacto sobre a saúde das mulheres. A violência física, psíquica, sexual ou racial proporciona um aumento na busca de serviços de saúde.

Fonte: UNFPA, 2002.

Dados globais demonstram que uma em cada três mulheres sofre alguma forma de violência durante a vida. A violência pode iniciar desde a concepção e

perdurar até a velhice, sendo as formas mais comuns de violência o abuso sexual, emocional e físico que muitas vezes são praticados pelos parceiros ou familiar.

Fonte: Chade, 2001.

Em 2001/2002, na pesquisa do UNICEF, o tema da violência sexual foi trazido espontaneamente pelas moças, ao relatarem episódios freqüentes de assédio e violências cotidianas. Os meninos

normalmente não entravam no debate e quando, se manifestavam, afirmavam que o assédio é uma “brincadeira natural”, aceita pelas meninas.

Fonte: UNICEF, 2002.

Há ambigüidade no reconhecimento sobre o que é ou não assédio pelos(as) jovens, por sua rotulação como brincadeiras, ou minimização que tende a confundir o sujeito vitimizado. As formas mais comuns de assédio, nas interações entre jovens, são as chamadas brincadeiras, que comumente têm como alvo as meninas.

A violência contra a mulher se destaca pela sua prevalência dentro da família, aceitação pela sociedade e grave impacto sobre a saúde das mulheres

AS DIVERSAS FACES DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) feitos em diversos países indicam que até metade das mulheres já experimentaram alguma forma de violência, entre elas:

- ser forçada a ter relação sexual por parceiros ou ex-parceiros;
- ser estuprada durante guerras;
- sofrer iniciação sexual forçada e abuso sexual na infância, sendo que o agressor quase sempre é conhecido da vítima;
- casar com menos de 15 anos (acontecimento comum na África Oriental e Ocidental, bem como, na Sub-Saariana e no Sul da Ásia);

aborto seletivo por sexo, infanticídio e negligência aos cuidados com crianças do sexo feminino;

sofrer abusos realizados por profissionais de saúde como: verificar virgindade, partos cesáreos sem indicação médica, mutilação de genitais;

mortes relacionadas aos dotes;

aspersion com ácido e assassinatos em nome da honra;

tráfico de mulheres e meninas para exploração sexual.

Pesquisas apontam que a violência doméstica coloca a mulher em maior risco de uma gravidez indesejada, por não poder negociar o ato e o contraceptivo, e de infecção por DST/Aids.

Entre alunos(as) de capitais brasileiras, o relato de ocorrência de estupro e/ou violência sexual variaram de 5%, em Vitória e Belém, a 12%, em Cuiabá. Os professores indicam que na escola e no seu entorno, em particular no trajeto casa/escola, há casos de estupro e de violência sexual.

Em muitos casos de abuso ou incesto, evidencia-se que as mães silenciam, mesmo quando há queixas concretas das filhas. Também membros do corpo técnico-pedagógico ressaltam casos de omissão e conivência das mães com situações de estupro sofridas por moças no ambiente familiar.

Fonte: UNESCO, 2004.

VIOLÊNCIA E ORIENTAÇÃO SEXUAL

A homofobia é um tema muito marcante entre os(as) jovens: *bater em homossexuais* é classificado pelas jovens como a terceira violência mais grave,

enquanto que para os rapazes ela ocupa a sexta posição. Cerca de ¼ dos(as) alunos afirma que não gostaria de ter um colega de classe que fosse homossexual, sendo que os rapazes são mais preconceituosos do que as moças. A discriminação contra alunos considerados homossexuais ocorre, principalmente, de forma velada, por meio de referências preconceituosas, com uso de linguagem pejorativa com o intuito de humilhar, discriminar, ofender, ignorar, isolar, tyrannizar e ameaçar.

Fonte: UNESCO, 2004.

ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Os óbitos por causas externas envolvem as causas violentas e não naturais: homicídios, suicídios e acidentes. Dois terços das mortes ocorridas entre jovens de 15 a 19 anos foram por causas violentas. Em 2000, 61,7% de adolescentes que morreram tiveram óbito devido a causas externas: 70,1% dos rapazes e 42% das moças. A violência tem atingido de forma marcante os adolescentes do sexo

masculino, causando forte impacto na demografia do País a médio e longo prazo.

Fonte: UNICEF, 2003.

Em 2000, entre os rapazes entre 15 e 29 anos de idade, a taxa de mortalidade por causas violentas foi de 175 por 100 mil habitantes.

Fonte: Rede Feminista de Saúde, 2003.

A iniquidade em termos raciais/étnicos está presente nas taxas de mortalidade de adolescentes por causas externas. Enquanto entre adolescentes brancos essa taxa é idêntica à média nacional (61,7%), entre adolescentes negros(as), chega a 67,3%. Estes números revelam uma guerra fratricida, articulando gênero, raça e classe social, causando um sério problema ao desenvolvimento do País.

Fonte: UNICEF, 2003.

Entre 1980 e 2001, para ambos os sexos, a esperança de vida passou de 62,7 anos para 68,9 anos. No mesmo período houve um incremento de 6,9 anos para as mulheres, contra 5,5 anos para os homens. O crescimento mais lento da esperança de vida masculina, em relação à feminina, se deve às taxas de mortalidade cada vez maiores dos homens jovens e adultos.

Nos últimos anos, por exemplo, as taxas de mortalidade masculinas, na faixa dos 20 a 29 anos de idade, foram mais de três vezes superiores às correspondentes femininas. No grupo de 10 a 39 anos de idade, as mortes por causas externas alcançaram a cifra de um milhão e 258 mil óbitos (65,8 % do total de mortes por essa causa), dos quais um milhão e 77 mil são referentes à população masculina.

Fonte: IBGE, 2002.



Adolescência, Juventude e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

O conceito de adolescência surgiu com a industrialização e a formação das grandes cidades no século XVII. A partir dessa época, a educação de jovens sobre o aprendizado da vida, que antes era tarefa de coresponsabilidade da família e da comunidade, passou a ser função basicamente da escola. Ao deixar o âmbito privado, da família, a adolescência passou a demandar políticas públicas específicas.

No Brasil, no início da década de 1980, a infância ganhou espaço na imprensa, inclusive a internacional, por causa do estado de deterioração das condições de vida, principalmente das crianças e adolescentes pobres. Movimentos sociais pelo direito de crianças e de adolescentes e representantes do poder público começaram a se mobilizar para estabelecer uma nova postura da sociedade brasileira em relação à infância e à adolescência.

Como resultado, a Constituição de 1988 reconheceu, no artigo 227, que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com prioridade absoluta, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer,

à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Em 1990, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define que todas as crianças e adolescentes têm direito à proteção integral, e que são sujeitos com direitos especiais porque são pessoas em processo de desenvolvimento. O ECA determina que o atendimento das necessidades e dos direitos das crianças (até 12 anos) e adolescentes (de 12 a 18 anos) seja prioridade

absoluta das políticas públicas do País. Também define meios de participação da população no estabelecimento e na fiscalização dessas políticas, através dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares.

Os Conselhos de Direito das Crianças e dos Adolescentes atuam no estabelecimento das políticas e programas de atendimentos à infância e da

O ECA é uma lei distante dos(as) adolescentes, com pouca aplicabilidade e reflexos distantes da realidade



adolescência. Os Conselhos Tutelares, cujos conselheiros são eleitos pelo voto popular, atuam nos municípios com a função de zelar pelo cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes.

Em 2001/2002, dos(as) adolescentes brasileiros(as) que ouviram falar sobre o ECA, 47% obtiveram informações pela televisão e 28% na escola. Destes, 27% consideram-se pouco informados(as) e 12% disseram que não estavam nada informados(as). Para os(as) adolescentes brasileiros(as), o ECA é uma lei distante dos(as) adolescentes, com pouca aplicabilidade e reflexos distantes da realidade.

