



**Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul:**  
Anotações para a construção de uma agenda comum



## Fecundidade e Maternidade Adolescente no Cone Sul: Anotações para a Construção de uma Agenda Comum

### PESQUISADORA E AUTORA PRINCIPAL:

Georgina Binstock

### DIREÇÃO E COORDENAÇÃO TÉCNICA:

Alma Virginia Camacho, Assessora Regional em Saúde Sexual e Reprodutiva, UNFPA/LACRO

### EQUIPE EDITORIAL

Edição: Ariadna Capasso

Fotografia: Joey O'Loughlin

Diagramação: Lucía Lozano

### AGRADECIMENTOS

Ana Safranoff, por seu trabalho na identificação e sistematização da legislação e dos programas de prevenção de gravidez na adolescência.

Juan Carlos Escobar, Ministério da Saúde da Argentina

Mónica Virginia Espina, Ministério da Educação do Chile

Susana Grunbaum, Ministério da Saúde Pública do Uruguai

Thereza de Lamare, Ministério da Saúde do Brasil

Mirta Marina, Ministério da Educação da Argentina

Adrienne Salinas, UNFPA/Paraguai

Gladys Mora, Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai

Lorena Ramírez, Ministério da Saúde do Chile

Paz Robledo, Ministério da Saúde do Chile

Diego Rossi, Conselho Diretor Central da Administração Nacional de Educação Pública do Uruguai

### COLABORAÇÃO DO UNFPA

Mariela Cortes, UNFPA/Chile

Anna Cunha, UNFPA/Brasil

Jennifer Gonçalves, UNFPA/Brasil

Mariana Isasi, UNFPA/Argentina

Juan José Meré, UNFPA/Uruguai

Valeria Ramos, UNFPA/Uruguai

© Fundo de População das Nações Unidas, 2016

Este documento foi produzido pelo Escritório Regional da América Latina e do Caribe do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/LACRO) sob a direção técnica e coordenação da Dra. Alma Virginia Camacho-Hübner. O documento pode ser reproduzido total ou parcialmente, desde que sejam dados os devidos créditos. As opiniões aqui expostas não necessariamente refletem as políticas oficiais da organização e são de responsabilidade da autora.

<b>Apresentação</b>	<b>5</b>
<b>Resumo executivo</b>	<b>7</b>
<b>Introdução</b>	<b>9</b>
<b>Reprodução adolescente na América Latina e Caribe</b>	<b>11</b>
<b>Reprodução adolescente nos países do Cone Sul</b>	<b>15</b>
<b>Respostas institucionais: saúde sexual e educação</b>	<b>33</b>
<b>Resumo e conclusões</b>	<b>43</b>
<b>Referências</b>	<b>46</b>
<b>Anexo: respostas institucionais</b>	<b>49</b>



## APRESENTAÇÃO

A região da América Latina e Caribe apresenta taxas de fecundidade adolescente muito altas em comparação com a média mundial e com outras regiões do mundo, sendo superadas somente pela África. Além do mais, as taxas médias de fecundidade adolescente dos países revelam imensas desigualdades entre as áreas geográficas e/ou os grupos sociais que não puderam ser superadas, apesar do desenvolvimento econômico da região na década passada, dos avanços no acesso à saúde e da expansão do sistema de educação.



A gravidez na adolescência não apenas acentua a falta de acesso das meninas e adolescentes aos bens e serviços que permitem o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, mas também constitui uma barreira para que elas exerçam seu direito à educação e ao desenvolvimento saudável, com boa transição para a vida adulta. Suas consequências têm grande impacto tanto ao longo da vida das adolescentes quanto nas próximas gerações.

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) tem um forte compromisso com a prevenção da gravidez precoce, evidenciado nas estratégias tanto em nível global (UNFPA 2013 e UNFPA 2015) quanto em nível regional e nos países. Particularmente na América Latina e Caribe, o UNFPA tem apoiado os governos na implantação dos programas regionais nos Andes e na América Central, assim como na República Dominicana, em colaboração com os órgãos de integração regional que contribuiram com as novas estratégias multissetoriais e a prevenção da gravidez na adolescência.

Este documento atende ao interesse de governos do Cone Sul para fortalecer suas respostas a esse problema. Embora na última década a sub-região tenha desenvolvido legislação, políticas públicas e programas específicos para adolescentes, principalmente para a prevenção da gravidez não planejada, não há estudos que permitam fazer análises comparativas e avaliar os progressos e desafios. Este estudo constitui um primeiro esforço para sistematizar o estado da saúde reprodutiva de adolescentes, principalmente sua fecundidade e a resposta institucional dada à questão na Argentina, no Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. O documento analisa as tendências da fecundidade adolescente e suas determinantes sociais, comparando as diferentes situações encontradas nos países. Ao mesmo tempo, realiza uma análise comparativa sobre legislação, políticas e programas vinculados à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes com um enfoque multissetorial.

Esperamos que a informação aqui apresentada contribua com o fortalecimento das políticas públicas e das capacidades nacionais dos países do Cone Sul na identificação de lacunas e prioridades para ação nessa área. Desejamos, ainda, que essa informação também estimule novas parcerias de cooperação e colaboração Sul-Sul entre os países para facilitar o intercâmbio de boas práticas e o aprendizado com base nas lições aprendidas, com a meta de trabalhar em conjunto para garantir um futuro melhor para todas e todos os adolescentes da nossa região.

**Esteban Caballero**

Diretor Regional para América Latina e Caribe  
Fundo de População das Nações Unidas



## Resumo Executivo

Este trabalho representa um primeiro esforço para sistematizar o estado e a situação da fecundidade e maternidade adolescente na Argentina, no Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. A primeira parte do trabalho se concentra nas tendências e desigualdades sociais, enquanto a segunda parte sintetiza e compara as legislações e os programas vinculados à saúde sexual e reprodutiva adolescente.

Esses são os principais resultados que alcançamos em relação à fecundidade e maternidade adolescente:

- A tendência da fecundidade adolescente na última década foi irregular, com leves aumentos e quedas. Apenas no Brasil houve uma queda constante que, no entanto, vem de um aumento importante na década anterior.
- Entre 15% e 20 % dos nascimentos são de filhos de mães adolescentes e essa proporção se manteve estável na última década.
- Há evidências, pelo menos no Brasil e no Paraguai, que na última década as adolescentes têm sido mães cada vez mais novas e esse dado deve ser estudado com mais cautela nos outros países.
- Cerca de 20% dos nascimentos anuais entre adolescentes são da ordem de dois ou mais, ou seja, de mães adolescentes que já tiveram um ou mais filhos. No caso do Chile, essa proporção é um pouco menor (14%).
- A repetição da maternidade foi reduzida em todos os países.
- Uma em cada cinco mulheres será mãe antes de terminar a adolescência, sendo que essa proporção foi reduzida apenas no Paraguai nas últimas duas décadas.

- Todos os países apresentaram diferenças sociais, étnicas, educacionais e econômicas em relação à maternidade adolescente.

- A maternidade adolescente caiu em todos os estratos sociais, principalmente nos setores mais favorecidos, aprofundando ainda mais as desigualdades.

- Entre 40% e 50% das adolescentes tiveram relações sexuais. A iniciação sexual foi antecipada em todos os países.

- O uso de anticoncepcionais na iniciação sexual e nas relações posteriores aumentou, mas as desigualdades sociais permanecem.

- A ocorrência de gravidez não planejada é muito frequente em todos os países.

