

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
BACHARELADO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

**BEATRIZ CAROLINE DE ALCANTARA SABÔ**

**O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA  
POPULAÇÃO JOVEM PARA A REALIZAÇÃO DO POTENCIAL JUVENIL**

**BRASÍLIA**

**2017**

Beatriz Caroline de Alcantara Sabô

Monografia apresentada ao Instituto de Ciência Política (IPOL) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito à obtenção do título de bacharela em Ciência Política.

Orientador: Thiago Aparecido Trindade

Brasília

2017

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao professor Thiago Aparecido Trindade pelo acolhimento do projeto desta monografia mesmo não sendo seu tema de pesquisa, por sua paciência e cuidado ao lidar com as minhas dificuldades e inseguranças. Obrigada de todo coração.

Agradeço à todas as professoras e professores que me impulsionaram durante a graduação, em especial na pauta de gênero e militância, à profa. Danusa Marques e Marisa Von Bulow. Agradeço ao prof. Pablo Holmes pelos dois anos de convívio no PET/POL. À profa. Vera Duarte da Universidade do Minho, minha inspiração portuguesa que nutro enorme carinho e saudades. Agradeço a profa. Débora Diniz que me apresentou ao caminho da bioética e me cativou por sua visão tão humanizada e solidária. Agradeço o prof. Volnei Garrafa por ter me acolhido, motivado e auxiliado tão carinhosamente nos meus sonhos e projetos. Considero um grande privilégio ter sido sua aluna e espero profundamente seguir acompanhando-o.

À minha mãe e pai, Neusa e José Carlos que sem o apoio e compreensão nada poderia ter sido feito. Agradeço a dedicação, o investimento e por serem a minha base e exemplo de pessoas sinceras e doces. Meu irmão menor, Victor, que de forma cuidadosa e bem-humorada me perguntava sobre o desenvolvimento de monografia e me arrancava risos. À minha vó, Maria, por acreditar que era eu capaz e sempre se mostrar orgulhosa.

Sou eternamente grata ao Samuel por ter compartilhado sua vida com a minha durante esses 3 anos e 6 meses de amor e luta. É um enorme prazer para mim poder dividir planos e sonhos com uma pessoa tão cativante. Que sorte a minha!

À todas as minhas amigas e amigos que me acompanham e que eu tenho o privilégio de ter relações tão sinceras e verdadeiras. Agradeço a compreensão e o carinho incondicional durante não só essa última fase da graduação, mas a todos os últimos cinco anos. Com vocês a caminhada é incrivelmente melhor!

Por fim, agradeço à Fernanda, Jennifer e toda a equipe de saúde reprodutiva e direitos que compartilharam tanto comigo e que me impulsionaram a querer seguir nesse campo de estudo. Obrigada por todas as conversas, indagações e novos olhares.

## RESUMO

A luta por direitos sexuais e reprodutivos em conjunto com a saúde sexual e reprodutiva conquistou inúmeros marcos legais nacionais e internacionais nas últimas décadas e se concretizou como direitos humanos. A população-jovem também conquistou ações e programas que buscavam seu desenvolvimento de forma segura, saudável e que estimulasse o seu potencial. Entretanto, percebeu-se insuficiência por mais que haja acordos e diretrizes para a correta implementação de políticas públicas e demais formas de garantia desses direitos. Os programas de cuidado à saúde e educação da população-jovem perpetuam opressões e favorecem as desigualdades socioeconômicas, de gênero e raça. Além de estigmas e situações discriminantes que afastam as usuárias adolescentes desses serviços e as impedem de exercer de forma plena sua cidadania. O trabalho faz uma breve volta histórica pelo desenvolvimento desses direitos e uma análise pela visão bioética de situação éticas de conflitos entre profissionais da saúde e pacientes crianças e adolescentes. Por fim, é apontada a necessidade do ativismo solidário e orgânico pela população e o desenvolvimento de jovens líderes como forma para pressionar o Estado e buscar pela transformação social.

**Palavras-chave:** Direitos sexuais e reprodutivos; bioética; população-jovem; ativismo.

## **ABSTRACT**

The struggle for sexual and reproductive rights including sexual and reproductive health has won countless national and international documents in recent decades and these rights has become a human right. The youth population also achieved actions and programs that sought their development in a safe, healthy and stimulating way. However, it was noticed that, although there are agreements and guidelines for the correct implementation of public policies and other forms of guarantee of these rights, it was not enough. The youth population's health care and education programs perpetuate oppression and favor socioeconomic, gender and race inequalities. In addition to stigmas and discriminating situations that remove adolescent users of these services and prevent them from fully exercising their citizenship. This paper makes a brief historical turn for the development of these rights and an analysis by the bioethical view of situations of ethical conflict between health professionals and patients children or adolescents. Finally, it is pointed out the need for solidarity and organic activism by the population and the development of young leaders as a way to pressure the state and seek social transformation, mainly, in Brazil.

**Palavras-chave:** Sexual and reproductive rights; Bioethics; Youth population; activism.

“Revolução é coisa séria. A coisa mais séria da vida de um revolucionário.  
Quando alguém se compromete a lutar, tem que ser para vida inteira.”

Angela Davis

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Marcos legais dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 População Adolescente.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Definições.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Visão bioética para assistência à saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes.....</b>	<b>22</b>
<b>3. Perspectivas de transformação para a população jovem junto a sociedade e ao Estado.....</b>	<b>35</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>48</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>50</b>

## **Introdução**

A adolescência é uma intensa fase da vida em que inúmeras mudanças emocionais e físicas ocorrem no corpo e vida da pessoa adolescente. Um processo de amadurecimento e de desenvolvimento de capacidades, de autoestima e da busca pela própria identidade. Ao mesmo tempo que não assume as responsabilidades da vida adulta, não é permitido que se comporte como criança. Essa fase da vida exige que necessidades específicas sejam valorizadas para que a interação e o desenvolvimento da autonomia sejam feitos de forma planejada, sensata e segura por essa população (FRIEDMAN, 1994).

O trabalho busca discorrer, por meio da visão bioética, sobre, principalmente, a atenção à saúde e educação sexual e reprodutiva de crianças e jovens no Brasil pelo foco dos direitos humanos objetivando que essa população seja incluída e que possa participar ativamente do seu processo de amadurecimento pela valorização do seu potencial para a transformação social e política.

A autora acredita que a devida atenção aos direitos sexuais e reprodutivos da população adolescente e jovem é a peça fundamental para a igualdade de gênero, para a transformação da sociedade e melhoria do futuro para esse grupo populacional diante dos desafios e potencialidades presentes nessa fase da vida. Aponta ainda que essa população, de 10 a 24 anos, que representa quase 25% (IBGE, 2017) da população brasileira não possui acesso à oportunidades e condições para conseguir se desenvolver de forma que o seu potencial possa ser alcançado de forma plena.

Entretanto, ao mesmo tempo em que não há investimento e prioridades de recursos, muitos apontam que a juventude é o futuro da nação. A responsabilidade em se ter um futuro incerto e com inúmeras barreiras não é uma situação fácil e não se limita a individualidades, mas sim ao desenvolvimento socioeconômico de cada país.

O trabalho defende a participação da população adolescente e jovem na construção e implementação de políticas públicas por meio do ativismo solidário, do acolhimento e do apoio por parte de profissionais da saúde e educação como de toda a comunidade.

As discussões de gênero inclusive a de masculinidades se mostram essenciais para a construção de um ambiente favorável a ampliação de direitos e das habilidades psicossocial da população-jovem. É também necessário a qualificação dos profissionais da saúde e escolares como da própria população-jovem por meio do desenvolvimento de capacidades e conhecimentos sobre seu corpo e também sobre seus direitos para que possam lutar por eles.

A gravidez na adolescência, por exemplo, é um dos grandes entraves para o despertar do potencial de meninas no Brasil e no mundo. Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o número de nascidos vivos de mães crianças e adolescentes, de 10 a 19 anos, em 2015 foi de 547.564 (SINASC, 2015). Esse número nos diz que 18,14% da população feminina brasileira é mãe precocemente o que na maioria das vezes causa o abandono escolar e posteriormente a leva a um trabalho de mão-de-obra não qualificada para ajudar no sustento familiar, além de ser responsável pelos cuidados dos filhos e dos afazeres domésticos (UNFPA, 2016, pp. 56).

O presente trabalho no primeiro capítulo *Marcos legais dos direitos sexuais e direitos reprodutivos* constrói uma breve volta histórica aos marcos legais internacionais e nacionais relacionados a direitos sexuais e reprodutivos em especial da população adolescente. Apresenta-se conceitos de saúde sexual e reprodutiva assim como os direitos vinculados.

O segundo capítulo *Visão bioética para a assistência à saúde sexual e reprodutiva* utiliza de conceitos expressos na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* para discorrer sobre a assistência à saúde de crianças e adolescentes devido as dificuldades expressas em lei e a falta de preparo das e dos profissionais de saúde em conseguir dar o devido apoio e acolhimento, assim como, as informações corretas sem caráter moral a respeito da sexualidade dessa população. Além disso, trata de algumas situações em que há dúvidas sobre a melhor resolução de situações éticas envolvendo autonomia e consentimento devido a menor idade desse grupo populacional.

O terceiro capítulo *Perspectivas de transformação para a população jovem junto a sociedade e ao Estado* adiciona a educação formal ao direito à saúde. Pontua-se que a educação tem enorme poder de transformação social e defende-se à educação sexual nas escolas sendo disponível a partir dos 10 anos para meninas e meninos por ser uma idade decisiva na vida de muitas crianças.

Os capítulos seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde que durante a *Convenção Internacional dos Direitos da Criança* aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas não diferenciou a infância da adolescência e juventude trazendo a faixa etária de 10 a 24 anos<sup>1</sup>. Quando se trata de adolescente, a faixa etária corresponde aos 10 a 19 anos incompletos, a faixa etária entre 15 e 24 anos é entendido como juventude. A OMS utiliza do termo “pessoas jovens” para se referir ao grupo populacional de idade compreendida entre 10 a 24 anos. No Capítulo 2, entretanto, utiliza-se do Estatuto da Criança e do Adolescente em

alguns casos e a idade estabelecida é de que até 12 anos é compreendido como criança pelo estatuto e a adolescência até os 18 anos.

O trabalho se baseia em documentos internacionais e nacionais, principalmente das Nações Unidas e Ministério da Saúde mostrando que há preocupação e um olhar humanizado e prioritário para a população adolescente e jovem expressa nos documentos dessas instituições, assim como, ações e programas para estimular o crescimento saudável desse grupo. Entretanto, a realidade concreta se mostra de outra forma e muitos são os conflitos éticos e desafios quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos dessa população em específico.

A motivação do trabalho se deu após notar, depois de alguns anos de militância da autora em movimentos estudantis e feministas voltados a população-jovem, que não é discutido direitos sexuais e reprodutivos de forma séria e responsável pelos movimentos e pela sociedade em geral. O movimento feminista foi essencial para a construção de conceitos para os direitos reprodutivos tratando do planejamento reprodutivo, da legalização do aborto, da justiça reprodutiva e trazendo os métodos contraceptivos hormonais ou não hormonais para a vida das mulheres. Já a construção dos conceitos dos direitos sexuais teve também a participação de outros movimentos sociais como o movimento LGBT com grande atuação das mulheres lésbicas. Porém, ainda não se discute sobre saúde sexual, reprodutiva e direitos de forma suficiente nos mais diversos espaços e especialmente entre a população jovem que segue desinformada e sem os meios adequados para o exercício da sexualidade forma segura e prazerosa.

Por vezes é utilizado apenas o artigo feminino ao se tratar de adolescentes e jovens. A justificativa é em decorrência das mulheres serem as maiores beneficiadas do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos e por estarem em situação de maior vulnerabilidade.

---

<sup>1</sup>Em 2013, o Estatuto da Juventude – Lei Federal 12.852/2013 foi aprovado no Brasil reconhecendo a faixa etária das jovens entre 15 e 29 anos, mas para fins desse trabalho a faixa etária utilizada foi a recomendada pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

## Capítulo 1 – Marcos legais dos direitos sexuais e direitos reprodutivos

Em setembro do ano de 1994 foi realizada a *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas* (CIPD) no Cairo, Egito. O Programa de Ação, aprovado por 179 governos, foi de grande contribuição para o reconhecimento dos direitos humanos, ou seja, direitos universais e inerentes à condição humana, como ponto chave para o avanço na abordagem e entendimento sobre desigualdades, mas também de potencial humano. O olhar para as políticas e programas acerca das populações até então era centrado no controle do crescimento populacional como estratégia para a melhoria da situação econômica e social mundial. A ampliação deu início a defesa dos direitos humanos como forma de gerar bem-estar das populações por meio do exercício da plena cidadania (UNFPA, 2014, pp. 5 e 6).