Fonte: UNICEF, 2002.

CAIRO E A SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS DE JOVENS

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, na cidade do Cairo, a saúde e os direitos reprodutivos de jovens receberam destaque especial no parágrafo E, do capítulo VII, que incluía temas como gravidez indesejada, aborto inseguro e DST/AIDS.

Representantes de mais de 175 países de todo o mundo assinaram documento endossando essas recomendações. O governo brasileiro também é signatário do Programa de Ação do Cairo, tendo se comprometido com a implementação de políticas voltadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

CAIRO +5 E O FÓRUM DE JOVENS EM HAIA

A Organização das Nações Unidas realizou uma série de eventos a fim de promover um balanço sobre as iniciativas de implementação das resoluções incluídas no Programa de Ação do Cairo. Dentro desse processo foi realizado, em fevereiro de 1999, em Haia (Holanda), um Fórum Internacional do qual participaram representantes de 177 países, de órgãos da ONU, organismos internacionais e organizações não governamentais.

RECOMENDAÇÕES DO CAIRO PARA ADOLESCENTES

- O encorajamento de um comportamento reprodutivo e sexual responsável e saudável, incluindo a abstinência voluntária e a disponibilidade de serviços e aconselhamento adequados, especificamente destinados a esse grupo etário;
- Os países devem garantir que os programas e atitudes dos agentes de medicina não limitem o acesso das(os) adolescentes aos serviços e informações de que necessitam. Estes serviços devem salvaguardar o direito das(os) adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso, ao mesmo tempo em que se respeitam os valores culturais e as crenças religiosas, bem como os direitos, deveres e responsabilidades dos pais;
- Os países devem proteger e promover o direito das(os) adolescentes à educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência; e
- Os governos, em colaboração com as ONGs, devem estabelecer mecanismos apropriados para responder às necessidades especiais das(os) adolescentes.

O Fórum de Haia foi precedido por outras reuniões, realizadas também em Haia, entre elas o Fórum de Jovens, organizado pela WPF (Fundação Mundial de População), em conjunto com o FNUAP (Fundo de População das Nações Unidas) e co-patrocinado pelo Conselho Holandês de Juventude e População. Esse fórum reuniu 132 jovens de ambos os sexos de 111 países, constituindo uma oportunidade para que jovens de todo o mundo manifestassem suas próprias visões e preocupações e compartilhassem suas experiências.

O Fórum de Jovens concentrou suas discussões em torno de quatro temas principais – educação,



desenvolvimento individual, saúde sexual e saúde reprodutiva, violência – que foram discutidos em relação a quatro questões: direitos humanos, gênero, governos e democracia, participação de jovens.

Em relação às(aos) adolescentes, a preocupação maior esteve relacionada com sua saúde reprodutiva, uma área na qual ainda há muita resistência por parte de pais, mães, professoras(es) e grupos religiosos.

O Relatório do Fórum de Jovens contém uma série de recomendações formuladas pelas(os) participantes e aprovadas durante a sessão plenária por uma maioria representada por quase 60% das(os) jovens presentes ao evento. Ou seja, mais de 40% das(os) participantes manifestaram reservas em relação ao texto do relatório que tratava sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, opondo-se à inclusão das expressões “orientação sexual” e “aborto”.

A DECLARAÇÃO DE SANTIAGO

Durante a Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial de População e Desenvolvimento, em Santiago do Chile, 2004, foi apresentado um Informe Técnico sobre a aplicação do Programa de Ação da CIPD na América Latina e no Caribe, dez anos depois. Referendando o Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994), foi emitida uma Declaração assinada por 37 dos 38 países presentes (exceto EUA).