- A maioria das adolescentes que foram mães estava fora do sistema educacional no momento da gravidez. No entanto, se a adolescente estiver estudando, a gravidez precipita o abandono escolar.

Os principais resultados na situação educacional das e dos adolescentes como um todo são:

- O número líquido de matrícula no ensino médio varia entre 67% e 83% e aumentou na última década, especialmente no Paraguai, com diferenças entre estratos de renda na faixa de 10%, com exceção da Argentina e do Uruguai onde são mais altas (entre 25% e 35%).

- As lacunas entre estratos foram reduzidas se comparadas com a década anterior, mas à custa do aumento do número de estudantes com atraso escolar, principalmente na Argentina e no Uruguai.

- As escolas públicas abrigam maior proporção de alunas/os vindos de lares com baixa escolaridade, com atraso escolar.



### Principais resultados sobre legislação e os programas:

- Os cinco países têm algum tipo de marco normativo que garante o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da população, com importantes esforços direcionados a atender às necessidades da população adolescente.
  - Diversos tipos de métodos contraceptivos são distribuídos gratuitamente através do sistema de saúde (preservativos masculinos, anticoncepcional hormonal oral e anticoncepcional de emergência, entre outros).
  - O direito de adolescentes a terem acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (inclusive os métodos contraceptivos) de forma autônoma, sem a obrigação da presença de um adulto e respeitando a confidencialidade, é promovido e difundido.
  - Na prática, foram observados alguns entraves na hora de obter os insumos de saúde sexual e reprodutiva.
  - Os cinco países têm um programa específico de saúde adolescente, embora com diferentes graus de alcance e desenvolvimento.
- Foram criados serviços de atenção diferenciados ou amigáveis. Porém, em muitos países há relatos de que, na prática, a cobertura é insuficiente nesses espaços, com horários de atendimento pouco convenientes e sem a devida confidencialidade.
  - Todos os países oferecem educação sexual, com diferentes graus de institucionalização e alcance. A Argentina é o único país que possui uma lei específica sobre essa questão.
  - É necessário melhorar a formação docente para conseguir uma abordagem mais adequada na educação sexual.
  - Todos os países analisados possuem algum tipo de iniciativa legislativa para regulamentar o direito à educação das estudantes grávidas e/ou mães, embora com diferentes graus de especificidade e desenvolvimento.
  - No que diz respeito ao aborto, o Chile é o país com mais restrições, com legislação que proíbe qualquer forma de aborto. No outro extremo está o Uruguai, onde a interrupção voluntária da gravidez não é penalizada por lei se o procedimento for realizado nas primeiras 12 semanas de gestação. No Brasil, na Argentina e no Paraguai a legislação prevê algumas situações onde o aborto não é passível de punição, porém mesmo nesses casos há barreiras de acesso.



## Introdução

Hoje em dia, segundo estimativas das Nações Unidas, nascem aproximadamente 14 milhões de crianças filhas de mães adolescentes (15 a 19 anos), das quais quase 2 milhões na América Latina e Caribe, representando 13% de todos os nascimentos. De acordo com as mesmas estimativas, dois em cada três desses nascimentos (aproximadamente 1.250.000) ocorrem em países do Cone Sul.

Tanto em países desenvolvidos como na América Latina, a gravidez e a maternidade precoces têm sido questões que preocupam há bastante tempo por diferentes aspectos (Sedgh et al 2015; Samadari e Spelzer, 2010). Do ponto de vista da saúde, é preocupante porque tanto as mães quanto os bebês se encontram em situação de maior risco, com destaque para a morbimortalidade materna (associada, entre outros fatores, aos riscos resultantes de abortos inseguros), prematuridade e baixo peso ao nascer de bebês de mães adolescentes, especialmente daquelas com menos de 15 anos (Pantelides, 2004; Conde Agudelo, Belzan e Llamers, 2005).

Também foram destacados os impactos negativos que a gravidez e a maternidade precoces trazem para a vida das adolescentes, como a continuidade da educação, com consequências nas oportunidades de trabalho que podem levar à pobreza no futuro. Outro conjunto de pesquisas diz que, por outro lado, a pobreza e a falta de oportunidades não são consequências, mas sim a causa da gravidez na adolescência (Sterny Garcia, 2001; Luker, 2003; Gernimus e Korenman, 1992; entre outros). Paralelamente, estudos de natureza socioantropológica mostram que, em contextos onde as jovens têm poucas oportunidades e, portanto,

expectativas, a maternidade pode se transformar em uma experiência positiva, já que gera reconhecimento social, autoestima e respeito por parte da comunidade (Reis dos Santos e Schor, 2003; Pantoja, 2003; Aquino, et al 2003; Cabral 2002; Geronimus 1997; Massini et al 2008) e ser um incentivo para retomar os estudos e conseguir um emprego (Duncan, 2007; Pantoja, 2003).

Recentemente a problemática da gravidez e maternidade adolescentes foi apresentada com um enfoque de direitos, uma vez que é uma clara manifestação da vulnerabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes e, portanto, dos seus direitos humanos, principalmente quando não é fruto de planejamento.

A saúde sexual e reprodutiva é um direito humano e implica na capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos. Nesse sentido, estima-se que uma parcela significativa dos nascimentos de bebês de mães adolescentes não é planejada ou é considerada no mínimo inoportuna.

Em um contexto regional de diminuição da fecundidade em geral, ainda que tenha variações importantes no tempo e ritmo entre os países, a fecundidade adolescente permanece relativamente alta, demonstrando a complexidade e especificidade das condutas reprodutivas nessa etapa da vida.

Muitos estudos monitoraram a fecundidade e maternidade adolescentes na América Latina e Caribe em nível regional ou em países específicos, geralmente aqueles para os quais há informações comparativas.