O Ministério da Saúde no documento *Saúde da Mulher – Um diálogo aberto e participativo* (2010) expõe que as políticas de controle populacional chegaram no Brasil e na América Latina no começo dos anos 60 com o surgimento da pílula anticoncepcional no mercado ao mesmo tempo que países desenvolvidos como os Estados Unidos da América argumentavam inspirados na posição de Thomas Malthus (1766-1834) que uma população numerosa não traria o desenvolvimento na região, defendendo, assim, as políticas para conter a natalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, página 11).

Nessa época a saúde e sexualidade estavam emergindo como temas de discussão entre as organizações de mulheres e feministas e já levantavam preocupações em se ter acesso a métodos contraceptivos inclusive com a realização de laqueaduras como forma de ter poder sobre o processo reprodutivo, entretanto, as políticas de controle demográfico trazidas de fora não demonstravam foco na garantia de saúde das mulheres e no seu poder de decisão. As mulheres brasileiras buscavam por liberdade em relação ao seu corpo e vida reprodutiva e sexual demandando por políticas e programas que de fato suprissem suas necessidades e que proporcionassem real autonomia para a decisão de suas escolhas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, pp. 11-13).

Em a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes* (2004), o Ministério da Saúde aponta que os anos 70 no Brasil passaram de forma a não se definir nenhuma ação quanto ao controle demográfico devido ao não consenso sobre tais políticas, mas os movimentos de mulheres no Brasil continuaram a lutar e reivindicar em busca de liberdade sexual e também pelo o acesso integral a saúde, caminhando para além dos programas materno-infantis dos anos 30 a 50 que reduziram a mulher ao papel de mãe e

doméstica, responsável pela criação dos filhos e afazeres do lar e que as deixava sem assistência de saúde por grande parte das suas vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, pp. 15).

Um dos resultados da luta do movimento de mulheres e feministas ocorreu em 1983 com a formulação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM* pelo Ministério da Saúde em que mulheres e meninas de todas as idades, em todos os seus papéis na sociedade e necessidades de saúde foram contempladas, abrindo novas possibilidades para a vida das brasileiras. Dez anos depois, na Conferência do Cairo, o movimento feminista brasileiro foi amplamente reconhecido pela luta que trouxe a formulação e a implementação do PAISM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, pp. 13).

Na apresentação do *Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo*, Tania Patriota aponta o reconhecimento da bagagem teórica e prática das mulheres feministas brasileiras que permitiu uma atuação de extrema importância na formulação do *Programa de Ação do Cairo* e muito contribuiu para os debates e conquistas, reforçando a saúde integral da mulher e os direitos reprodutivos nas posições internas do Brasil e resistindo aos setores conservadores contrários as propostas (NAÇÕES UNIDAS, 2004, pp. 35).

A CIPD foi um importante marco na evolução dos direitos das mulheres. Com o reconhecimento dos direitos humanos como fator fundamental para a qualidade de vida e desenvolvimento, declarou-se pela primeira vez as dimensões reprodutiva e sexual como direitos humanos e estabeleceu que esses direitos são fundamentais para o crescimento sustentável, inclusivo e equitativo entre mulheres e homens. Dentre as metas estabelecidas no documento estavam: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, principalmente de meninas; e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo (NAÇÕES UNIDAS, 2004, pp. 34).

Em 1995, a *IV Conferência Mundial sobre a Mulher*, realizada em Beijing, China pelas Nações Unidas, avançou ainda mais na questão de definir os direitos reprodutivos como direitos humanos em busca da igualdade entre homens e mulheres e reforçou o *Plano de Ação do Cairo*. Sendo a última Conferência Mundial da Mulher ocorrida no século XX, muito foi beneficiada por debates e lutas travadas anteriormente conseguindo não só manter as conquistas, mas também ampliá-las, sendo referência em diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas (ADVOCACI, 2003, pp. 36).

No Capítulo Mulher e Saúde da declaração, o parágrafo 96 do documento reafirma que o controle e a decisão livre e responsável pela própria sexualidade, incluindo a saúde reprodutiva e sexual, isenta de coação, discriminação e qualquer outro tipo de violência faz parte dos direitos humanos das mulheres. Para se ter igualdade entre homens e mulheres se faz necessário, nas questões relacionadas a reprodução e sexualidade o respeito pela integridade da pessoa humana, o consentimento e o compartilhamento de responsabilidade e demais consequências. Além disso, de forma inovadora, aponta que o aborto é um sério problema de saúde pública devendo os países que o criminalizam repensarem sobre tal legislação (NAÇÕES UNIDAS, 1995, pp. 179).

Cinco anos depois, a Organização das Nações Unidas formulou a atualização das estratégias definidas pelo *Programa de Ação do Cairo*, momento conhecido como *Cairo+5*. Apesar dos avanços realizados, mostrava-se urgência em reduzir a mortalidade materna e de reforçar as necessidades dos adolescentes e jovens quanto a saúde reprodutiva e sexual principalmente pela prevenção do HIV/AIDS e oferecer ajuda a mulheres e jovens em situação de emergência ou vulnerabilidades (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 36).

### **A população-adolescente**

Quanto aos marcos legais que se relacionam com os direitos sexuais e reprodutivos da população-adolescente, o Ministério da Saúde no *Caderno de Atenção Básica – Direitos sexuais e reprodutivos* (2013) aponta algumas conquistas ocorridas tanto no Brasil quanto em nível internacional. No Brasil, com a promulgação da atual *Constituição Brasileira* em 1988, o artigo 227 passou a abordar a população adolescente como sujeitos de direitos retirando o caráter de propriedade que era proporcionado as mães, pais e responsáveis legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 22).

Um ano depois o Ministério da Saúde seguindo os princípios da *Convenção sobre os Direitos da Criança* (1989) aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas criou o *Programa de Saúde do Adolescente* (PROSAD) ampliando o direito da criança e do adolescente em ser reconhecido como sujeito de direitos também pelo Estado e pela sociedade em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 22).

A *Convenção sobre os Direitos da Criança* é considerada uma importante ferramenta para o cuidado e defesa dos direitos humanas das crianças e adolescentes menores de 18 anos. Os artigos da Convenção seguem dois princípios, segundo o *Direitos sexuais e direitos*

*reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos – Síntese para gestores, legisladores e operadores do direito* (2003):

- a) o reconhecimento de que as crianças e os adolescentes, de ambos os sexos, são sujeitos plenos de direito, em peculiar condição de desenvolvimento, merecedores de respeito, dignidade e liberdade;
- b) o reconhecimento de que crianças e adolescentes, de ambos os sexos, são pessoas que necessitam de cuidados especiais (ADVOCACI, 2003, pp. 32).

O *Programa de Saúde do Adolescente* lançado em 1989 buscou tratar de forma integral e multidisciplinar a saúde da adolescente e contou com a inovação em tratar de forma aberta a sexualidade e a saúde reprodutiva da adolescente reconhecendo que sempre foi debatida de forma incompleta, repleta de tabus ou sem embasamento científico. A educação sexual, portanto, deveria ser capaz de contribuir de forma positiva para o desenvolvimento da criança e adolescente e não mais um meio de perpetuar violências, repressão e controle. A faixa etária do documento envolve os 10 aos 19 anos e reconheceu que é uma fase da vida que necessita de intenso cuidado pois muitas são as transformações que a criança e a adolescente enfrentam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989, pp. 5-10).

O documento faz o próprio alerta de que a criança e a adolescente ainda não possuem programas específicos para atender as suas demandas, principalmente, em se tratando de direitos sexuais e reprodutivos. A falta de programas e políticas específicas para atender a população adolescente contribui para graves consequências como: gravidezes precoces não planejadas e desejadas, dificuldade no acesso a métodos contraceptivos ou uso incorreto desses métodos, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), aborto inseguro e traumas psicossociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989, pp. 21).

O *Programa de Saúde do Adolescente – Bases Programáticas* foi revisado em 1996 e uma 2ª edição foi lançada pontuando a necessidade de apoiar as áreas incorporadas pela aprovação do *Estatuto da Criança e Adolescente – ECA* em 1990 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, pp.12). Os objetivos definidos no Programa foram:

- 1) promover a saúde integral do adolescente favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais; 2) normatizar as ações nas áreas prioritárias do Programa; 3) estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características respeitando as particularidades regionais e a realidade local; 4) promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência; 5) estimular a criação de um sistema de informação e

documentação dentro de um sistema nacional de saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a população adolescente; 6) contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal, norteadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, pp.12-13).

O *Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA* (1990) dá seguimento aos compromissos que o Brasil assumiu durante a *Convenção Internacional dos Direitos da Criança* (1989). Considerou a faixa etária de até 12 anos incompletos para crianças e de 12 até 18 para as adolescentes tendo a exceção de estender até 21 anos de idade em casos determinados como por exemplo em leis criminais brasileiras (BRASIL, LEI Nº 8.069/90).

O Estatuto reafirma que a criança e a adolescente possuem direitos fundamentais para que possa se desenvolver física e mentalmente em um ambiente social saudável, digno e com liberdade. Afirma também que nenhuma criança ou adolescente deve sofrer negligência, discriminação, opressão de qualquer espécie e que os direitos expressos na Lei são para todas. De acordo com o artigo 227 da Constituição Federal (1988), o Estatuto aponta em seu 4º artigo que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, LEI Nº 8.069/90).

Crianças e adolescentes serem tratadas como prioridade e com os devidos cuidados por serem pessoas em desenvolvimento em nenhum momento significa retirar sua capacidade e voz, como é expresso no artigo 15º: “A criança e a adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis” (BRASIL, LEI Nº 8.069/90).

Assim, o documento do Ministério da Saúde intitulado *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (2010) aponta que o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990) foi inovador em auxiliar na formulação de políticas e programas de saúde e assistência social que buscavam fortalecer tais ações como sendo fundamental para se prevenir os riscos na saúde da população adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, pp. 64).

Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em decorrência da promulgação da Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Nº 8.080/90 e Lei Nº 8.142/90) foram aprovadas objetivando a regulamentação do modelo descentralizado e universal de saúde a todas as brasileiras e brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, pp. 64). Desde 1988, portanto, que o modelo de atenção à criança e a adolescente vem sofrendo mudanças positivas e de caráter integrativo entre órgãos governamentais para priorizar o atendimento a essa população (UNFPA, 2009, pp. 273).

A falta de menção, entretanto, no *Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)* a respeito do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos dessa população foi gerador de inúmeras dúvidas a respeito do direito da criança e da adolescente em obter informações corretas no âmbito da educação sexual, assim como, o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2010, pp. 274). Porém, o Estatuto é enfático em dizer que é direito da criança e da adolescente a prioridade no atendimento médico, expresso pelo artigo 11º “é assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços” (BRASIL, LEI Nº 8.069/90).

Além disso, o documento *Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes (2007)* do Ministério da Saúde assegura que diante do artigo 17º: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais” (BRASIL, LEI Nº 8.069/90), constituem-se direitos fundamentais dessa população a privacidade e a preservação do sigilo o que significa que qualquer situação que cause o afastamento da criança ou adolescente aos serviços de saúde por não ter sido atendida em lugar apropriado e/ou não ter tido a confidencialidade respeitada expressam violação do seu direito à saúde, principalmente, ao direito à saúde sexual e reprodutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, pp. 38-42).

O *Programa de Ação do Cairo (1994)* em seu capítulo VII – Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva parágrafo 7.41 foi enfático em apontar que quando se trata de adolescentes há descaso quanto às suas necessidades de direitos reprodutivos nos serviços de saúde e na sociedade em geral. Os esforços para responder às necessidades das adolescentes deveriam basear-se em informação que as ajude a alcançar o grau de maturidade necessário para que sejam tomadas decisões de forma responsável e saudável. Especialmente, facilitar o acesso a informações a respeito de sexualidade, gravidezes não planejadas e/ou desejadas e a contração

de infecções sexuais. Essas ações devem ser combinadas com a educação do adolescente homem também para que estes respeitem a determinação das adolescentes e aprendam a compartilhar a responsabilidade quanto a relações sexuais e procriação (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 82).

Uma razão que é bastante apontada no texto para dar justificativas as ações de direitos reprodutivos é a das gravidezes em idade precoce que trazem riscos a mãe adolescente e aos filhos que acabam correndo mais altos riscos de morbidade e mortalidade. Além disso, tanto as gravidezes quanto os casamentos em idade precoce limitam o acesso à educação e emprego de milhares de meninas seja em países em desenvolvimento ou já desenvolvidos o que traz efeitos negativos a qualidade de vida dessas meninas e de seu filho ou filhos. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 82).