A Declaração de Santiago reafirma a Plataforma do Cairo e os resultados do Cairo +5. Um importante avanço neste documento é a inclusão de um item específico para os adolescentes: “respeito aos direitos de adolescentes em termos de serviço e informação, com respeito à privacidade e confidencialidade”. Este documento é resultado do esforço de organizações feministas e de outros setores, mas também é fruto do esforço de jovens que se fizeram presentes e atuantes.

DIREITOS SEXUAIS, DIREITOS REPRODUTIVOS, JUVENTUDE E ADVOCACY

No Terceiro Fórum Social Mundial de Porto Alegre, realizado em janeiro de 2003, o tema da Juventude teve pauta e presença na programação, haja vista o número de jovens que participaram desse evento, da diversidade de questões tratadas e da visibilidade proporcionada pela mídia a esse grupo.

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos são uma questão de cidadania e dizem respeito tanto às condições físicas dos indivíduos, quanto às questões sociais. Têm importância para a garantia e ampliação dos direitos humanos porque proporcionam a vivência plena e consciente da sexualidade, gerando uma vida mais digna tanto para os indivíduos quanto para as coletividades. Quando reconhecemos a legitimidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, implicitamente estamos pressionando uma reformulação no campo dos Direitos, para que sejam consideradas também as diferenças de gênero, etnia, idade e livre orientação sexual.

Ao assumir as diferenças que existem na vida real, o Direito estaria se adequando aos princípios que contemplam efetivamente os direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos de todos. A concepção de direitos sexuais exige uma articulação maior entre os direitos sociais – como saúde, educação e trabalho e os direitos individuais – como o direito à vida, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade. Esta interação favorece o exercício pleno da sexualidade, que também implica uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações sociais e pessoais – essencial para possibilitar aos indivíduos escolhas conscientes.

Fonte: ECOS, 2003.

A Constituição reconhece a igualdade entre mulher e homem, incluindo os aspectos que envolvem a proteção especial à criança e ao adolescente. Quanto a estes últimos, os responsáveis pelas políticas públicas

os vêm como uma categoria social, com necessidades específicas demonstradas no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). Mas, em termos práticos, as políticas públicas para adolescentes ainda são muito tímidas.

Uma das conseqüências é a carência de programas de prevenção e atendimento à saúde sexual e reprodutiva para essa população. Outra é a ausência de regras de como as(os) profissionais da saúde e da educação devem proceder com as(os) jovens, no nível institucional, mesmo sendo necessária uma maior atenção para os direitos relativos à saúde reprodutiva.

Essa falta de normatização dá margem a posturas conflituosas desses profissionais, e que acabam por criar obstáculos para que as(os) jovens usufruam tranqüilamente dos serviços disponíveis. E isso é uma questão de direitos: adolescentes e jovens precisam de informações objetivas e esclarecedoras, sem qualquer julgamento de valor, pois só assim é possível um diálogo franco onde as dúvidas sejam colocadas sem medo ou constrangimento.

Fonte: ECOS, 2003.

O Brasil nunca teve tantos jovens como atualmente, e a preocupação com seus caminhos passa a ocupar espaço crescente na agenda governamental, principalmente porque boa parte destes jovens vive em regiões empobrecidas, com altos índices de violência e grande poder de ação da mídia – que nem sempre está interessada em veicular um conteúdo sério.

O ECA prevê que todas as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, nas mais diferentes condições sociais e individuais, e que a condição de pessoa em desenvolvimento não os 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 as(os) jovens decidirem sobre sua vida sexual e reprodutiva.

Os serviços de saúde reforçam, de certa forma, essa posição, quando deixam de advogar por uma política de atendimento dirigida especificamente à(ao) jovem. Este é um problema sério porque, ao mesmo tempo que não colabora para aprofundar um debate mais específico sobre essa questão, contribui para inibir uma atitude de maior autonomia das(os) adolescentes em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Daí a necessidade de promover os direitos sexuais e reprodutivos também para os(as) adolescentes.

Fonte: ECOS, 2003.

DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

O exercício dos **direitos sexuais** e dos **direitos reprodutivos** permite reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvos indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo. Alguns destes direitos são:

- direito de decidir 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.



DECLARAÇÃO DE JOVENS DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE

Apresentada durante a Reunião da Mesa Diretora Ampliada do Comitê Especial sobre População e Desenvolvimento do período de sessões da CEPAL (Comissão Econômica para América-latina e Caribe), em Santiago do Chile, em 10 e 11 de março de 2004

Quando estávamos com 9 anos de idade, os países do mundo se reuniram na Cidade do Cairo, para discutir políticas de população e desenvolvimento. Nesse tempo, nos preocupávamos em passar no curso de Matemática ou em concluir o segundo grau.

Apesar de os Estados reconhecerem que todas as pessoas jovens tinham direito à educação sexual, aprendemos (porque assim nos ensinaram) que o sexo era um pecado.

Apesar de a maior Conferência de População do mundo considerar indispensável a participação de jovens em todos os processos que afetam nossas vidas, muitas(os) de nós tínhamos que decidir entre a calça comprida ou a saia.

Apesar de os adultos, homens e mulheres, decidirem que as pessoas jovens deviam ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, muitas(os) de nós não sabíamos que a camisinha podia salvar nossas vidas.

Hoje, jovens de 26 países da América Latina, Caribe e outros, estamos reunidos para apoiar o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, adotado no Cairo.

Demandamos que os governos reafirmem seu compromisso com o Programa de Ação, o qual mudou a abordagem do mundo nos temas de população e desenvolvimento.

Somos representantes de jovens da região. Estamos envolvidos ativamente em organizações que promovem e defendem os direitos de diversidade da juventude. Viemos aqui para dizer, alto e bom som, que nossas necessidades e preocupações não devem ser somente escutadas, mas também incluídas.

Somos, atualmente, contingente de jovens, vivendo na América Latina e no Caribe, maior que em qualquer outro momento da história. Como jovens, enfrentamos desafios para a preservação de nossa saúde e para o exercício pleno de nossos direitos sexuais e reprodutivos. A maioria de nós jovens inicia a vida sexual sem informação, sem educação sexual e sem acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Por isso, torna-se urgente agirmos no sentido de diminuir os altos índices de gravidez na adolescência, a violência sexual, abortos em condições de risco e enfrentar o

fato de que nós, jovens de ambos os sexos, representamos o segmento de maior crescimento de novas infecções por HIV, na população.

Nossa saúde, bem como nossos direitos sexuais e reprodutivos, são inalienáveis. Portanto, constitui prioridade implementar com urgência os compromissos assumidos na Plataforma de Ação do Cairo, relacionados com os seguintes temas:

- Direito à educação sexual e informação integral sobre nossa saúde e nossos direitos sexuais e reprodutivos. A educação sexual deve incluir todos os temas que identificamos como prioridades. Além disso, a educação, assim como a informação, deve ser laica, científica, livre de preconceitos, amigável e sensível à diversidade de nossas vidas. Não pode unicamente basear-se em fatos biológicos ou motivada por ideais, mas sim fundamentada em nossas realidades (CIPD 6.4 e 7.3; CIPD +5, 35b).
- Participação de jovens, representando as diversidades, em todos os processos que afetam nossas vidas. Devemos ser incluídas(os) na fase consultiva do desenvolvimento de políticas e programas e, sobretudo, na tomada de decisões, sua implementação e avaliação. Somos capazes, plenamente conscientes de nossas necessidades físicas, sociais e emocionais. As decisões sobre nosso presente e futuro devem ser tomadas com nossa plena participação (CIPD +5, 21b).
- Finalmente, acesso a serviços integrais que, efetivamente, abordem nossas prioridades em saúde sexual e reprodutiva. Tais serviços devem garantir nossa confidencialidade e privacidade, bem como respeitar plenamente nossa autonomia nas tomadas de decisões.