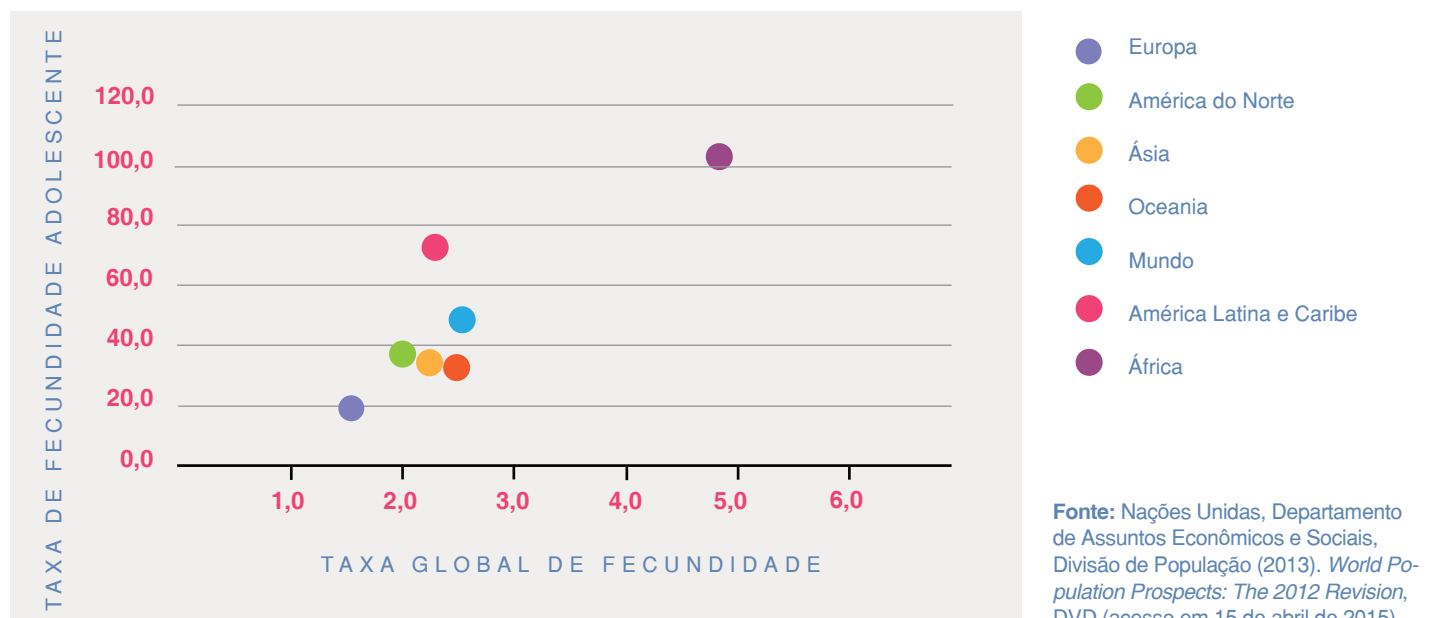
Por outro lado, não há um histórico de estudos comparativos que visem os países do Cone Sul, em parte devido à falta de pesquisas comparáveis que facilitem a análise específica. A gravidez e a maternidade adolescentes ganharam importância nas políticas públicas da região, mais especificamente no Cone Sul. O novo milênio iniciou ou aprofundou a implantação de políticas públicas gerais ou específicas para adolescentes. Essas políticas tendem a reconhecer e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes com o objetivo, entre outros, de reduzir a gravidez e a maternidade, particularmente quando não planejada.

O presente trabalho é um primeiro esforço para sistematizar o estado e a situação em relação à fecundidade e maternidade adolescentes na Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. A primeira parte do trabalho se concentra nas tendências, bem como nas desigualdades e nas determinantes sociais de cada país que impactam na ocorrência de gravidez na adolescência.

Para tanto, o trabalho utiliza informações variadas que vão desde dados primários (com base em censos, pesquisas domiciliares, pesquisas que incluem componentes vinculados à saúde sexual e reprodutiva), bem como informações e resultados publicados de investigações com base em fontes secundárias e em pesquisas ou estudos específicos realizados com dados primários. Foi priorizada a inclusão de informações comparáveis entre os países. A segunda parte sintetiza e compara a legislação e os programas relacionados à saúde sexual e reprodutiva adolescente, com especial ênfase na área de saúde e de educação em nível nacional.

Espera-se que a informação compilada permita fortalecer as capacidades e o intercâmbio dos países do Cone Sul, para que possam implantar ou direcionar programas de prevenção e atenção integral que garantam a saúde sexual das e dos adolescentes, o acesso a seus direitos e a redução da gravidez na adolescência.

**Gráfico 1.** Taxa global de fecundidade (média de filhos por mulher) por taxa de fecundidade adolescente, grandes regiões 2005-2010.



## Reprodução adolescente na América Latina e no Caribe

A taxa de fecundidade adolescente (15-19) da América Latina e do Caribe (ALC), de 73,2 por mil, destaca-se por ser muito alta quando comparada aos 48,9 em nível mundial e 52,7 nos países em desenvolvimento. O nível é praticamente o dobro das demais regiões e somente é superado pela África, onde chega a 103 por mil. Na Ásia, América do Norte e Oceania as taxas variam entre 32,8 e 37,3 por mil, enquanto na Europa, que tem o nível mais baixo, essa taxa é de 19 por mil (**gráfico 1**).

Essas diferenças tão acentuadas nos comportamentos reprodutivos das adolescentes na ALC em relação a outras regiões são ainda mais relevantes quando contrastadas com a taxa global de fecundidade (TGF), ou seja, a média de filhos por mulher. Na verdade, a TGF da ALC é de 2,3 filhos, abaixo da média mundial (2,53) e próxima aos níveis da Ásia e Oceania. O **gráfico 1** mostra a dissociação entre os níveis de fecundidade geral e adolescente na região, já que a segunda é alta em relação a que se poderia esperar para a fecundidade total, como ocorre no restante das regiões<sup>1</sup>.

Essa dissociação resulta de uma queda contínua da fecundidade em geral, mais especificamente durante a segunda metade do século XX, que não foi acompanhada por mudanças significativas na fecundidade adolescente.

Se observarmos o comportamento desses indicadores a partir de 1980, podemos ver uma redução da fecundidade geral de quase 4 para 2,3 filhos, enquanto permaneceu praticamente estável ao longo de todo o período entre as adolescentes, com uma leve redução na última década (**gráfico 2**). Igualmente, a resistência a uma queda significativa de fecundidade adolescente é também discordante com o nível de desenvolvimento da região, bem como com o maior acesso a serviços de saúde e expansão da educação nas últimas décadas.

---

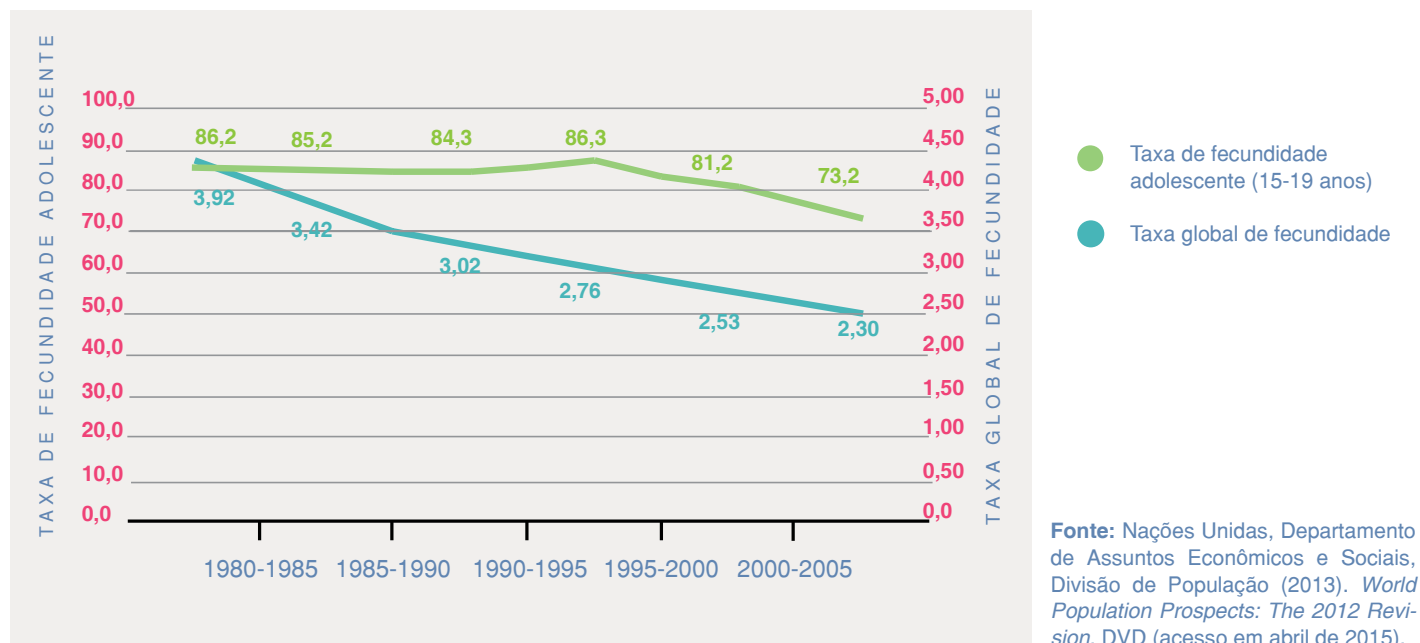
1. Como bem indica Rodríguez Vignoli (2014), isso é esperado por motivos tanto substantivos como estatísticos, já que a fecundidade adolescente faz parte da fecundidade em geral.