As escassas oportunidades econômicas, educacionais e a exploração sexual são os fatores mais comuns em casos de gravidezes e maternidade de adolescentes. Meninas de baixa renda fazem parte do grupo mais vulnerável, mas ambos os sexos estão em constante risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis pois estarem mal informados quanto aos métodos de prevenção ou por serem obrigados a não fazer uso de proteção (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 83).

O *Programa de Ação* afirma que a disseminação da informação correta só tem máxima eficácia com a plena participação de adolescentes em programas e ações que supram suas necessidades voltadas a saúde sexual e reprodutiva, assim, o texto aprovado na CIPD tinha como objetivo abordar juntamente com essa população adolescente todas as questões que envolvam a saúde sexual e reprodutiva nessa fase da vida. Principalmente, as gravidezes não planejadas e/ou desejadas, os abortos em condições precárias e inseguras e as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS, mediante a promoção de uma conduta sexual e reprodutiva saudável e consciente seja ela por meio de abstinência voluntária refletindo se é a hora certa para começar a se relacionar sexualmente ou pela disponibilidade de serviços apropriados com orientação e assessoramento adequados e próprios para essa faixa etária. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 83).

As medidas formuladas foram as de reconhecer que os direitos e responsabilidades das mães, pais ou responsáveis legais pela adolescente são de fornecer, de maneira coerente com a idade e evolução da adolescente, orientação adequada quanto as questões reprodutivas e sexuais enquanto os governos devem assegurar que os programas e ações dos serviços de saúde não limitem o acesso das adolescentes aos serviços e as informações que necessitem, incluindo

materiais a respeito do abuso sexual. Buscou-se proteger e promover os direitos das adolescentes a educação, informação e a assistência na saúde integral com foco na reprodutiva e sexual (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 84).

As medidas incluíram ser direito da adolescente a intimidade, a confidencialidade, o consentimento e o respeito aos valores culturais e crenças religiosas. Devendo-se evitar qualquer impedimento seja ele jurídico, normativo ou social que impeçam a adolescente de ter acesso a informações e serviços de saúde reprodutiva e sexual adequados (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 84).

Os programas devem atender as necessidades das adolescentes e isso inclui a correta orientação sobre a igualdade entre sexos, a violência contra adolescentes, a conduta sexual responsável, o planejamento reprodutivo da família e também a vida familiar. Assim como, a prevenção e tratamento de casos de abusos sexuais, facilitando a informação e o apoio em um esforço consciente para que seja possível consolidar valores sociais e culturais positivos (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 84-85).

O texto pontua que toda adolescente sexualmente ativa deve participar plenamente do planejamento reprodutivo responsável e da prestação e avaliação das informações dos serviços de saúde, tendo em consideração a devida orientação e responsabilidades das mães e pais assim como da sociedade em geral nas escolas, instituições religiosas e nos meios de informação. Além da responsabilidade do governo em fomentar programas e ações que conectassem mães, pais, filhas e filhos para que estas possam ter apoio no processo de amadurecimento na área de comportamento sexual e saúde reprodutiva. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 84-85)

É pedido que os programas oferecidos pelos governos e organizações não governamentais envolvam e treinem principalmente as profissionais da saúde com a responsabilidade devida para orientar as adolescentes. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 85)

A grande inovação do *Programa de Ação* é a inclusão das crianças e adolescentes do sexo masculino nas políticas voltadas para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva. Objetivando que os esforços para o oferecimento de uma educação sexual e de gênero comece em idade apropriada e siga também a alcançar homens adultos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 24).

Por último, em 2007 a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens* foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS. O documento está de acordo com a Constituição Federal (1988), com o Estatuto da Criança e do Adolescente de (1990) e

com o Programa de Ação do Cairo (1994), ampliando o conceito de saúde e a abordando pela compreensão de fatores sociais, ambientais e culturais e baseando-se em pressupostos da integralidade da atenção, da universalização, da efetividade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da participação juvenil afim de garantir o acesso à saúde sexual e reprodutiva por meio do apoio e cuidado de profissionais da saúde em atender a adolescente e em passar de forma correta e com linguagem de fácil compreensão as informações a respeito de planejamento reprodutivo e aos métodos contraceptivos de prevenção de gravidezes não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), desenvolvendo, assim, ações positivas para a educação em respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp.24).

### **Definições**

A definição trazida no texto da *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas* (1994) sobre o que são os direitos reprodutivos é a seguinte:

Os direitos reprodutivos abarcam certos direitos humanos que estão reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos pertinentes as Nações Unidas aprovados por consenso. Esses direitos se baseiam no reconhecimento do direito básico de que todos os casais e indivíduos podem decidir livre e responsavelmente o número de filhos, o espaçamento entre os nascimentos e dispor de toda informação e meios para isto e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 65. Item 7.3)

A definição sobre o que é saúde reprodutiva:

A saúde reprodutiva é um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não a simples a ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos que se relacionam com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. Em consequência, a saúde reprodutiva implica na capacidade de disfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos e de reproduzir com a liberdade de decidir se o quer fazer ou não, e se sim, quando e com que frequência. Está última condição deixa implícito o direito de homens e mulheres de obterem informações e planejamento reprodutivo de sua escolha, assim como outros métodos para o controle da fecundidade que não estejam contra à lei e o acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, o direito de receber serviços adequados de atenção à saúde que permitam gravidezes e partos sem riscos e deem as gestantes as máximas condições de terem filhos sãos. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp. 65. Item 7.2)

O documento traz também a definição de assistência à saúde reprodutiva como sendo:

Conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivos ao evitar e resolver os problemas que possam estar relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento sadio de vida e das relações pessoais e não somente o aconselhamento e a atenção em relação à reprodução e às de infecções sexualmente transmissíveis. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, pp 65. Item 7.2)

Importante destacar nesses trechos é que a definição de saúde sexual foi colocada de forma relacionada a saúde reprodutiva, embora, com uma definição própria. Entretanto, a saúde sexual e a saúde reprodutiva devem ser tratadas de forma não subordinadas pois se faz necessário o reconhecimento de que uma relação sexual não necessariamente tem fins reprodutivos assim como é possível reproduzir sem relação sexual diante das inovações tecnológicas no campo de reprodução assistida (UNFPA, 2009, pp.77). A sexualidade e a reprodução, portanto, podem se confundir, como podem não estar relacionadas e essa compreensão é fundamental para que as políticas públicas sejam formuladas de acordo com o que cada pessoa deseja (UNFPA, 2009, pp.77) e para o esforço de entendimento pleno do que são direitos sexuais e do que são direitos reprodutivos (CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, pp. 48).

O conceito de direitos sexuais não foi devidamente incluído no *Programa de Ação* do Cairo sendo desenvolvido apenas anos depois. A Organização Mundial da Saúde – OMS apresentou em 2002 após consulta a diversos técnicos e profissionais da saúde (PONTES, 2011, pp.23) novas definições a respeito de sexualidade e identidade, mas não tomou como posição oficial devido aos ataques de países e setores conservadores que nas próprias Conferências do Cairo e Beijing travaram o desenvolvimento dos conceitos (CÔRREA, PARKER, 2004 apud CORRÊA, ALVES, JANNUZZI, pp. 50).

A definição da Organização Mundial da Saúde, portanto, é:

Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e concede informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros (OMS, 2002).

Portanto, de forma simplificada, e de acordo com o *Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Reprodutiva* (2013), os direitos reprodutivos compreendem o direito de cada pessoa decidir de forma livre e responsável sobre sua reprodução de acordo com o querer ou não ter filha, quantas e quando. Também compreende o direito ao acesso a informações e todos os métodos contraceptivos disponíveis para evitar uma gravidez não planejada. Os direitos sexuais abarcam o direito de ter relações sexuais sem intenção de reprodução, de expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e de viver sem medo, vergonha ou culpa; o direito de escolher a parceira ou parceiro sexual e ter seu corpo respeitado por; viver a sexualidade independentemente da orientação sexual, estado civil, condição física e idade; o direito ao ato sexual protegido e seguro contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e o direito a serviços de saúde que respeitem o direito à privacidade, ao sigilo e a um atendimento livre de violências; por último, o direito à educação sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 15-16).

## Capítulo 2 – Visão bioética para assistência à saúde sexual e reprodutiva da população adolescente

No capítulo anterior foi apontado brevemente que para o avanço na abordagem de desigualdades e potencial humano acontecer, o reconhecimento dos Direitos Humanos deveria ser colocado como ponto-chave segundo os documentos das Nações Unidas. Falar sobre direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos envolve levar em consideração uma abordagem humanizada para a atenção integral, em especial a saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes.

Os conceitos apresentados a seguir constroem a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* aprovada pelos 191 países que compõe a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO em outubro de 2005. O conteúdo da Declaração transformou profundamente a agenda bioética do século XXI, saindo de um modelo biomédico e biotecnológico defendido pelos países do centro para um modelo que adicionou os campos sanitário, social e ambiental, colocando no cerne do debate as populações mais vulneráveis do planeta com o objetivo de promover a cidadania e reforçar tais direitos (GARRAFA, 2005).

A bioética surgiu no início dos anos 70 apresentada por Van Renssealaer Potter, cancerologista estadunidense. Buscava compreender, com uma nova percepção, a vida a partir da ética e o mundo como um todo. Anos depois, no mesmo país, foi reduzida ao âmbito biomédico e expandida e consolidada por meio da corrente do principialismo. Essa bioética anglo-saxônica teve origem na ética em pesquisa e se baseia em quatro princípios: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Porém, o princípio da autonomia é considerado superior aos demais o que leva a uma conotação extremamente individualista (GARRAFA, 2013, pp. 741).

Ter autonomia é dizer que se tem o poder de decidir e agir acerca do que é melhor para si (ALBUQUERQUE, 2016, pp. 453). Entretanto, a maximização desse princípio reprime o direcionamento coletivo que é fundamental para o enfrentamento dos macroproblemas sociais persistentes principalmente nos países periféricos como o Brasil. Se torna difícil falar de autonomia diante das inúmeras situações de vulnerabilidades encontradas nos países do Sul (GARRAFA, 2013, pp. 753).

O principialismo começou, então, a receber inúmeras críticas após a década de 90 e início do século XXI. De um lado de grupos que apontavam a necessidade de confrontar pela ética as questões sociais e sanitárias buscando a justiça social pela equidade e apontando para

a ética da responsabilidade do Estado para com as cidadãs. De outro lado, os movimentos feministas, negros e LGBTs apontavam a existência da diversidade para quando se fala em atores sociais e culturais e buscavam a ampliação do campo bioético nessas questões (GARRAFA, 2013, pp. 744).

Em 1998 foi realizado em Tóquio, Japão, o IV Congresso Mundial de Bioética, da International Association of Bioethics. O tema do congresso foi Bioética Global e assim deu início a expansão do campo, de questões individuais para as coletivas, passando a dar a devida importância a alocação de recursos em saúde, a equidade, exclusão social, diferentes formas de discriminação e vulnerabilidades e os recursos naturais planetários finitos. Assim, outros princípios foram introduzidos no estudo da bioética para além dos quatro da bioética principialista como: cuidado, responsabilidade, solidariedade, libertação, empoderamento e tolerância. Os quatro ‘Ps’ também foram de extrema importância para mostrar seriedade em se tratar de vulnerabilidades: “prevenção contra possíveis danos, proteção dos mais frágeis, prudência nos avanços e precaução diante do desconhecido” (GARRAFA, 2013, pp.745).

Com a homologação da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* os países periféricos saíram vitoriosos na sua defesa da visão de que existem bioéticas, no plural, em decorrência do pluralismo histórico e contextos morais variados de acordo com cada cultura. A interpretação e as ações por meio da bioética passaram a ser multi-intertransdisciplinar, como aponta Volnei Garrafa, incluindo as ciências biomédicas, mas também as humanidades como filosofia, direito e ciências sociais (GARRAFA, 2013, pp.746).

Diante da afirmação da existência de inúmeras bioéticas, mas que seguem uma epistemologia, a bioética latino-americana surge com o objetivo de fornecer reflexões e resoluções para os novos e antigos dilemas morais presentes na localidade em específico, respeitando e compreendendo suas diferenças com a utilização dos referenciais de não universalidade, pluralismo moral e de defesa a proteção de pessoas em situações de vulnerabilidades. Assim, Volnei Garrafa afirma que é um enorme erro reduzir a bioética aos quatro princípios da bioética principialista e importar referenciais éticos de outras realidades. (GARRAFA, 2013, pp.746-750). A bioética latino-americana surge, portanto, para politizar a bioética anglo-saxã afim de resolver os seus próprios macroproblemas (NASCIMENTO, 2011, pp. 287).