Não queremos que se passem mais dez anos. O mundo proposto no Cairo só pode ser atingido se garantirmos nossos direitos sexuais e nossos direitos reprodutivos.

Somos tão necessárias(os) como o ar e a água para sobreviver, sem nós o mundo morreria... Assim dizemos para enfatizar que somos uma parte vital de toda sociedade.

Exigimos dos governos aqui presentes que não nos façam esperar mais dez anos para termos de sentar em seus lugares e tomar a decisão correta. Reafirmem agora, e avancemos evocando o Programa de Ação do Cairo!

Fonte: www.reddesalud.org/espanol/datos/ftp/Declar_jvenes.doc



Referências bibliográficas

- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. *Passagem Segura para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros*. Coleção ABIA Saúde sexual e reprodutiva. n° 1. Rio de Janeiro: ABIA – Associação Brasileira Multidisciplinar de Aids, 2001A.
- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. *A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Coleção ABIA Saúde sexual e reprodutiva. n° 3. Rio de Janeiro: ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001B.
- ANDI – Agência de Notícias do Direito a Infância. *Aborto na adolescência: aborto ou complicação no parto são a 5ª causa de morte entre adolescentes ou 6% do total de óbitos entre jovens*. Ponto J – Jornalismo e Juventude. Pautas e fontes para a prevenção da gravidez e da Aids na adolescência. N.º 7, Julho e Agosto de 2000. Disponível em www.andi.org.br/pontoj/pontoj_07.html.
- ANDI – Agência de Notícias do Direito a Infância. *O desafio do sexo seguro*. Boletim da ANDI, Ano III, n° 13. Setembro a Dezembro de 2001. Ponto J. Jornalismo e Juventude. Disponível em www.andi.org.br/pontoj/pontoj_13.html.
- APRENDIZ. *O número de adolescentes grávidas pela segunda vez dobra em 10 anos*. Extraído do site Aprendiz, seção Notícias, 2002. Disponível em www.uol.com.br/aprendiz/n_noticias/imprescindivel/id220402.htm
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, supl. 2, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800019&lng=pt&nrm=iso
- BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.
- BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999.
- CAVASIN, Sylvia. *A gravidez na adolescência nesse final de século*. Círculos de Palestras do GIV – Grupo de Incentivo a Vida, agosto de 1999.
- CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília: CNPD, 1998.
- CHADE, J. *ONU alerta: 100 mil brasileiros explorados por indústria sexual*. Jornal Estado de São Paulo. Disponível em www.estado.estadao.com.br/editorias/2001/12/12/ger014.html.
- ECOS – Comunicação em Sexualidade. *Comentário para o Processo de Preparação do relatório da Sociedade Civil CEDAW – Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*. São Paulo: ECOS, fevereiro de 2003.
- ECOS – Comunicação em Sexualidade. *Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social – Estudo Exploratório em Cinco Capitais*. São Paulo: ECOS, 2004.
- FIGUEIREDO, R. *Estudo Exploratório sobre Uso de Contracepção de Emergência por Adolescentes na Cidade de São Paulo*, NEPAIDS/USP, São Paulo, 2002. Disponível em www.redece.org/adolescente.doc
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD*, 1999. Disponível em www.ibge.gov.br
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000 – Primeiros Resultados da Amostra*. Parte 1. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000 – Primeiros Resultados da Amostra*. Parte 2. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2002. Disponível em www.ibge.gov.br
- LUCAS, M.; COLAÇO, R.; RAMALHO, L. Fórum de Debates. Tema Gravidez Precoce. Jornal Estado de São Paulo. 01 de junho de 2002.
- LYRA, J.; MEDRADO, B. *Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico*. Revista Estudos Feministas. Dossiê Relações de Gênero e Saúde Reprodutiva. CFH/UFSC. Vol. 8, n° 1, p. 145-158. 2000.

- Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, CEBRAP. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Aids*. Ano XV, Nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2001 – março de 2002.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- PIVA, A. *Uso da pílula do dia seguinte cresce no Sul*. Jornal Tribuna do Dia. Santa Catarina, 16 de setembro de 2002. Disponível em www.bireme.br/bvs/adolec/P/news/2002/09/2127/metodosa/001.htm.
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Onze hospitais públicos no país fazem abortos previstos por lei*. Jornal da Rede, nº. 16, p. 5-11. São Paulo: setembro de 1998.
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê Adolescentes Saúde Sexual e Reprodutiva*. Rede Feminista de Saúde: São Paulo, 1999.
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês*. Rede Feminista de Saúde: São Paulo, 2001.
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê Assimetrias Raciais no Brasil – Alerta para a Elaboração de Políticas*. Rede Feminista de Saúde: Belo Horizonte, 2003.
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *RedeFax Especial 08 de Março*. Março, 2003. Disponível em www.redesaude.org.br
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *RedeFax, nº 09*. Março, 2003. Disponível em www.redesaude.org.br
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Programa Saúde do Adolescente. São Paulo, 2003.
- SEGALLA, A. *Nasceram com Aids. Agora são adolescentes. A primeira geração de crianças nascidas com o vírus HIV enfrenta os desafios da juventude*. Revista Veja Saúde. 2 de junho de 2002. Disponível em www.giv.org.br/noticias2002/0602.htm.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. *Into a new world: young women's sexual and reproductive lives*. Nova York: The Alan Guttmacher Institute, 1998.
- UNESCO. *Juventudes e Sexualidade*. Unesco. Brasília, 2004.
- UNFPA. *Violência contra as mulheres: Efeitos sobre a Saúde Reprodutiva*. Boletim Outlook. Vol. 20. Nº 1. Setembro, Seattle: PATH, UNFPA, 2002.
- UNICEF. *Unicef Says Adolescents Everywhere Have A Right to Know the Facts About HIV and AIDS*. Brasília, 2001. Disponível em www.unicef.org/.
- UNICEF. *A voz dos adolescentes*. Brasília, 2002. Disponível em www.unicef.org/.
- UNICEF. *Relatório da Situação da Infância e da Adolescência Brasileiras. Diversidade e equidade – pela garantia dos direitos de cada criança e adolescente*. Brasília, 2003. Disponível em www.unicef.org/.



Páginas na Internet

www.abiaids.org.br

Criada em 1986 pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e um grupo de profissionais de diversos setores da vida política e do movimento social nacional, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA visa a mobilizar a sociedade brasileira para enfrentar o HIV/AIDS no Brasil, formando uma rede de solidariedade.

www.abrapia.org.br

Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência, fundada em 1988, é um centro de referência para o desenvolvimento de ações e pesquisas, voltadas para a defesa de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.

www.aids.gov.br

Site do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, que é responsável pelo combate ao HIV/Aids.

www.andi.org.br

Com o propósito de ampliar e fortalecer a promoção dos direitos das crianças e adolescentes brasileiros, a Rede ANDI Brasil é uma parceria entre organizações de comunicação pela infância e adolescência. Seu principal objetivo é investir na formação de uma cultura jornalística que investigue e priorize as questões relativas ao universo infanto-juvenil, sempre sob a ótica dos seus direitos.

www.bireme.br/bvs/adolesc

BIREME é um Centro Especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. A BIREME mantém uma Biblioteca Virtual em Saúde de Adolescentes.

www.ibge.gov.br

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE se constitui no principal provedor de dados e informações do País, que atendem às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federal, estadual e municipal. Há um *link* para o IBGE Teen, uma apresentação dos dados e informações do IBGE para adolescentes.

www.projetojuventude.org.br

Projeto do Instituto Cidadania, tem por objetivo projetar o tema juventude na agenda política do País e situar a questão em um patamar superior de discussão, explorando os distintos cenários e refletindo sobre as alternativas propostas.