A relação entre o nível de fecundidade adolescente e o de fecundidade das mulheres adultas também se reflete na proporção de nascimentos correspondente a mães adolescentes. Nesse aspecto, a América Latina e o Caribe é a região com maior proporção, onde 18 em cada 100 nascimentos correspondem a mães entre 15 e 19 anos. No mundo, essa relação é de 10 em cada 100 nascimentos e em regiões como a Europa ou Ásia é ainda mais baixa (entre 5 e 7 em cada 100), enquanto na África é de 15 em cada 100 (**quadro 1**).

As uniões ou casamentos em idade precoce são mais um indicador normalmente analisado para interpretar os padrões de fecundidade, já que historicamente representa a transição para o início da vida reprodutiva. Atualmente a proporção de adolescentes casadas ou em uniões é de 15%, um pouco maior que a média mundial (13%) e muito mais alta do que nas outras regiões (que gira em torno de 5 e 7%), sendo, mais uma vez, somente superada pela África (19%). Não é fácil estabelecer até que ponto tais uniões são consequência de gravidez e nascimentos prematuros e em que medida essa formação familiar precoce precipita a maternidade durante a adolescência. Existem, porém, muitas evidências que sinalizam que a redução da fecundidade na ALC não foi acompanhada por mudanças no calendário nupcial, o que tem sido um diferencial nos padrões reprodutivos da região. Mesmo assim, e como veremos mais adiante, a iniciação sexual está praticamente dissociada da união conjugal.

O **quadro 2** apresenta outro conjunto de indicadores vinculados à situação educacional da população e especificamente de adolescentes, considerando sua importância para definir as lacunas no conhecimento sobre saúde sexual, preferências e condutas reprodutivas, além de melhores oportunidades de trabalho. Também é importante para conhecer as potenciais consequências que uma gravidez em idade precoce pode ter ao longo da vida. Os resultados são apresentados para homens e mulheres separadamente.

**Gráfico 2.** América Latina e Caribe. Taxa global de fecundidade (filhos por mulher) por taxa de fecundidade adolescente, 1980-2010.



Um dos aspectos que distingue a ALC do restante das regiões é que as mulheres e homens não mostram grandes diferenças nos indicadores educacionais, enquanto no resto do mundo os homens apresentam uma situação mais vantajosa. Essa maior paridade de gênero não implica necessariamente uma posição de destaque do ensino médio em comparação ao restante das regiões. Na verdade, pouco mais da metade da população adulta com mais de 25 anos (53%) ingressou no ensino médio. Essa proporção é mais baixa do que a média mundial, especialmente entre os homens (64%) e significativamente mais baixa do que as da Europa e da Ásia Central (70% e 80% entre mulheres e homens respectivamente).

Porém, um dado animador que reflete os avanços na questão de educação na região é a média de anos de escolaridade entre as mulheres (7,7 anos) e entre os homens (8 anos) que, nos dois casos, supera as respectivas médias mundiais e coloca a região na segunda posição, logo depois da Europa e Ásia Central (**quadro 2**). Tais avanços na escolaridade e a permanência no sistema educativo tam-

bém são refletidos na taxa bruta de matrícula no ensino médio, onde a região mostra os níveis mais altos.

Em síntese, a fecundidade adolescente na ALC, embora tenha sido reduzida na última década, continua sendo alta em comparação com a média mundial e o restante das regiões. Também é alta em função do nível de fecundidade geral da região e sua contínua queda por décadas, bem como o nível de desenvolvimento, a expansão da educação, igualdade de acesso à educação para homens e mulheres e outros indicadores sociais associados aos padrões reprodutivos. Com base nessa combinação de características específicas, considera-se que os altos níveis de fecundidade adolescente constituem uma “anomalia” em escala mundial (Rodríguez Vignoli, 2014).

**Quadro 1.** Indicadores selecionados sobre fecundidade e conjugalidade, por regiões, por volta de 2010 - 2015.

Região	% de nascimentos de filhos de mães de 15-19 anos	Taxa global de fecundidade (TGF)	Taxa de fecundidade adolescente (TFA)	% de adolescentes em união conjugal
Mundo	10,9	2,53	48,9	12,8
África	14,9	4,88	103,6	19,9
Ásia	8,6	2,25	34,8	11,8
Europa	5,5	1,54	73,2	5,0
América Latina e Caribe	17,6	2,30	2,30	14,8
América do Norte	9,4	2,02	37,3	5,2

**Fonte:** Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*, Edição em DVD (acesso em abril de 2015).

**Quadro 2.** Indicadores educacionais selecionados, por grandes regiões.

Região	% que ingressou no ensino médio		Média de anos de escolaridade		
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Razão MH
Mundo	54,1	64,2	6,0	7,4	1,23
Estados Árabes	32,9	46,4	4,9	6,7	1,37
Ásia (Leste) e Pacífico	54,6	66,4	6,8	7,9	1,16
Europa e Ásia Central	70,4	80,6	8,8	9,8	1,12
América Latina e o Caribe	53,3	53,9	7,7	8,0	1,04
Ásia Meridional	28,4	49,9	3,5	5,8	1,64
África Subsaariana	21,9	31,9	3,7	5,4	1,45

**Fonte:** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2014. Tabela 5: Índice de desenvolvimento relacionado a gênero (IDG) (acesso online em abril de 2015)



**Quadro 3.** Países do Cone sul. Taxa global de fecundidade (TGF) e taxa de fecundidade adolescente (15 a 19 anos), 1980 – 2010<sup>2</sup>

Taxa global de fecundidade geral (TGF)						
País	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Argentina	3,15	3,05	2,90	2,63	2,35	2,25
Brasil	3,80	3,10	2,60	2,45	2,25	1,90
Chile	2,67	2,65	2,55	2,21	2,00	1,90
Paraguai	5,20	4,77	4,31	3,88	3,48	3,08
Uruguai	2,57	2,53	2,49	2,30	2,20	2,12
Taxa de fecundidade adolescente (TFA)						
Argentina	74,2	73,4	73,2	69,8	60,7	56,9
Brasil	75,0	80,4	83,8	89,7	86,0	75,6
Chile	64,3	64,0	68,1	66,9	61,6	58,5
Paraguai	98,3	91,6	92,4	91,9	82,3	72,3
Uruguai	62,6	66,4	70,5	67,3	63,5	61,1

**Fonte:** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2014. Tabela 5: Índice de desenvolvimento relacionado a gênero (IDG) (acesso online em abril de 2015)

**2.** Cabe assinalar que o quadro 3 se baseia em dados estimados em períodos quinquenais, razão pela qual não coincidem estritamente quando posteriormente se apresentam ano a ano durante a última década.