Esse trabalho buscou discorrer somente sobre as situações persistentes que são situações que ainda acontecem, mas que não deveriam mais acontecer diante do estágio de

desenvolvimento do mundo. Na América Latina essas situações estão amplamente ligadas à saúde. São situações envolvidas com:

a exclusão social; as discriminações de gênero, raça, sexualidade; aos temas da equidade, da universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde; à atenção a crianças e idosos; aos direitos humanos e à democracia, de modo geral, e suas repercussões na saúde e na vida das pessoas e das comunidades (GARRAFA, 2013, pp. 749).

Dessa forma, a ampliação de conceitos trazidos pela bioética latino-americana proporcionou a incorporação das mais diversas situações persistentes que se relacionam com a saúde pública, as políticas e o sistema de saúde em vigor no Brasil. Garrafa afirma que o Brasil evoluiu bastante acerca das questões sanitárias, especialmente nos últimos vinte anos, entretanto, os avanços que dizem respeito ao papel e aos deveres do Estado se mostram insuficientes. O papel e os deveres dos Estados dizem respeito a ética da responsabilidade pública que dialoga com questões de cidadania e dos direitos humanos assim como o devido cumprimento da Constituição Federal, especialmente das seções que tratam da saúde e qualidade de vida da população, e principalmente da população adolescente (GARRAFA, 2013, pp. 750-751).

A *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (2005) ampliou o conceito de autonomia desdobrando-o para três artigos: autonomia e responsabilidade individual (artigo 5º), consentimento (artigo 6º) e indivíduos incapazes de consentir (artigo 7º) (ALBUQUERQUE, 2016, pp. 453). A autonomia é a decisão e ação visando o que é melhor para si, mas é necessário destacar que qualquer vulnerabilidade ou incapacidade gerará uma autonomia irreal. Assim, para que a autonomia de fato aconteça é preciso que não haja influência externa ou forças coercitivas e que haja completo e claro entendimento da situação por meio da garantia do amplo acesso as informações e opções (ALBUQUERQUE, 2016, pp. 455).

Portanto, uma questão que se mostra árdua é a autonomia de indivíduos sem a capacidade para consentir, como é o caso de adolescentes em que a responsabilidade é transferida para os pais ou responsáveis legais. Um dos maiores obstáculos é o paternalismo tanto por parte dos profissionais de saúde quanto pelas responsáveis que motivados por proteger e causar o bem realizam ações sem antes expor para com a adolescente em questão ou por meio de coerção e ameaças (ALBUQUERQUE, 2016, pp. 453). Como saber se a ideia de benefício para o profissional de saúde e/ou responsáveis legais é o mesmo para a paciente adolescente?

Imagine a situação em que uma adolescente de 16 anos se consulta com uma ginecologista após ter dado início a relações sexuais. A adolescente não recebeu nenhuma informação prévia e não teve uma educação sexual satisfatória e adequada pela família e escola. A ginecologista indica diretamente o uso de pílula anticoncepcional para a adolescente que aceita por medo de ter uma gravidez precoce. O uso de preservativos é falado de forma breve e não é explicado sobre os possíveis efeitos colaterais trazidos pelo método contraceptivo indicado e a possibilidade de troca caso o uso não esteja trazendo os benefícios indicados. O consentimento informado da adolescente nessa situação não pode ser considerado válido pois não há o entendimento pleno e o mínimo de influência externa.

Essa situação ocorreu e a paciente tinha quadro de enxaqueca na época que começou a fazer uso da pílula anticoncepcional como método contraceptivo. Mais de 5 anos depois descobriu que era a pílula a responsável pelo aumento dos seus casos de crise de enxaqueca e que estava com sintomas de trombose venosa profunda. Para a médica ginecologista, ela fez o bem para a paciente, mas e a qualidade de vida da adolescente durante esse período?

As adolescentes menores de 16 anos são consideradas absolutamente incapazes e as maiores de 16, mas menores que 18 anos são consideradas relativamente incapazes pelo *Código Civil Brasileiro* (BRASIL, LEI Nº 10.406/ 2002). Assim, é comum que as profissionais da saúde ajam de forma paternalista para com as adolescentes ou passe a responsabilidade total do cuidado para as mães, pais ou representantes legais. Entretanto, deve-se ter o entendimento que essa limitação é apenas uma indicação de que as adolescentes estão em desenvolvimento biopsicossocial e diante disso precisam de cuidado e proteção o que não impede que os direitos da adolescente assistida devam ser preservados (UNFPA, 2009, pp. 276-277).

A adolescente tem o direito de receber informação adequada, clara e completa sobre como prevenir tanto gravidezes não planejadas quanto contração de doenças sexualmente transmissíveis. A imposição de qualquer método contraceptivo por mais que visem o bem da paciente se faz de forma equivocada e irresponsável ainda mais diante da não análise da rotina, condição física e mental, relação familiar, relação com a parceira ou parceiro sexual. O saber médico traz uma relação de poder e falta de horizontalidade.

O paternalismo ocorre também com juristas pois as adolescentes tendem a serem ouvidas e consideradas capazes quando concordam com a proposta das profissionais de saúde e familiares, mas quando é dada uma recusa e/ou existe conflito entre ambos, as decisões acabam sendo julgadas em favor das decisões dos familiares acima da adolescente. Porém,

deve-se recordar que na decisão de agir diante do que é melhor para si deve ser respeitada a recusa assim como é respeitada o assentimento da adolescente (ALBUQUERQUE, 2016, pp. 457)

Não há qualquer garantia que as decisões dos tutores de fato buscam o melhor para a adolescente. Resta-se apenas a submissão desta? Luciana Batista Munhoz em *O princípio da autonomia progressiva e a criança como paciente* (2014) aponta que a possibilidade da participação da adolescente no processo decisório ainda falta nos dispositivos legais brasileiros sendo fundamental a dedicação para a implementação de novas normas e leis que admitam a autonomia da pessoa menor de idade. A *Convenção sobre os Direitos da Criança* promulgada em 1990 pelo Brasil e adotada pelas Nações Unidas em 1989 conseguiu garantir a autonomia mesmo que limitada da adolescente que se refere a faixa de menor de 18 (dezoito) anos pela utilização da capacidade progressiva expresso no artigo 50 do texto da Convenção de modo interpretativo (MUNHOZ, 2014, pp. 86-97):

Os Estados Partes respeitam as responsabilidades, direitos e deveres dos pais e, sendo caso disso, dos membros da família alargada ou da comunidade nos termos dos costumes locais, dos representantes legais ou de outras pessoas que tenham a criança legalmente a seu cargo, de assegurar à criança, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades, a orientação e os conselhos adequados ao exercício dos direitos que lhe são reconhecidos pela presente Convenção (NAÇÕES UNIDAS, 1989, pp. 7)

A capacidade progressiva leva em consideração o estágio de desenvolvimento cognitivo e moral e quão confortável a adolescente se encontra para que possa formular e auxiliar no processo de decisões no âmbito médico-clínico por meio de assentimento. A autonomia da adolescente é obtida de forma progressiva indicando que ao passar de cada ano a adolescente se prepara para poder tomar decisões sem haver a necessidade da instrução e orientação de uma adulta responsável. Assim, a *Convenção sobre os Direitos da Criança* adotou de maneira inovadora os direitos humanos da criança e adolescente em um tratado internacional (MUNHOZ, 2014, pp. 98, 130-133).

Munhoz afirma que a promoção da autonomia na relação médico-paciente adolescente significa concretizar a atuação efetiva dessa paciente no âmbito médico-clínico (MUNHOZ, 2014, pp. 149). Entretanto, essa análise maximizadora da autonomia para adolescentes cai em uma das falhas do principialista, retratada parágrafos acima. A importância exagerada da autonomia acaba por ocultar as especificidades de cada adolescente para além da pouca idade, suas fragilidades e sua complexidade. (ALBUQUERQUE, 2016, pp. 457)

Aqui se faz importante apontar que a população adolescente como a população brasileira não é homogênea. Quando nos referimos a crianças e adolescentes é essencial que o conceito apresentado na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (2005) de respeito pela vulnerabilidade humana esteja presente em qualquer discussão pois além de serem sujeitos que estão em formação, o campo da saúde ainda mantém certos privilégios motivados diante, principalmente, de maior ou menor riqueza como se encontra também no restante da sociedade. Assim, as práticas de saúde, podem apresentar claras discriminações entre adolescentes com diferentes graus de vulnerabilidades socioeconômicas em decorrência da exclusão social, das condições precárias de moradia e saneamento, da pouca educação, da falta de um ambiente familiar apoiador e amoroso, por exemplo (PESSALACIA, MENEZES, MASSUIA, 2010, pp. 425).

O campo da saúde segue os mesmos conflitos éticos que o resto da sociedade relacionados a diferenças étnicas, sexuais ou de gênero. No contexto biomédico clínico em que há a relação direta de profissionais da saúde com paciente, esses conflitos podem ser aumentados em decorrência das relações assimétricas que os envolvem e que torna difícil de viabilizar um processo decisório ético, claro e compartilhado (GODOI, GARRAFA, 2014, 159).

O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Lei 8.080/90 e de acordo com as diretrizes propostas no artigo 196 e 198 da *Constituição Federal* (1988) diz que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (...) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O SUS se propõe a ter como princípios: a equidade, a universalidade e a integralidade. A integralidade expressa que todas as pessoas devam ser tratadas como um todo levando em

consideração aspectos para além de somente determinada parte do corpo, como as relações familiares, o local e as condições onde vive, por exemplo. A universalidade significa que todas as pessoas possuem o direito ao cuidado à saúde independente de situação socioeconômica e, a equidade propõe que é fundamental reduzir qualquer situação, podendo ser social, econômica, tecnológica e cultural que afete grupos mais vulneráveis da sociedade (CONASS, 2003, pp. 24-25).

O Brasil possui dois tipos de perfis quanto se fala sobre saúde: um refere-se a pobreza vivida por parte da população e a outra refere-se ao desenvolvimento do país que equivale ao dos países do Norte. Assim, há grande diferença de expectativa de vida e qualidade de vida entre as brasileiras. Um dos maiores desafios presentes no SUS é proporcionar o atendimento a todas que precisem, princípio da universalidade, mas também impulsionando o princípio da equidade por meio de políticas intersetoriais específicas para cada tipo de população que reduzissem as desvantagens dos grupos de risco, caminhando para a igualdade de oportunidades (CONASS, 2003, pp. 129).

O artigo referente a não-discriminação e a não-estigmatização da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* mostra que o estigma e a discriminação se constituem em violações à dignidade humana. O estigma, seja ele por questões de raça, gênero, orientação sexual, compromete o exercício pleno da cidadania, resulta em relações assimétricas e desigualdade, causando um sentimento de não possuidora de direitos o que gera piores condições de saúde pelo menor acesso aos serviços e o aumento de vulnerabilidades pelo isolamento e maior exclusão social. Se o SUS se propõe a ser universal, se faz essencial a consideração das diferenças que existem entre a população e que também existem distintas moralidades entre elas, o que não justifica tratamento discriminatórios no campo da saúde e fora dele (GODOI, GARRAFA, 2014, 162-164).

A vulnerabilidade significa uma desvantagem que afeta e deixa frágil e suscetível a situações de risco e opressão. Essa reflexão se faz com a utilização de outros conceitos como o de relações de poder, assimetrias, fragilidades, mas também é uma reflexão sobre como retornar o poder a si. A vulnerabilidade em crianças e adolescentes, principalmente as de menor nível socioeconômico se dá pela submissão ao ambiente físico e social que se encontra (FONSECA, SENA, SANTOS, DIAS, COSTA, 2012, pp. 425). De acordo que, discorrer sobre autonomia vai além dos três artigos presentes na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, devendo acrescentar os demais artigos da DUBDH como: o artigo 3º - dignidade

humana e direitos humanos, o artigo 4º - benefício e dano, o artigo 8º respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual.

O direito à privacidade e confidencialidade expressas no artigo 9º da Declaração em conjunto com à não discriminação e à assistência efetiva devem nortear qualquer consulta médica. O receio da quebra do sigilo pode causar o afastamento da criança e adolescente do sistema de saúde, principalmente em áreas da saúde reprodutiva e sexual como a ginecologia. (UNFPA, 2009, pp. 77)

Stella Taquette em *Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes* (2010) aponta que quando uma adolescente marca uma consulta, o estímulo pode ser próprio ou pode ter sido motivado pela mãe, pai ou responsável legal ou ainda terem sido ambos. De qualquer forma, a partir dos 12 anos, a consulta a adolescente deve ser feita em dois momentos, o primeiro com a entrada da mãe, pai ou responsável e a segunda a sós com a adolescente para que haja a oportunidade de falar sobre si de forma aberta e segura, situação que poderia não ocorrer caso houvesse a presença do familiar. Por vezes não é permitida que a adolescente tenha esse momento, porém, é direito de toda adolescente e a profissional de saúde deve auxiliar nessa situação (TAQUETTE, 2010, pp. 6-8).