www.redece.org

A Rede CE (Rede Brasileira de Promoção de Informação e Disponibilização da Contracepção de Emergência) é uma articulação de entidades de todo o País que promove intercâmbio de técnica, de materiais e de projetos, visando a garantir o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, através do acesso à contracepção de emergência, único método de prevenção à gravidez que pode ser utilizado após a relação sexual.

www.redesaude.org.br

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos é uma articulação do movimento de mulheres que completa 13 anos em 2004. Reúne hoje cerca de 200 filiadas que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos.

www.seade.gov.br

A Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados é um centro especializado de produção e disseminação de pesquisas, análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas.

www.unicef.org/brazil

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi criado no dia 11 de dezembro de 1946, por decisão unânime, durante a primeira sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas. Os primeiros programas do UNICEF forneceram assistência emergencial a milhões de crianças no período pós-guerra na Europa, no Oriente Médio e na China. Em 1953, tornou-se órgão permanente do sistema das Nações Unidas. O UNICEF, que tem sua sede central em Nova Iorque, realiza suas tarefas por meio de oito escritórios regionais e outros 126 escritórios espalhados pelo mundo, atendendo a mais de 160 nações, territórios e regiões.



O que é a Rede Feminista de Saúde?

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde) é uma articulação política, fundada em 1991. Reúne cerca de 200 instituições – entre grupos de mulheres, organizações não governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher – além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa em saúde da mulher e direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Ela se compõe de dez Regionais, organizadas nos estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal, coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretária Executiva, atualmente, sediada em Belo Horizonte.

A Rede Feminista de Saúde possui representações em vários conselhos, comitês e comissões em âmbito nacional, estadual e municipal, além de ser membro de entidades da própria sociedade civil nos mesmos níveis.

A atuação da Rede Feminista de Saúde fundamenta-se nos seguintes princípios:

- fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos;
- reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos;
- defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- legalização do aborto, cuja realização constitui decisão que deve competir à mulher como direito.



CONSELHO DIRETOR

ALBINEIAR PLAZA PINTO (*Oficina Mulher/Regional Goiás*)
CLAUDIA BONAN (CACES – *Centro de Atividades Culturais, Econômicas e Sociais/Regional Rio de Janeiro*)
GILBERTA SANTOS SOARES (*CUNHÁ – Coletivo Feminista/Regional Paraíba*)
NEUSA CARDOSO DE MELO (*MUSA – Mulher e Saúde – Centro de Referência e Educação em Saúde da Mulher/Regional Minas Gerais*)
RITA AUXILIADORA TEIXEIRA (*MMNEPA – Movimento de Mulheres do Nordeste Paraense/Regional Pará*)
ROSA DE LOURDES AZEVEDO DOS SANTOS (*Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Regional São Paulo*)
SILVIA MARQUES DANTAS (*GESTOS – Soropositividade, Comunicação e Gênero/Regional Pernambuco*)

SECRETARIA EXECUTIVA

FÁTIMA OLIVEIRA (*Secretária Executiva*)
ANA MARIA DA SILVA SOARES (*Secretária Adjunta*)

ÁREA DE COMUNICAÇÃO

MÔNICA BARA MAIA – (*Coordenadora*)
JALMELICE LUZ (*Jornalista - Mtb MG 3365*)
RENATA JANTSCH (*Jornalista*)

EQUIPE ADMINISTRATIVA

CARMÉLIA MARIA VIANA DA ROCHA
DÉBORA CRISTINA OLIVEIRA FERREIRA
SABRINA MENEZES LIMA

REALIZAÇÃO: REDE FEMINISTA DE SAÚDE – APOIO: FUNDAÇÃO FORD

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
Rua Hermilo Alves, 34 – Santa Teresa – Fone: (55-31) 3213-9097
31010-070 – Belo Horizonte/MG – Brasil
www.redesaude.org.br redesaude@uol.com.br