# Reprodução adolescente nos países do Cone Sul

## Fecundidade adolescente

Os países do Cone Sul, em momentos distintos e em velocidades diferentes, iniciaram uma queda importante na fecundidade geral, que foi interrompida. No caso da Argentina e do Uruguai, a redução vem do fim do século XIX, quando esses países foram pioneiros na queda de fecundidade na região, seguidos pelo Chile. No Brasil e no Paraguai, a queda começou na segunda metade do século XX. Atualmente, os países têm convergido e, como podemos observar no quadro 3, as taxas de fecundidade atuais são próximas ou até mesmo inferiores ao nível de reposição (2,1 filhos por mulher). A única exceção está no Paraguai, onde a fecundidade é estimada em aproximadamente 3 filhos por mulher, sendo um pouco mais elevada do que nos outros países da região.

A fecundidade adolescente em cada país, por sua vez, mostra um padrão de estabilidade e resistência à redução, salvo na última década quando, segundo estimativas das Nações Unidas, caiu em todos os países, principalmente no Paraguai e no Brasil. No caso do Brasil, a redução ocorrida na última década foi precedida por um importante aumento na década de 1990 (**quadro 3**).

Já o panorama para o período de 2000 a 2011, analisado ano a ano, é um pouco diferente. Nesse caso, foram utilizados dados anuais dos respectivos países, resultando em padrões diferentes. O primeiro caso é o do Brasil, que manteve uma queda de fecundidade adolescente por toda a década. Embora no começo dos anos 2000 o Brasil apresentasse os níveis mais elevados entre os países analisados (88,1 por mil), houve uma redução constante e o país alcançou taxas de 64,8 por mil em 2011, com níveis abaixo da Argentina e do Paraguai. Nesse mesmo grupo podemos incluir o Uruguai, embora sua queda tenha sido um pouco mais irregular. O país iniciou a década com uma taxa de 66,9 por mil e logo diminuiu para 52,8 por mil no começo da década de 2010.

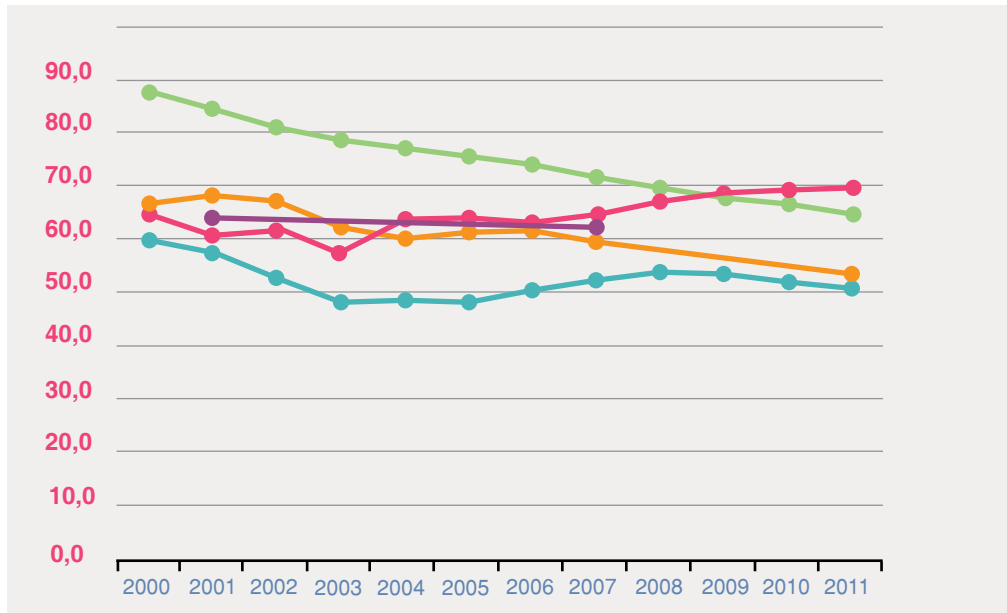
O caso do Chile mostra outro padrão, com queda nos primeiros anos (iniciada na última metade da década anterior), mantendo-se relativamente estável no restante da década. Por outro lado, no ano 2000 já era o país com a taxa mais baixa de fecundidade adolescente na região (60,1), mantendo sua posição relativa até o final da década (51,9 por mil).

A Argentina, por sua vez, mostra uma nova variante. Os primeiros anos da década apresentam leve queda (dando continuidade à tendência da década anterior) até o ano de 2003, quando registra o nível mais baixo (57,5 por mil). A partir desse ano há um aumento constante que alcança 69,6 por mil em 2011, levando o país a ter o índice de fecundidade mais alto entre os países da região aqui estudados. Cabe salientar que os últimos dados disponíveis para os anos de 2012 e 2013 mostram uma leve queda (65,6 por mil e 64,9 por mil respectivamente), mas ainda é precipitado afirmar que essa seja uma mudança na tendência.

Há finalmente o caso do Paraguai, onde a taxa de fecundidade adolescente caiu constantemente desde o início da década de 1990 (quando chegava a 107 por mil) até chegar a 65 por mil no início da década de 2000. Desde então, a fecundidade tem se mantido relativamente estável, registrando 63 por mil para o período de 2005-08, que é a última medição disponível.

Em síntese, a tendência na fecundidade adolescente desde o ano 2000 no Cone Sul tem sido irregular, com leves aumentos e quedas. A única exceção é o Brasil que apresentou uma redução contínua, embora na década anterior tenha experimentado um importante aumento.

**Gráfico 3.** Países do Cone Sul. Taxa de Fecundidade adolescente (15 a 19 anos), 2000-2011

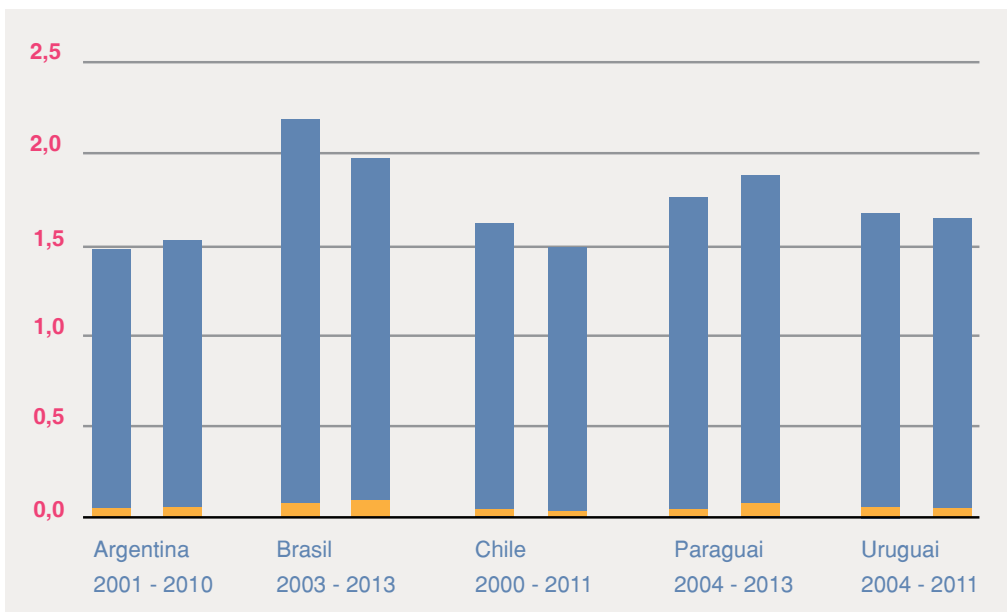


- Brasil
- Argentina
- Paraguai
- Uruguai
- Chile

**Fonte:** Cepalstat. Acesso em abril de 2015.

**Nota:** No caso do Brasil, dada a ausência de dados para o ano de 2006, foi utilizada a média dos anos adjacentes.

**Gráfico 4.** Países do Cone Sul. Porcentagem de nascimentos que correspondem a mães adolescentes, 2000 – 2010.



- Menor de 15 anos
- Entre 15 e 19 anos

**Fonte:** Argentina – processamento de estatísticas vitais; Brasil (IBGE – Estatísticas de Registro Civil); Chile (Ministério da Saúde, Departamento de Estatísticas e Informação em Saúde).