Há situações específicas em que é permitido a quebra do sigilo. Situações em que a paciente está a causar risco de saúde a outra pessoa ou a si mesma, por exemplo, o caso de um paciente HIV positivo que se nega contar o diagnóstico para a família ou para a parceira ou parceiro. A quebra do sigilo deve ocorrer apenas entre a profissional de saúde e a pessoa ou pessoas em risco sendo feita de forma cuidadosa também para a adolescente não desistir do tratamento (UNFPA, 2009, pp. 78).

Uma situação também conflituosa é a atividade sexual das adolescentes. Com a primeira relação sexual acontecendo cada vez mais cedo se faz extremamente necessário que a população adolescente consiga ser informada de forma correta sobre sexo seguro e as devidas proteções. A educação sexual, inclusive, deve ser garantida antes mesmo do início da vida sexual para que as adolescentes possam ter segurança quanto a sua sexualidade e bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 116).

A prescrição de métodos contraceptivos deve ser feita de forma criteriosa e respeitosa para com a adolescente. A profissional de saúde deve indicar todos os métodos disponíveis e juntas devem conversar sobre qual é melhor para a determinada fase da vida. A decisão não deve ser imposta pela profissional. A elegibilidade clínica deve ser respeitada e exames devem

ser feitos ao se escolher pela pílula anticoncepcional, por exemplo. Além disso, o uso do preservativo masculino e feminino devem ser sempre indicados dando a possibilidade de escolha de outro para a dupla proteção, mas lembrando que esse método de barreira é o único capaz de prevenir gravidezes não planejadas e também infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 117).

A inexistência de um documento único em contraponto aos inúmeros determinantes de limites legais e éticos, por muitas vezes, causavam dificuldades na formulação e implementação de políticas públicas e também no atendimento por profissionais de saúde a crianças e adolescentes, especialmente quando se fala em direitos sexuais e reprodutivos (UNFPA, 2009, pp. 276).

Assim, o Ministério da Saúde, no documento *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma Prioridade do Governo* lançado em 2005, apresentou propostas e diretrizes para a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de mulheres e homens adultos e adolescentes para o biênio 2005-2007 pautando-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos e trazendo o foco para o planejamento reprodutivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pp. 5)

Um ano antes, diante das questões levantadas pelas profissionais da saúde e também pelas adolescentes a respeito da assistência à saúde sexual e reprodutiva, e o Ministério da Saúde reconhecendo que a população adolescente necessita de ações e programas específicos, mas que também há desigualdades de gênero, raça, classe social, orientação sexual dentre as e os adolescentes, organizou a Oficina Nacional de Elaboração do *Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* (2007). A iniciativa buscou responder as demandas dessa população que se encontra em inúmeras e diferentes situações pelo Brasil e superar as desigualdades que tanto impactam na saúde da adolescente e que também dificultam no acesso aos serviços de saúde disponibilizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007 p. 9-10).

*O Marco Teórico-Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* teve a sua primeira edição disponibilizada em 2007 e oferece, desde então, subsídios teórico-políticos, normativos e programáticos para orientar a devida implementação de ações e programas voltados à saúde sexual e reprodutiva dessa população sendo de extrema importância para a assistência e tratamento humanizado de adolescentes. A oficina mostrou como essencial a reorganização dos serviços e um processo de reavaliar o papel dos mais diversos atores que se encontram envolvidos no atendimento à população adolescente e o dar voz a essa população

buscando a formulação de políticas públicas que respeitassem as opiniões e olhares de quem as utilizará (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007 p. 9-10).

É importante destacar que o esforço para a construção e implementação das políticas públicas para a saúde sexual e reprodutiva deve ser visando tanto adolescentes meninas quanto adolescente meninos. Meninos também são providos dos mesmos direitos sexuais e reprodutivos e possuem necessidade específicas, assim como, deveres no compartilhamento de responsabilidades em um relacionamento (PENA, 2005, pp. 153-154).

Os serviços de saúde, infelizmente, ainda se utilizam do modelo biomédico mecanicista em suas práticas perpetuando a visão biológica acima de outros aspectos como o psicológico, social, econômico e cultural. Isso significa que na maioria das vezes os atendimentos na área da saúde são feitos com um paradigma objetivo capaz de ser quantificado e fragmentado, mas que faz perder a visão de que cada pessoa humana é um ser complexo e que o contexto que esta se encontra inserida possui inter-relação com o todo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 30)

Muitas vezes os profissionais de saúde se mostram temerosos a livre circulação de informação pois temem a perda de autoridade dada pela sua posição profissional, afinal, a partir do momento que a paciente tem conhecimento sobre sua situação é capaz de buscar novas alternativas e a relação biomédica dominante perde o poder e a assimetria. É necessário que o profissional da saúde quebre esse monopólio do conhecimento e passe a valorizar o processo de empoderamento de suas pacientes se mostrando ativos nesse processo de autoconhecimento (SOARES, 2012, pp. 59).

No caso de adolescentes é ainda mais importante e necessário a adoção de um novo paradigma pois uma situação de saúde resulta de múltiplos fatores que interagem entre si. O *Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Reprodutiva* (2013) do Ministério da Saúde coloca o acolhimento como uma das formas de se concretizar essa humanização dos serviços de saúde em que os profissionais deveriam demonstrar uma postura capaz de acolher, escutar e definir as melhores respostas de inteiro acordo com o paciente compartilhando visões e saberes para o enfrentamento do incômodo, doença ou situação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 31).

Sabendo que é direito de toda a pessoa humana viver e aproveitar da sua sexualidade de modo a não sofrer constrangimento, discriminação ou qualquer outra forma de violência, independentemente da cor, raça, etnia, idade, religião, situação econômica, situação de saúde,

trabalho e orientação sexual (UNFPA, 2016) o acolhimento se torna imprescindível para que a pessoa, principalmente, a adolescente não desista de procurar ajuda e/ou tratamento devido a profissionais da saúde que muitas vezes constroem barreiras para a acessibilidade do direito à saúde violando o princípio da equidade e da universalidade do atendimento no Sistema Único de Saúde – SUS por carregar estigmas e atitudes opressivas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 31).

As relações entre as profissionais de saúde e as pessoas assistidas devem ser pautadas e construídas pela confiança e empatia. Demonstrar compreender uma realidade diferente da vivida é fundamental para a corresponsabilidade na produção positiva de saúde. Como apontado no parágrafo acima, é fundamental que a pessoa usuária do serviço de saúde seja atendida de forma que sejam valorizadas as suas singularidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 33-36).

Essa abordagem que é centrada na pessoa e não apenas em sua doença buscando analisar e compreender a pessoa como um ser inteiro e que vive em determinado contexto de vida e desenvolvimento pessoal é muito importante quando se fala em adolescentes pois não é suficiente tratar determinada doença se a adolescente voltará para um ambiente que a adoce física e mentalmente. Acolher e oferecer a escuta qualificada a uma adolescente é o primeiro passo para auxiliar em seu processo de saúde-doença. Ouvi-la quanto as suas interações familiares, por exemplo, pode ser de grande ajuda para a profissional compreender o porquê do adoecimento, mas também para promover a prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, pp. 38).

A comunicação entre as profissionais de saúde e as adolescentes com a escuta qualificada, atenta e que acolha gera um momento em que a dignidade da adolescente é respeitada e que pode assumir plenamente seu significado (GODOI, GARRAFA, 2014, 160-162).

Infelizmente, há muitos problemas quando se analisa de forma concreta como é feito o acolhimento de crianças e adolescentes nas escolas pelos programas de saúde integral a adolescente. As autoras Debora Diniz e Lucélia Luiz Pereira no artigo *Educação sexual para adolescentes: um estudo sobre moralidades dos aconselhadores* (2010) analisam os valores e representações sociais a respeito do exercício da sexualidade na adolescência a partir da visão das profissionais da saúde e educação que compõe a equipe de atendimento de população pelo Programa Integral ao Adolescente (PRAIA) desenvolvido em Taguatinga no Distrito Federal.

As autoras revelam que são inúmeros os conflitos morais envolvidos no aconselhamento e atendimento as adolescentes em que há clara influência de moralidade sexual pela forma que as informações são passadas. A desigualdade de gênero, o preconceito e a desinformação se mostram um risco para a sexualidade das adolescentes, o que levou a construção e implementação de projetos como o PRAIA que buscam a melhoria da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes para além da prevenção de ISTs e gravidez precoce. Entretanto, as autoras apontam que as profissionais possuem muita dificuldade em lidar que adolescentes possuem vida sexual ativa reforçando discriminações, preconceitos e afastando a adolescente que permanece com dúvidas e inquietudes (DINIZ, PEREIRA, 2010, pp. 225-227).

O espaço de aconselhamento acaba por se tornar um espaço de disseminação da moral própria de cada aconselhador confundindo-se com o suposto código profissional que procura lidar com a diversidade. Quanto ao gênero, muitos profissionais confessaram que nunca haviam pensado em entregar preservativos para as adolescentes mulheres. Havia muita dificuldade também em explicar como era feito o aconselhamento sobre orientação sexual e ficou perceptível o caráter intolerante de muitos dos profissionais. Além disso, muitos só consideravam lícita a atividade sexual quando envolvida no matrimônio ou nas que de fato tinham afeto, demonstrando que a intervenção era amplamente baseada em juízos de moralidade negativa sobre a conduta sexual das e dos adolescentes que geravam culpa e afastamento (DINIZ, PEREIRA, 2010, pp. 230-235).

A pesquisa mostrou que mesmo o Ministério da Saúde possuindo bons documentos sobre diretrizes dos programas, tais dispositivos não são discutidos e utilizados pela equipe. Assim, cada aconselhador trabalha da sua maneira, alguns promovendo a autonomia e outros a virgindade, por exemplo. O trabalho concluiu que o discurso sobre educação e prevenção nas escolas é utilizado para controlar as práticas sexuais e valores que são considerados desviantes na sociedade, estigmatizando e discriminando adolescentes ao invés de oferecer a escuta qualificada e apoiadora. Predomina-se, então, a educação heteronormativa, com a valorização da relação sexual apenas em casos de matrimônio e naturalização dos estereótipos de gênero pela negação do prazer (DINIZ, PEREIRA, 2010, pp. 232-237).

Embora tenha ocorrido avanços nas políticas de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes é necessário que haja qualificação dos profissionais para que seus próprios valores e crenças não sejam utilizados na dimensão da ética de intervenção. Portanto, a devida atenção à saúde da adolescente só ocorre diante de um atendimento livre de julgamentos que não violem o direito da autonomia e que não gerem uma relação desigual entre profissional da saúde ou

educação e a paciente. As autoras afirmam que só é possível trabalhar com prevenção e diminuição de vulnerabilidades com a participação da adolescente como sujeito ativo no aconselhamento com as demandas sendo acolhidas e discutidas de forma atenciosa (DINIZ, PEREIRA, 2010, pp. 238-239).

A ausência dos direitos sexuais e reprodutivos que envolvem a saúde sexual e reprodutiva ataca diretamente a possibilidade de realização de expectativas das adolescentes e dos adolescentes. Ataca o seu potencial de crescer de forma saudável e diante de todo o seu potencial em desenvolvimento. Reitera-se aqui, as recomendações presentes no documento da *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (1994)* exposto no capítulo anterior em que se tem como obrigação dos países, responsabilizando-os politicamente pela ampliação do acesso a informações corretas e de qualidade para que as adolescentes consigam alcançar a fase adulta de forma madura e responsável; ações específicas para as adolescentes em situação socioeconômica desfavorável por serem mais vulneráveis a violência sexual e exploração; a capacitação de profissionais da saúde que consigam orientar as adolescentes garantindo o direito ao sigilo e o respeito ao assentimento dessa população (UNFPA, 2009, pp. 280).

### **Capítulo 3 – Perspectivas de transformação para a população adolescente-jovem junto a sociedade e ao Estado**

Até aqui o trabalho discorreu sobre a população adolescente na faixa etária de 10 a 19 anos incompletos, mas ao se pensar no futuro é necessário que seja incorporado o conceito de juventude. Será utilizado a faixa etária recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em que a juventude é a fase da vida dos 15 aos 24 anos de idade, a fase da vida situada entre a infância/adolescência e a fase adulta. No capítulo anterior foi falado sobre a grande necessidade do acesso à saúde pela população adolescente, nesse capítulo será discutido, também, o acesso à educação como um poderoso meio de reduzir as desigualdades.