## Nascimento de filhos de mães adolescentes

Outro indicador comumente utilizado para o estudo e monitoramento da maternidade precoce é a parcela do total de nascimentos que corresponde a mães menores de 20 anos, que varia de 15% na Argentina e Chile a 20% no Brasil. O gráfico 3 também mostra a estabilidade desse indicador em relação a seu nível no ano de 2000, com aumentos ou quedas inferiores a dois pontos percentuais.

O **gráfico 4** permite distinguir os nascimentos de filhos de adolescentes precoces, ou seja, com menos de 15 anos, que representam cerca de 0,4% dos nascimentos na Argentina e Chile, 0,5% no Uruguai, 0,6% no Paraguai e 0,9% no Brasil.

Embora as proporções sejam baixas, esses nascimentos e a situação dessas mães adolescentes merecem tratamento, análises e políticas sociais e de prevenção específicos, já que grande parte resulta de situações forçadas e de abuso ou coerção (Pantelides, 2014).

Por outro lado, embora a maioria dos nascimentos de filhos mães adolescentes ocorra entre aquelas que têm de 18 a 19 anos, há indícios em alguns países que sugerem aumento de nascimentos entre as adolescentes mais jovens. Na verdade, no caso do Brasil, Cavenaghi (2013) afirma, com base nos dados dos censos, que a idade média das mães adolescentes tem diminuído. Desta forma, em mais de 55% dos nascimentos ocorridos em 2010, as mães tinham 18 ou 19 anos, sendo que essa proporção era de 63% em 1991<sup>3</sup>. No caso do Paraguai, parece que ocorre algo similar já que, em 2004, 80% dos nascimentos de filhos de mães adolescentes corresponderam a mães entre 17 e 19 anos, sendo que essa proporção era de 74% em 2013. No caso da Argentina, por outro lado, foram encontradas diferenças importantes na estrutura etária das mães adolescentes comparando o ano de 2001 com o ano de 2010.

---

3. Como assinala a autora, esta proporção pode ser devida a um maior aumento relativo do número de mulheres jovens ou a uma variação maior das mais jovens em relação às de 18 e 19 anos.

## Repetição da maternidade

Outro aspecto que nos permite distinguir as estatísticas vitais sobre os nascimentos é a frequência da repetição da maternidade na adolescência. Uma segunda gravidez e nascimento em idade precoce não só supõe intervalos intergestacionais curtos e não recomendáveis, como também evidencia as oportunidades perdidas de uma boa intervenção durante o cuidado na primeira gravidez e no nascimento, assim como no cuidado dos filhos de mães adolescentes.

A proporção de mães adolescentes que tiveram filhos em uma segunda gestação ou mais gira em torno de 20%, com exceção do Chile onde é de 13,9%. Um dado promissor é que em todos os países a repetição da maternidade na adolescência tem diminuído. Essa conclusão é corroborada pelos dados dos censos (Rodríguez Vignoli, 2014).

Na Argentina, os nascimentos de segunda ou maior ordem de filhos de mães adolescentes caíram de 25 para 20 por cento entre 2001 e 2011 e, entre as adolescentes de 18 e 19 anos, a redução foi de 35 para 28 por cento<sup>4</sup>. No Chile, Rodríguez (2011), com base nos dados dos censos e em pesquisas sobre a juventude, aponta uma redução estável das mães adolescentes com pelo menos dois filhos, o que foi particularmente importante entre 2002 e 2009.

No Uruguai, foi feita uma estimativa com base nas estatísticas vitais sobre a proporção de mães que no momento do parto informaram já ter tido pelo menos uma gestação anterior. Essa proporção no ano de 2010 foi de 26% (e de 34,5% para as mães de 18 e 19 anos)<sup>5</sup>. No caso do Paraguai, os dados das estatísticas vitais para o ano de 2013 mostram que 18% das adolescentes que deram a luz naquele ano já tinham pelo menos um filho. Essa proporção que era de 21,4% em 2004.

---

4. Elaboração própria com base nos dados das estatísticas vitais.

5. Estimado a partir dos dados do Ministério da Saúde Pública, Estatísticas Vitais.

## Situação conjugal das mães adolescentes

De acordo com informações das estatísticas vitais, entre 35% e 44% das mães menores de 14 anos têm um parceiro no momento do nascimento (no Paraguai, Argentina e Uruguai). Essa proporção varia de 50% a 62% entre as mães com idade de 15 a 19 anos. No caso do Chile, a proporção que essas estatísticas vitais apresentam é significativamente menor (1,5%), mas se referem exclusivamente às casadas e não inclui as que vivem com um parceiro.

Como amplamente documentado, as uniões estáveis ou convivências aumentaram substancialmente, principalmente nas novas gerações que, na maioria das vezes, optam por esse tipo de união para dar início à vida conjugal.

Comparando com a situação de uma década atrás, não houve mudanças nesse aspecto, pelo menos na Argentina, Paraguai e Uruguai, países onde há informações comparativas. Porém, é necessário mencionar que dois estudos realizados na Argentina mostram que para uma parcela significativa das mães adolescentes que têm filhos no contexto de uniões, estas uniões foram precipitadas pela gravidez (Gogna et al. 2005; Binstock y Gogna, 2014)<sup>6</sup>.

## Maternidade adolescente

A maternidade adolescente é definida como o percentual de mães de 15 a 19 anos em comparação ao número total de mulheres dessa idade. Ainda que esse indicador não ofereça informações sobre o número de filhos de cada adolescente, ele é altamente importante para as políticas públicas, já que identifica sua condição de mãe, que gera desvantagens nas sociedades modernas (Rodríguez Vig-

---

6. Estimativa feita com base nas tabelas de nascimento do Sub-Sistema de Informação de Estatísticas Vitais (SSIEV), Direção Geral de Informação Geral de Estatística em Saúde do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social.

7. A proporção de mães entre 15-19 anos era de 32,9% em 1991 e de 26,7% em 2002, embora esses números não correspondam a dados de censos e, portanto, não sejam estritamente comparáveis com os da Pesquisa Nacional Demográfica e Saúde Reprodutiva (ENDSR). Porém, análises baseadas unicamente nas tendências prévias da pesquisa confirmam a redução significativa.

noli, 2014) e supõe outras necessidades para seu próprio bem-estar e de seus filhos. Além disso, é um indicador fácil de calcular e simples de interpretar.

O **gráfico 6** mostra a proporção de mães entre as adolescentes de 15 a 19 anos nas últimas três décadas para cada um dos 5 países analisados. A última medição indica que de 9,5% a 13% das adolescentes são mães. As proporções mais baixas são registradas no Paraguai e Uruguai e a mais alta, na Argentina.

A tendência é um pouco irregular, embora as variações não sejam muito importantes, principalmente na Argentina e no Chile. No Brasil e no Uruguai houve um aumento entre 1990 e 2000 e uma redução quase comparável entre 2000 e 2010. No Paraguai a redução se manteve<sup>7</sup>, igualando sua posição à dos outros países.

O **gráfico 7** aprofunda o panorama e apresenta a proporção de mães por idade simples para o ano mais recente<sup>8</sup>. Essa aproximação tem a vantagem de permitir interpretar a probabilidade de ter sido mãe a cada idade determinada e a comparação entre os países é mais direta. Para esse cálculo na Argentina, já que não há informação de censo por idade simples, foi utilizada a ENSSyR do ano de 2013<sup>9</sup>.

Os resultados mostram um padrão muito semelhante na progressão da maternidade, principalmente a partir dos 17 anos. Para as idades de 15 e 16 a variação entre os países é um pouco maior, mas em pequenas proporções já que nessas idades a probabilidade de ser mãe é bem menor<sup>10</sup>.

A análise específica da proporção de mães com idade en-

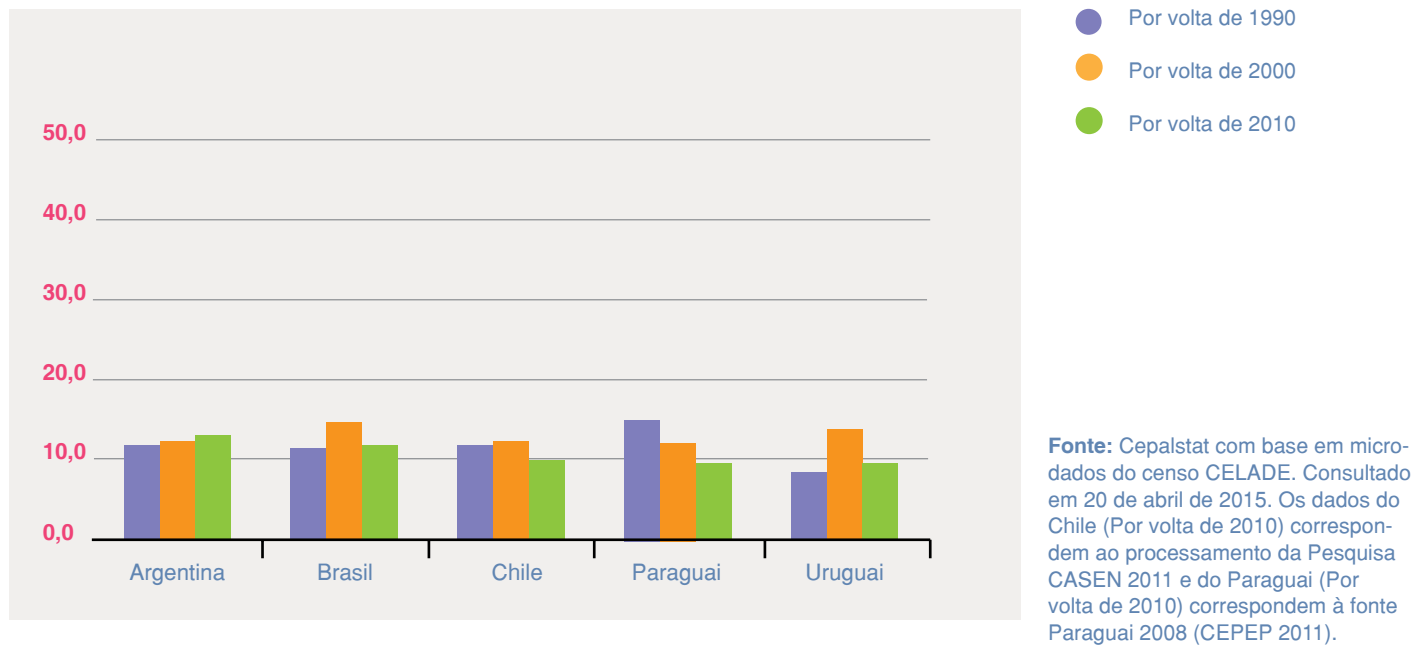
---

8. O indicador da porcentagem de mães tem duas limitações: 1) é influenciado pela estrutura etária da população de 15 a 19 anos; 2) é um indicador incompleto, considerando que adolescentes que fazem parte dos cálculos continuam expostas ao risco de ser mãe. Essas limitações podem ser mitigadas pela estimativa por idade simples.

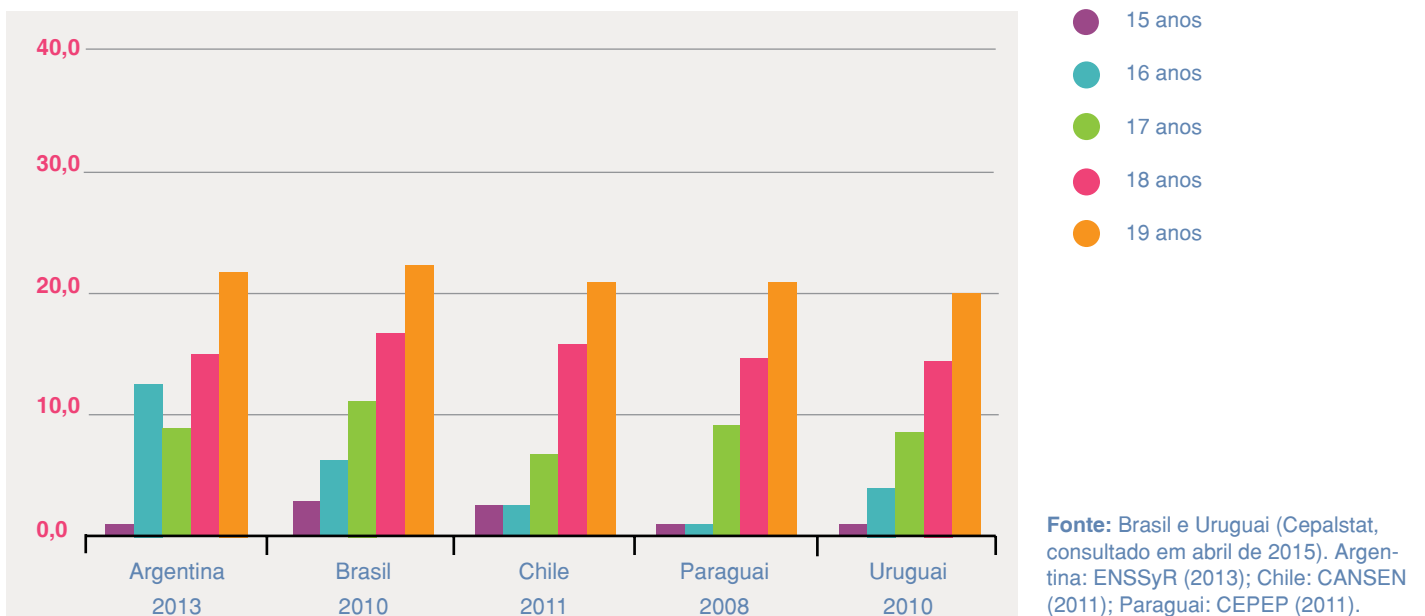
9. O resultado da proporção de mães adolescentes entre 15 e 19 anos da ENSSyR é de 12,5%, um pouco inferior àquela obtida com dados do censo de 2010 (13%), embora seja uma diferença já esperada porque é uma pesquisa urbana.

10. A única exceção é a proporção comparativamente alta de mães com 16 anos na Argentina, mas é bastante provável que isso seja devido a erros amostrais.