As realizações ocorridas na fase da adolescência possuem forte influência no futuro das e dos adolescentes e irão colaborar para a ampliação ou limitação da vida adulta. É importante dizer, apesar da faixa etária bastante definida, que a juventude para além da biologia e marco etário, está completamente envolvida no contexto socioeconômico, político e cultural de acordo com cada localidade. Assim, é fundamental que as especificidades da população-jovem sejam levadas em consideração na proteção, promoção e efetivação de seus direitos (UNFPA, 2010, pp. 15).

A sociedade frequentemente coloca a jovem em situações dúbias de tratamento. As vezes é considerada uma adulta que já responde por todas as suas decisões, mas outras vezes é considerada uma criança que não compreende o que diz e precisa viver um pouco mais para proferir opiniões e realizar ações. A fase da adolescência e juventude é sem sombra de dúvidas uma fase que precisa de cuidados e proteção, mas a jovem é capaz de se mostrar ativa e participativa (UNFPA, 2010, pp. 16).

Por isso, as políticas públicas específicas para a juventude são fundamentais para que a jovem alcance seu pleno potencial e as referências para a construção dessas políticas precisam ter o enfoque de participação dessa população. A/o jovem necessita de um espaço aberto ao diálogo que não a veja como um problema e sim como uma pessoa em desenvolvimento com potencial para se tornar agente de sua própria vida se dado as reais oportunidades e investimentos (UNFPA, 2010, pp. 17).

O *Programa de Ação* da CIPD (1994) afirma a importância do estímulo a participação social de jovens para promover a equidade de gênero e assim se ter uma sociedade igualitária entre gêneros, raça e classe. Um dos pontos mais essenciais é o

acesso à educação de meninas e meninos. O melhor nível educacional indica redução de casamentos precoces de meninas e a educação sexual é fundamental para evitar gravidezes não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis (UNFPA, 2010, pp. 33-34).

Qualquer ação, política ou programa específico para a população adolescente e jovem deve levar em consideração as condições sociais e pessoais específicas de vulnerabilidades e desigualdades em decorrência de raça, etnia, classe, orientação sexual, religião ou qualquer outra que retira o pleno acesso aos direitos (UNFPA, 2010, pp. 43).

Quando se fala em direitos sexuais e reprodutivos, tema desse trabalho, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) não dispõe de meios que garantam o pleno acesso à educação sexual e de direitos sexuais e reprodutivos aos direitos das e dos adolescentes, principalmente de faixa etária menores. Dessa forma, apesar dos avanços nacionais relacionados ao tema, essa falta da abordagem de forma expressa na lei causa inúmeras controvérsias sobre a possibilidade de implementação e de políticas e ações sobre sexualidade nas escolas (UNFPA, 2010, pp. 81)

É comum haver a discussão sobre os pontos negativos da sexualidade. No ECA, por exemplo, há medidas de proteção e prevenção para crianças e adolescentes quanto ao abuso, exploração e violências sexuais, mas não há na lei qualquer artigo que expresse a sexualidade de forma positiva, por exemplo, pelo dever do Estado em fornecer educação sexual correta e adequada nas escolas (UNFPA, 2010, pp. 81).

O documento *Diretrizes para Implementação do projeto Saúde e prevenção nas escolas* foi apresentado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação em 2006 às instituições de educação e saúde, apresentaram as diretrizes para a correta implementação do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE), o projeto contou com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e representou um marco em que a escola passou a ser considerada um amplo espaço para a articulação de políticas específicas para adolescente por meio da participação desse processo de: estudantes, família e profissionais tanto da educação quanto da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pp. 6).

O projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” foi criado pelo Ministério da Saúde e Educação em 2003 com o principal objetivo de promover ações sobre saúde sexual e

reprodutiva, visando diminuir as vulnerabilidades que as adolescentes enfrentam nessa fase às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e à gravidez não-planejada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pp. 7).

A finalidade do Projeto traz inúmeros pontos importantes, dentre eles:

1) Ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não-governamentais visando à integração de esforços para a formação integral do educando; 2) Fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade; 3) Apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde para responder às diferentes situações relacionadas à vivência da sexualidade no cotidiano dos adolescentes e jovens escolarizados; 4) Promover a ampliação da capacidade de acolhimento das demandas em saúde da população jovem nas Unidades Básicas de Saúde; 5) Constituir uma rede integrada saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem. • Promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”; 6) Promover a elaboração de materiais didático-pedagógicos que possibilitem a acessibilidade de jovens com deficiência auditiva e visual, prevendo a publicação desses materiais em Braille. Além disso, os atendimentos de educação e saúde devem incluir intérpretes; 7) Construir redes para a troca de experiências entre participantes do Projeto nos diversos estados e municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pp. 17)

Os Ministérios apontam que o sucesso para as ações nas escolas e para a consolidação de outras políticas públicas dependem do compromisso das gestoras de políticas públicas, profissionais de saúde, comunidade escolar e o mais importante: pela participação ativa das alunas e alunos. O incentivo por parte do governo em articular diversas instâncias e a sociedade civil é fundamental para a efetivação do projeto reconhecendo que a população é sujeito integral desse processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pp. 10 e 16).

Como falado no capítulo anterior, é fundamental que as adolescentes sejam acolhidas pela escuta qualificada e interessada e que suas demandas sejam respeitadas. Além disso, é necessário um trabalho especial com as famílias e a comunidade próxima para que aceitem que é um direito das e dos adolescentes de terem apoio quanto a própria

sexualidade de forma aberta e por meio do diálogo participativo, livre de preconceitos e violências.

Em geral, adolescentes meninas e meninos declaram que é mínimo ou até ausente as conversas com os familiares sobre sexualidade em casa. O que acontece é uma vaga preocupação quando a filha ou filho começa a namorar, mas a preocupação das mães, pais e responsáveis também é uma preocupação negativa. No sentido de que é apenas preocupado e demonstrado interesse em saber se ambos se protegeram para evitar que se “engravidem a filha dos outros” ou contrair alguma infecção sexualmente transmissível. Não é levado em consideração que adolescentes se relacionam e que isso é mais que um ato físico, que há uma necessidade de expressar sentimentos (SANTOS, JUAREZ, MOREIRA, 2002, pp. 128-129).

Existe o questionamento do porquê a faixa etária é tão ampla, de 10 a 24 anos e se não seria muito cedo para meninas e meninos de 10 anos aprenderem sobre sexualidade com receio de que as crianças na fase da pré-adolescência possam querer se envolver em uma idade não adequada, por exemplo.

O que é necessário dizer quanto a isso é de que há diferentes formas de se abordar sexualidade de acordo com cada faixa etária e desenvolvimento psicossocial de adolescentes. Débora Diniz propõe na matéria *Você sabe do que está falando quando se diz contra a educação sexual nas escolas?* que adultas e adultos relembrem sobre a própria adolescência e pense como que foi o processo de aprendizagem sobre relações sexuais, formas de prevenção, de sentir prazer, sobre gravidez e infecções sexualmente transmissíveis. Provavelmente não foi em casa em diálogo com a família (DINIZ, 2016).

A idade de 10 anos é decisiva para o futuro de milhares de meninas e impedir que haja uma transição saudável, segura e que forneça incentivos para que se alcance a juventude e fase adulta de forma confiante e autônoma é uma violação de direitos que reduz o potencial e a capacidade de principalmente meninas, mas também de todo um país (UNFPA, 2016, pp. 3)

No relatório *Situação da população mundial* lançado pelo Fundo de População das Nações Unidas em 2016 é amplamente defendida o poder da educação e em especial da educação integral para a sexualidade. O documento defende que apesar dos programas de educação para a sexualidade se iniciarem para adolescente de 12 a 14 anos, seria de enorme benefício que fosse expandido para grupos de 10 anos pois em algumas partes do

mundo, uma menina de 10 anos já tem idade para ser obrigada a casar, gerando relações sexuais coercitivas e possivelmente uma gravidez precoce anos depois que irá interferir no acesso à educação formal e em um emprego qualificado. (UNFPA, 2016, 50-62).

Os investimentos da saúde sexual e reprodutiva de meninas geram acesso à educação sexual, ao acesso a métodos contraceptivos e a diminuição na fecundidade. Aos 10 anos existe a potencialidade de moldar um futuro diferente se houver investimentos na educação, na qualidade de vida e no empoderamento de meninas por meio do aumento da visibilidade e representação de mulheres para que se possa reduzir cada vez mais as estruturais patriarcais que insistem em dizer que o local de meninas e mulheres seja o doméstico e privado (UNFPA, 2016, pp. 52).

Se os governos em conjunto com organizações da sociedade civil, a comunidade, as famílias trabalhassem em conjunto, com recursos e investimento adequados, muitas meninas que hoje possuem 10 anos teriam grandes chances de se tornar uma mulher adulta com saúde, qualidade de vida, com um emprego qualificado e sendo economicamente produtiva (UNFPA, 2016, pp. 64)

Não é novidade que o Brasil enfrenta baixa qualidade nos serviços prestados por falta de investimento do governo. As desigualdades na saúde e educação seguem a mesma influência de outras inequidades presentes na nossa sociedade: pobreza, exclusão social e a omissão do Estado. Os países periféricos possuem inúmeras situações persistentes e aqui se defende que se for feito a priorizações de recursos de forma correta em ações e políticas que fornecem apoio à meninas e meninos não haveria necessidade de continuar na tentativa de acabar com as situações persistentes nesses países (UNFPA, 2016, pp. 64-65).

No primeiro capítulo foi possível perceber que o Brasil participou e assinou diversos tratados sobre direitos humanos e dignidade humana. A própria *Constituição Federal* (1988) promulgada pós período ditatorial revela o destaque aos direitos humanos pelo o grande número de artigos que defendem direitos e garantias fundamentais, fruto da luta da sociedade civil e grupos políticos (CANÇADO, 2006, pp. 427-428).

Porém, apesar da incorporação da linguagem política dos direitos humanos em nossos documentos, a ligação com políticas neoliberais no início da década de 90 pelo processo de globalização gerou a diminuição da deliberação do Estado transferindo-a para instituições do mercado. Essa mudança leva a cortes nos gastos da saúde, educação e

demais direitos sociais, e intensas tentativas de privatização que geram a continuidade de problemas sociais muito acentuados (FUHRMANN, 2004, pp. 113).

A atuação do Estado é imprescindível para a melhoria do acesso à saúde e educação, entretanto, a maximização do mercado com a ampla interferência de instituições financeiras nas políticas públicas vem gerando uma supressão de direitos fundamentais e o estabelecimento de que o acesso é um bem que deve ser comprado e não um direito da população. Essa visão destrói o acesso aos direitos humanos e fundamentais para a grande parte da população que não possui condições socioeconômicas e a que mais necessita desses serviços (KLISKBERG, 2007, pp. 143-187)

Boaventura Sousa Santos afirma que a globalização econômica que estamos vivendo já está concretizada e o capitalismo globalizado não permite que haja convivência entre esse regime econômico e a democracia e os direitos humanos (SOUSA SANTOS, 2002, pp. 25-102). Portanto, a luta pelos direitos humanos é profundamente contra hegemônica (GELMAN, 2006, pp. 77-79)

Assim, apesar da instalação da democracia no Brasil e da adesão formal aos direitos humanos, é perceptível o afastamento entre o discurso e a implementação do que foi acordado, especialmente quando se trata de populações de baixa renda. Se faz extremamente necessário um monitoramento contínuo das ações que foram acordadas. A sociedade civil em conjunto com as Nações Unidas pode auxiliar de modo decisivo nessa observação diante da abertura dos debates nas Conferências Mundiais que são realizadas (CANÇADO, 2006, pp. 429). O ativismo brasileiro pelos direitos humanos se utilizando do poder de denúncia no âmbito internacional pode dar início a um confronto com o Governo por meio do âmbito externo (GELMAN, 2006, pp. 81).

Como exposto no capítulo anterior adolescentes que possuem idade para procurar serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive com o acesso a métodos contraceptivos, são muitas vezes impedidas de usufruírem desses direitos. Seja porque há proibições em lei ou porque a família, a comunidade ou ainda as profissionais de saúde possuem visões moralistas que distanciam a adolescente desse processo de conhecimento e promoção da saúde (UNFPA, 2016, pp. 69).

O projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” foi reformulado em 2005 após desenvolver e implementar o sistema de monitoramento e avaliação do programa o que

foi fundamental para continuar desenvolvendo melhorias nas unidades escolares. Além disso, o projeto se apoia na contínua formação de profissionais da educação e da saúde objetivando proporcionar as melhores estratégias educativas para que o conhecimento à respeito da promoção da saúde, prevenção e sexualidade de forma seja compartilhado de forma cativante para o público adolescente. O projeto não é o mesmo em todas as unidades escolares do Brasil, respeitando e dando importância as diferentes ações realizadas nas diferentes regiões que possuem inúmeras diferenças e formas de transmitir saberes. A riqueza de experiências colabora com um amplo quadro de boas práticas espalhadas pelo país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, pp. 16-18)

Há evidências confirmativas de que a educação sexual não incentiva as relações sexuais precocemente e sim gera um impacto positivo sobre comportamentos sexuais saudáveis, seguros e respeitosos e podem até postergar o início da atividade sexual por entenderem que a escolha deve ser própria, livre de abusos e coerção. A educação sexual para adolescentes de 10 a 14 anos é fundamental por se tratar do fim da infância e metade da adolescência, preparando para que meninas e meninos tenham uma vida adulta com saúde plena sexual e reprodutiva e comportamentos não abusivos que promovam a igualdade de gênero (UNFPA, 2016, pp. 68).

O conceito de equidade reconhece necessidades específicas de cada população, é o ponto de partida para se pensar em ações e programas visando a igualdade. É preciso que se pense nas diferenças e se essas diferenças causam benefícios ou malefícios a cada grupo. A igualdade não visa acabar com as diferenças e padronizar a sociedade e sim alcançar a justiça social (GARRAFA, OSELKA, DINIZ, 1997, pp. 30).

As masculinidades estão fortemente enraizadas na sociedade e dificultam o alcance do fim da desigualdade de gênero. Desde pequenos os meninos são ensinados a demonstrar atitudes abusivas e violentas para se manterem no controle e poder. O “ser homem” é por muitas vezes incentivado a fazer uso de violência e coerção, minando qualquer possibilidade de se ter um relacionamento satisfatório e com reciprocidade no respeito (UNFPA, 2016, pp. 75-76).

Gary Barker em *A saúde do homem adolescente: uma perspectiva de gênero aplicada ao masculino* que compõe o documento *Saúde do Adolescente: competências e habilidades* do Ministério da Saúde aponta que existe uma tendência estrutural a ver as mulheres como meros objetos sexuais e o uso de força e coerção para se obter a relação sexual, muitas vezes configurando como estupro. Esse comportamento masculino mostra

que é essencial que se discuta gênero com ambos os sexos afim de prevenir situações de violência e risco. Meninos tendem a querer demonstrar que são bem informados sobre sexo retirando a possibilidade de expressar dúvidas e essa postura, frequentemente oculta quão mal informados eles são a respeito de saúde sexual e reprodutiva e sobre o próprio corpo delegando tais preocupações as meninas e as mulheres. A educação sexual masculina geralmente é dada por outros meninos e homens que se mostram ainda mais desinformados o que causa uma perpetuação de atitudes violentas e irresponsáveis (BARKER, 2008, pp. 223-227).

As relações de gênero não são estáticas, podem mudar positivamente e deve-se dar a devida atenção a como os meninos estão se tornando homens adultos em nossa sociedade. Dessa forma, é preciso derrubar as barreiras e desenvolver o fim da desigualdade de gênero. Para isso, é preciso que adolescentes meninos também sejam envolvidos nas ações e políticas voltados aos direitos sexuais e reprodutivos e saúde. Os meninos além de se beneficiarem dessas práticas pois também possuem necessidades específicas e possuem direitos, são importantes aliados no empoderamento de meninas (UNFPA, 2016, pp. 75).

No Brasil há algumas boas práticas que procuram incentivar a sensibilização a respeito das questões de gênero e violência contra a mulher por meio da conscientização de meninos e jovens. O Estudos e Comunicação em Sexualidade e Saúde Reprodutiva – ECOS em São Paulo, Programa de Apoio ao Pai Adolescente – PAPAÍ em Recife e o Instituto Promundo, no Rio de Janeiro, trabalham os papéis de gênero com adolescentes homens objetivando a promoção da equidade de gênero nas relações com as parceiras. O Centro de Educação em Saúde – CES, em São Paulo, também analisa a socialização masculina e os malefícios trazidos também aos homens e procuram tornar os adolescentes e adultos autocríticos capazes de refletir sobre o uso de violência para afirmação da masculinidade (BARKER, 2008, pp. 228-229).

O autor aponta que existe uma dificuldade em atrair adolescentes homens para as atividades voltadas a saúde sexual e reprodutiva e que os profissionais de saúde e educação possuem próprios preconceitos sobre a adolescência e ao gênero, entretanto, se faz necessário pensar em formas de engajar ainda mais esse grupo populacional (BARKER, 2008, pp. 229).

Meninas e meninos adolescentes devem usufruir de igualdade de oportunidades quanto à saúde e a educação formal, e no recebimento de instrução de acordo com à idade

a fim de tomar decisões em relação a sua própria vida e saúde diante do seu desenvolvimento (UNFPA, 2016, pp. 81).

O relatório da *Situação populacional mundial* de 2016 aponta dez ações essenciais que envolvem a legislação, serviços, políticas, investimentos, dados e normas e devem contar com a participação ampla da sociedade, principalmente de pessoas que já advogam pelas jovens e pelos seus direitos sexuais e reprodutivos, em conjunto com os Estados (UNFPA, 2016, pp. 91-92), porém, é fundamental compreender que a solidariedade é acolhimento e construção. A busca por equidade não deve ser hierarquizada e todas podem e devem contribuir para a transformação social (NASCIMENTO, GARRAFA, 2011, 296)

A população brasileira com idade entre 10 e 24 anos é de mais de 50 milhões representando quase 24,3% da população (IBGE, 2017). No mundo, a população jovem chegou ao 1,8 bilhão e isso significa que com o apoio e investimento apropriado, de acordo com as demandas reconhecidas por meio da participação desses jovens, a população-jovem tem um grande potencial produtivo, inovador e dinâmico (UNFPA, 2014, pp. 91).

O desenvolvimento das e dos jovens está profundamente relacionado à lógica dos direitos humanos como o de acesso à saúde e à educação. Geralmente os direitos universais não são definidos por idade, mas a população jovem frequentemente sofre violações de direitos. Os acordos internacionais das Nações Unidas mantêm uma parte específica para jovens compreendendo de forma ampla que a população-jovem é possuidora de direitos, mas falta uma abordagem mais focada de que as e os jovens são diferentes entre si diante do gênero, raça, etnia, classe, local onde vive, religião, orientação sexual e que essas condições geram uma melhor ou pior oportunidade e qualidade de vida (UNFPA, 2014, pp. 93).

A linguagem dos direitos humanos vem, ao longo das décadas, se mostrando um forte mecanismo para a concretização de melhorias e reivindicação popular diante dos governos. A população-jovem sendo reconhecida como “sujeito de direitos” é elevada para o patamar de titular de direitos humanos e não mais uma usuária ou consumidora dos serviços de saúde e educação vinculada a alguma responsável (CANÇADO, 2006, pp. 413).

Os direitos humanos buscam dar força ao ativismo social que luta em favor da população vulnerável tendo como objetivo a libertação e empoderamento. A *Constituição Federal Brasileira* (1988) prevê acesso ao direito à saúde. Essa assistência à saúde, principalmente ao cuidado à saúde pelo SUS, não pode ser confundido pelo assistencialismo em que os governos geram dependência das cidadãs por ações públicas que as manipulam ao invés de as libertarem (SOARES, 2013, pp. 253).

Deve-se tomar cuidado, também, com ações solidárias providas de instituições privadas em uma tentativa de substituir o Estado. Doam-se auxílios pontuais que melhoram a condição de vida da população mais necessitada por um curto espaço de tempo, mas essas ações não buscam pela transformação da sociedade e assim, auxiliam na manutenção das desigualdades sociais (SOARES, 2013, pp. 247).

É necessário que a população-jovem tenha acesso a um ambiente propício ao seu desenvolvimento e não apenas ações que ocorrem durante um único dia do ano. É preciso que haja a mobilização política e não o silenciamento e dependência. (UNFPA, 2014, pp. 94-96).

O que é defendido nesse trabalho é a participação da sociedade civil pelo conceito de solidariedade crítica trazido em *O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética* por Volnei Garrafa e Sheila Soares. Um processo participativo que envolve a sociedade civil e o Estado que tem a cooperação entre a população como ponto fundamental para a construção desse processo. Essa cooperação busca promover o desenvolvimento econômico e social estimulando a autoconfiança da população. O ativismo orgânico e coletivo é motivado e organizado pelo objetivo de trazer reais e includentes transformações sociais. Esse termo foi desenvolvido por analogia ao conceito de intelectual orgânico desenvolvido por Antonio Gramsci (1979) e é compreendido como a “participação ativa e voluntária na construção e implementação de condições fundamentais para a democratização efetiva do Estado”, principalmente impondo a implementação de políticas públicas (SOARES, GARRAFA, 2013, 253-254).

A solidariedade crítica entende que a participação da sociedade de forma comprometida e politizada pelo voluntariado orgânico é fundamental para reduzir as desigualdades sociais e promover a cidadania. A justiça social por meio de uma sociedade igualitária é alcançada pelo reconhecimento das necessidades específicas de cada grupo populacional, pelo respeito a diversidade e pluralismo (NASCIMENTO, GARRAFA, 2011, 296).

Uma das formas que se pode mobilizar a vontade política é por meio de jovens líderes que destacam a importância da população-jovem e com as próprias vozes compartilham percepções, demandas e questionam premissas. Os movimentos de jovens vêm ao longo dos anos demonstrando o poder e a vontade pela transformação social (UNFPA, 2014, pp. 96).

Questionar premissas é essencial para que a sociedade e o governo compreendam que se deve apoiar e aceitar o exercício de direitos. Ainda é muito comum adultos acharem que adolescentes e jovens não são sexualmente ativos e essa premissa leva então a também acreditarem que como não há relação sexual, não há o porquê tratar de direitos sexuais e reprodutivos dessa população. É um erro pensar dessa forma e um erro grave diante de todas as consequências já expostas. Informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva são um direito e fundamentais para que meninas e meninos possam seguir pela adolescência e juventude de forma saudável e exercendo todo o seu potencial (UNFPA, 2014, pp. 96).

No Brasil, o coletivo autônomo Manguieras desde 2015 realiza o trabalho de exigir por melhorias e pelo amplo e pleno acesso aos direitos sexuais e reprodutivos da população-jovem. São jovens feministas de diferentes idades e trajetórias que se uniram e organizam workshops, campanhas e oficinas com uma perspectiva integral e interseccional a partir do reconhecimento da diversidade e com o objetivo de capacitar jovens que possam capacitar outros jovens em um processo de multiplicação de desenvolvimento de capacidades e disseminação de conhecimentos sobre os próprios direitos.

Assim, o movimento de jovens que questionam premissas e normas na sociedade se faz extremamente necessário. Quando se é passado o conhecimento sobre direitos e equidade, há a compreensão do que é que mina capacidades e potencialidades. Assim, começa uma mobilização para envolver familiares, a comunidade, os centros escolares e de saúde e apontar como tais ações são prejudiciais. Visa-se uma mudança positiva e acolhedora capaz de reconhecer que a e o jovem possuem direitos e opiniões próprias e há a preocupação política e social por parte dessa população. (UNFPA, 2014, pp. 98).

A população adolescente e jovem quer mudanças, quer investimento, quer viver livre de opressões e violência. A representatividade expressiva se faz muito importante. Em um país como o Brasil que quase ¼ da população é jovem e que segue a tendência mundial, não é aceitável que se continue a negligenciar uma população que necessita de

cuidados, apoio e acolhimento para florescer. Não é possível pedir por mudanças e progressos e não incluir as pautas da população-jovem na agenda política. Somos herdeiras e herdeiros de um futuro incerto e com inúmeras responsabilidades. É extremamente necessário e urgente que as e os jovens sejam estimulados a crescer de forma confiante e realizadora.

O empoderamento dos jovens por meio da educação e do acesso a saúde, principalmente sexual e reprodutiva, demanda resgatar a dimensão ampliada do conceito de cidadania. É muito importante a conscientização e disseminação da existência de todos os marcos legais nacionais e internacionais que legitimam os direitos da população adolescente também por parte da própria população adolescente quanto por parte dos profissionais da saúde e educadores que por vezes não conhecem as diretrizes das ações e programas para as quais trabalham. Assim, as políticas públicas devem ser voltadas em direção à justiça e inclusão social. (SOARES, 2012, pp. 56-60)

A problemática dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil não parece ter uma solução clara. Existe o debate, acordos e tratados foram assinados pelo país, mas salvo algumas ações e programas, não é suficiente e contínuo. O governo não prioriza as políticas públicas que garantem esses direitos e parecem oscilar frequentemente diante das demandas advindas do mercado e dos setores conservadores. Ignora as responsabilidades e os compromissos firmados na defesa dos direitos humanos básicos e em consequência ignoram a transformação socioeconômica que seria gerada pela garantia destes (ZURUTUZA, 2001, pp. 193-195)

Porém, cabe dizer que a sociedade civil deve se mobilizar em favor dos direitos sexuais e reprodutivos e demandar a quebra do status quo que desrespeita e coloca barreiras no exercício pleno da sexualidade e da reprodução diante do capital material e simbólico individual ao invés de responsabilizar o Estado pela garantia desses direitos. A autora Cristina Zurutuza aponta que é preciso um debate sobre liberdade e também sobre responsabilidade e convoca homens e mulheres para a construção de uma Convenção Interamericana pelos direitos sexuais e reprodutivos. A autora não se diz ingênua em relação a eficiência de dispositivos jurídicos para a busca da transformação social e política mas acredita que um acordo mesmo que incompleto e precário suavize o poder bruto que é comandado pelo dinheiro, pela autoridade das instituições e pelas relações de gênero. Aponta assim que mesmo diante dos problemas, é um dos únicos meios para proteger de situações de vulnerabilidades e desproteção e para visibilizar temas que o

atual modelo capitalista econômico empurra para as margens do significado social hegemônico (ZURUTUZA, 2001, pp. 202).

O presente trabalho, entretanto, além de incluir a participação da população jovem tanto na construção da possível Convenção quanto em ONGs, movimentos sociais e coletivos presentes na sociedade civil acredita que é preciso mobilização, organização e solidariedade para que as pautas e projetos não só saiam do papel como se concretizem da forma como foram propostas; desconstruindo estruturas patriarcais, racistas e classistas da sociedade.

É importante dizer que a participação política se desenvolve tanto na esfera institucional quanto fora dela e principalmente nas ruas. As lutas pela redemocratização no Brasil tiveram e ainda tem intensas mobilizações levadas pelos movimentos sociais. Passeatas, manifestações públicas, greves devem ser entendidas como formas de participação políticas para além de simples atividades de caráter extra institucional. Thiago Trindade aponta que a rua necessita ser mais valorizada nas análises referentes a construção da democracia. O protesto tem papel fundamental na luta por ampliação e pela garantia de direitos básicos e também humanos demonstrando que há múltiplas esferas e contextos para além de ser somente os pontos de encontro entre Estado e ativismo social (TRINDADE, 2015, pp. 11-26).

O ativismo orgânico busca envolver a sociedade civil e o Estado, mas como dito parágrafos acima, é a cooperação entre a população que é ponto fundamental desse processo. O trabalho mostrou que já houveram diversos marcos e construções de documentos referente aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes. Os programas e documentos propostos pelo Ministério da Saúde são de enorme preocupação e cuidado para com essa população jovem, mas as desigualdades socioeconômicas, de gênero, raça e as relações de poder assimétricas ainda perpetuam na sociedade e muitos direitos são violados.

## **Conclusão**

Como conclusão tira-se que os direitos sexuais e reprodutivos ao passar das décadas foram se estabelecendo conceitualmente e ganhando contornos de direitos humanos entre as organizações internacionais e governamentais. A garantia desses direitos deve ser feita de duas formas: promoção de serviços de saúde e educação por parte do Estado e a não interferência do mesmo diante de questões individuais ligadas a própria sexualidade.

Assim, muito foi debatido nas últimas décadas a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens adultos como da população-jovem que foi tema desse trabalho. Os marcos nacionais e internacionais apontam medidas, ações e formas de fazer com que esses direitos sejam respeitados e garantidos, inclusive com a utilização de mecanismos de avaliação e monitoramento de políticas públicas. Entretanto, esses acordos e programas e nem mesmo a Constituição Federal brasileira conseguem efetivar tais direitos humanos. Apesar de importantes textos norteadores, não são suficientes.

É feito a defesa da mobilização da sociedade civil de forma organizada e solidária por meio do ativismo orgânico para pressionar o Estado e fazer com que as vozes sejam ouvidas. No caso da população-jovem é ainda mais necessário que essa população tenha suas demandas ouvidas e levadas com seriedade. Acredita que deva ser desenvolvido um processo de multiplicadores de jovens líderes na luta por direitos sexuais e reprodutivos.

O Ministério da Saúde possui dezenas de documentos que indicam diretrizes de como oferecer um cuidado a saúde de forma humanizada e integral, mas o modelo biomédico mecanicista é o que ainda se mantém nas áreas da saúde. Além disso, apesar dos documentos pontuarem uma visão livre de violências e opressões, o atendimento se baseia na moral de cada profissional da saúde, assim, o tratamento depende da sorte em encontrar uma profissional da saúde que questione suas próprias moralidades e formas de ver a sociedade.

Foi apresentado algumas dificuldades em se fazer o atendimento de adolescentes no campo biomédico por causa da pouca idade e como resolver situações éticas sem se utilizar de recursos paternalistas e que silenciam e retiram a adolescente da tomada de conhecimento e decisão. A relação entre profissional e paciente devem ser pautadas na confiança e empatia que busque o melhor para a paciente de forma que ela seja inserida

na discussão sobre a sua própria vida e corpo. O estigma e a discriminação levam ao afastamento da população-jovem assim como o receio de que seu direito à privacidade e ao sigilo não sejam respeitados.

A sexualidade faz parte da vida de adolescentes, de diferentes orientações sexuais, e é preciso que se lute pelo direito de usufruir da sexualidade de forma plena, saudável, segura, sem qualquer constrangimento, sem qualquer discriminação e violência e com métodos acessíveis para não contrair nenhuma doença sexualmente transmissível e não gerar uma gravidez não planejada. A discussão aberta, isenta de tabus e positiva faz toda a diferença na prevenção e cuidado da saúde sexual e reprodutiva da população jovem.

Não é correto acreditar que a população-jovem além de não manter relações afetivas e sexuais, não possuem capacidades de decisão. É uma fase de desenvolvimento psicossocial que necessita de cuidado e proteção, mas que haja estímulo para que possa com o passar dos anos se envolver de forma autônoma.

O Brasil e o mundo perdem muitas possibilidades de crescimento quando não investem no potencial de jovens. A falta de investimento principalmente na área da saúde, educação e empregabilidade mantém as situações persistentes como a pobreza e a exclusão social. Além disso, a dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos mina ainda mais essas potencialidades, principalmente as meninas e adolescentes que correm o risco do casamento e da gravidez precoce, além de situações de exploração e abuso sexual.

O fato de vivermos em uma sociedade de estruturas patriarcais, racistas e classistas com um Estado voltado a economia neoliberal contribui para a obstrução da qualidade de vida e estímulo das potencialidades de jovens. Apesar das conquistas do movimento feminista e LGBT, há muito o que se lutar, principalmente, por um acesso a saúde e educação não-sexista e antidiscriminatória. É preciso denunciar que o Estado tem grande papel na perpetuação da desigualdade entre gêneros, independentemente se assinou acordos nacionais ou internacionais.

## Referências

ALBUQUERQUE, Railla, GARRAFA, Volnei. **Autonomia e indivíduos sem a capacidade para consentir: o caso dos menores de idade.** Revista bioética. (Impr.). 2016; 24 (3): 452-8

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 50 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial : saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da

Saúde, 2007. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; caderno n. 2)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Sexualidades e Saúde Reprodutiva – Adolescentes e jovens para a educação entre pares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. p. 32

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEn. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001. 304 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 248 p.

BOCK, Ana Mercês Bahia. **A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores**. Psicologia Escolar Educacional (Impressa). vol. 11. nº 1. Campinas Jan./June 2007

CANÇADO, Trindade. **A proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil**. 2.ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2000.

**Coletivo Manguieiras** – <http://coletivomanguieiras.org/>

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáquio; JANNUZZI, Paulo. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: **Indicadores**

**municipais de saúde sexual e reprodutiva** / Suzana Cavenaghi (Organizadora). - Rio de Janeiro: ABEP, Brasília : UNFPA, 2006. 282p.

DINIZ, Débora. **Você sabe do que está falando quando se diz contra a educação sexual nas escolas?**. Antropologia feminista. Revista Azmina: 2016. Disponível em: <http://azmina.com.br/2016/09/voce-sabe-do-que-esta-falando-quando-se-diz-contra-a-educacao-sexual-nas-escolas/>

\_\_\_\_\_. PEREIRA, Lucélia Luiz. **Educação sexual para adolescentes: um estudo sobre as moralidades dos aconselhadores**. SER Social, Brasília, 2010, n. 10, p. 225-240.

FERRAZ, Carolina Valença [et al]. **Manual dos direitos das mulheres** – São Paulo: Saraiva, 2013. – (Série IDP – Direito, diversidade e cidadania). Vários autores.

FUHRMANN, Nadia Lucia. **Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: A recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil**. Civitas, Porto Alegre, v. 4, nº 1, jan.-jun. 2004

FRIEDMAN, H. L. **The promotion of adolescent health: principles of effective intervention**. Mexico: Latin American and Caribbean Meeting on Adolescent Health, 1994. Mimeo.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. **Saúde pública, bioética e equidade**. Revista Bioética, Brasília, v. 5, n. 1, p. 27-35, 1997.

\_\_\_\_\_. Parte V – Temas Relevantes em Políticas e Sistemas de Saúde. **Bioética**. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

\_\_\_\_\_. **Inclusão social no contexto político da bioética**. Revista Brasileira de Bioética, 1(2): 122- 132, 2005.

GELMAN, Maia. **Direitos humanos: a sociedade civil no monitoramento**. Curitiba: Juruá; 2007.

GODOI, Alcinda, GARRAFA, Volnei. **Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização**. Saúde e sociedade. 2014, vol.23, n.1, pp.157-166. ISSN 0104-1290

KLISKBERG, Bernardo. **O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde pública** In: Kliskberg B; Sen Amartya. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

MUNHOZ, Luciana Batista. **O princípio da autonomia progressiva e a criança como paciente**. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em Bioética)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014

NAÇÕES UNIDAS. **População e Direitos: CIPD para além de 2014**. Brasil, 2013. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/06/UN-Position-Paper-Population-Rights.pdf>

NASCIMENTO, Wanderson Flor, GARRAFA, Volnei. **Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade**. São Paulo Saúde Soc. 2011;20(2):287-99.

PENA, Maria Valéria; CORREIA, Maria; BRONKHORST, Bernice; OLIVERIA, Isabel. **A questão de gênero no Brasil**. Brasília: BANCO MUNDIAL, 2005

PESSALACIA, Juliana, MENEZES, Elen, MASSUIA, Dinéia. **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública**. Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo - 2010;4(4):423-430

PONTES, Ângela Felgueiras. **Sexualidade: Vamos conversar sobre isso? Promoção do Desenvolvimento Psicossexual na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências de Saúde Mental) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Uma concepção multicultural de Direitos Humanos**. Revista Lua Nova, CEDEC – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, nº 39, 1997. Pp. 105-125

\_\_\_\_\_. **A globalização e as ciências sociais**. In: Os processos da globalização, São Paulo: CORTEZ, 2002<sup>a</sup>, Capítulo 1. pp. 25-102. .

SANTOS, Taís de Freitas. **Saúde sexual e reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar** – Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2002. 174p.

SOARES, Sheila, GARRAFA, Volnei. **O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética**. Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):247-258

\_\_\_\_\_. **Uma análise bioética sobre o processo de empoderamento do usuário como ferramenta para inclusão na saúde**. 2012. 160 f. Tese (Doutorado em Bioética) — Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

TAQUETTE, Stella. **Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes**. Cad. Saúde Pública v.21 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2005.

TRINDADE, Thiago Aparecido. **A participação para além dos espaços institucionais: o movimento de moradia e as ocupações de imóveis ociosos no centro da cidade de São Paulo (SP)**. 39º Encontro Anual da ANPOCS, 2015, Caxambu.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)

UNFPA. **Direitos da população jovem: Um marco para o desenvolvimento**. Vários colaboradores – Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Programa de Ação da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento** – Nova York: 2014. Ed. 20º aniversário.

\_\_\_\_\_. O poder de 1,8 bilhão – Adolescentes, jovens e a transformação do futuro. In: Situação da população Mundial 2014 – Brasil: UNFPA BRASIL, 2014.

\_\_\_\_\_. 10 anos – Como nosso futuro depende de meninas nessa idade decisiva. In: Situação da população Mundial 2016 – Brasil: UNFPA BRASIL, 2016.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil** - Brasília: UNFPA, 2009.

\_\_\_\_\_. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos.** Daniela Ikawa, Flávia Piovesan, Leila Linhares Barsted (colaboradoras) – Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

ZURUTUZA, Cristina. **Para uma convenção interamericana pelos direitos sexuais e reprodutivos.** In: Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina / Maria Coleta Oliveira e Maria Isabel Baltar da Rocha (orgs.) – Campinas, SP: Editora da Unicamp/NEP, 2001.