**Gráfico 6.** Países do Cone Sul. Percentual de mães entre adolescentes de 15 a 19 anos, 1990-2010.



**Gráfico 7.** Países do Cone Sul. Percentual de mães entre adolescentes por idade simples, por volta de 2010.





tre 18 a 19 anos é particularmente relevante, pois pode ser interpretada como indicador indireto da proporção de mulheres que, ao final de cada idade, serão mães. Essa proporção é praticamente a mesma em todos os países: entre 14% e 17% aos 18 anos e entre 20% e 22% aos 19. Em outras palavras, uma em cada cinco mulheres dos países do Cone Sul será mãe antes de terminar a adolescência e, com exceção do Paraguai, essa conclusão não se modificou nas últimas duas décadas.

## Desigualdade e reprodução precoce

A gravidez e maternidade adolescentes são uma questão de desigualdade que afeta principalmente as mulheres dos estratos sociais mais vulneráveis. Essas conclusões resultam de análises dos estudos nacionais nos respectivos países, bem como de estudos que incluem a comparação de pelo menos dois dos países considerados aqui, que examinam as taxas de fecundidade adolescente, a porcentagem de nascimentos correspondente às mães adolescentes e/ou porcentagem de mães entre adolescentes em função dos aspectos culturais, atributos sociais e econômicos e a distribuição espacial que implicam diferenças nas estruturas de oportunidades e condições de vida e, portanto, nos comportamentos reprodutivos das adolescentes. A seguir são apresentadas algumas diferenças que exemplificam a

persistência e inclusive o aumento das desigualdades. A ênfase é dada às desigualdades regionais, uma vez que a exatidão de um recorte geográfico que concentra a população vulnerável e que necessita de programas específicos é essencial para reduzir a desigualdade e a ocorrência de gravidezes não planejadas.

## Desigualdades étnicas e culturais

As desigualdades étnicas e culturais são importantes em todos os países. No Brasil a maternidade adolescente indígena representa o dobro da não indígena (26,4% x 11,8%) (Rodríguez Vignoli, 2014). Tanto no Brasil quanto no Uruguai também são observadas diferenças étnico-raciais, com uma proporção maior de mães adolescentes entre as mulheres afrodescendentes (del Popolo et al. 2009; Varela et al. 2014)<sup>11</sup>.

Por sua vez, Del Popolo e outros (2009), com base nos dados do censo de 2000, encontram diferenças importan-

---

11. No Uruguai, o último censo perguntou sobre a ascendência indígena e 4% da população afirmou ter tal ascendência. Utilizando essa variável classificatória, Rodríguez Vignoli (2014) encontra diferenças na proporção de mulheres indígenas e não indígenas mães, embora as lacunas sejam menores e resultem principalmente das diferenças entre as adolescentes residentes em áreas urbanas (11,6% X 9,3%).

**Quadro 4.** Países do Cone Sul. Percentual de mães entre adolescentes de 15 a 17 e 18 e 19 anos, segundo a condição étnica, por volta de 2000.

População	Argentina	Brasil	Chile	Paraguai
15 a 17 anos				
Indígena	10,4	17,9	7,1	31,3
Restante	6,7	6,9	7,1	5,0
Afrodescendente		9,7		
18 e 19 anos				
Indígena	27,3	41,2	21,9	66,6
Restante	19,9	28,2	20,4	21,0
Afrodescendente		20,9		

**Fonte:** Del Popolo et al. (2009), quadro 10.

tes na proporção das mães tanto entre as adolescentes de 15 a 17 anos como entre as mães de 18 e 19 anos, como fica evidente no quadro 4. No Chile, por outro lado, a proporção de mães entre adolescentes indígenas é parecida tanto para as de 15 a 17 anos como para as de 18 e 19 anos (Del Popolo et al 2009).

No Paraguai há um indicador adicional sobre os padrões culturais, que é o idioma falado em casa. Foi descoberto que a maternidade entre as adolescentes onde o guarani é a única língua falada em casa duplica quando comparada à das adolescentes que falam somente o espanhol (16% x 8,4%, CEPEP, 2011).

### Desigualdade por nível socioeconômico

Todos os países apresentam importantes diferenças na prevalência da maternidade dependendo da situação socioeconômica e de pobreza das adolescentes. Assim, por exemplo, no Paraguai a proporção de mães ou adolescentes grávidas pertencentes ao estrato social mais baixo quase duplica comparada ao estrato social médio e mais do que triplica se comparada aos estratos sociais mais altos (CEPEP, 2011). No Brasil, a taxa de fecundidade adolescente diminui de acordo com a renda domiciliar (Cave-

naghi, 2013). Na verdade, as adolescentes que residem em domicílios com renda igual ou inferior a 25% do salário mínimo per capita apresentam uma taxa de fecundidade de mais de 126 nascidos vivos por 1000 mulheres. Entre as que residem em lares com renda familiar per capita duas a três vezes superior ao salário mínimo, a taxa de fecundidade é reduzida a 31 nascimentos por 1000 mulheres e, entre as que residem em lares com renda mais alta (iguais ou maiores que cinco vezes o salário mínimo) a taxa é de 8 por mil (Cavenaghi, 2013).

No caso do Chile, Rodríguez e Robledo (2011) estimam que as chances de gravidez não planejada entre as adolescentes de setores socioeconômicos mais abastados são um sexto das chances do grupo mais vulnerável. Também na Argentina, bem como no Uruguai, há bastante evidência sobre a maior incidência de maternidade entre as adolescentes dos setores socioeconômicos menos privilegiados (Gognaet al. 2005, Pantelides e Bisnstock, 2004, Varela e Fonsik, 2011).

Um estudo recente de Rodríguez Vignoli (2014), baseado na análise dos sete países latino-americanos, inclusive o Brasil e Uruguai, concluiu que simultaneamente à redução da maternidade adolescente em todos os quintis e decis de renda, a desigualdade tem aumentado devido à maior redução entre as adolescentes de estratos sociais mais privilegiados, confirmando a maternidade adolescente como expressão de desigualdade reprodutiva e social.

## Desigualdade territorial

Há uma grande disparidade regional em todos os países do Cone Sul. Quer sejam analisadas por estados ou zonas, municípios ou grandes regiões ou comparando residência urbana e rural, as regiões socialmente mais favorecidas (no que diz respeito à pobreza, recursos, emprego, etc.) e as áreas urbanas apresentam taxas de fecundidade ou proporção de nascimentos de filhos mães adolescentes mais baixas. Em alguns países as diferenças são importantes.

Assim, por exemplo, na **Argentina** os dados do ano de 2012 mostram que a fecundidade adolescente da província com níveis mais altos é 2,8 vezes a dos níveis mais baixos: 95,4 por mil e 33,1 por mil em Misiones e Buenos Aires, respectivamente (Ministério da Saúde, PNSIA, 2014). Se comparada à situação do ano de 2001, a lacuna entre os estados com nível mais baixo e o mais alto foi reduzida (era de 4,2 vezes), apesar de ser à custa tanto da redução de fecundidade nas províncias com fecundidade adolescente mais alta quanto pelo aumento da fecundidade adolescente na Cidade de Buenos Aires que, da mesma forma, manteve sua posição relativa de ser a jurisdição com a taxa mais baixa<sup>12</sup>. Importantes diferenças também são registradas em função da porcentagem de mães adolescentes em cada província.

No **Brasil**, a taxa de fecundidade adolescente na zona rural é 1,6 vez a da zona urbana (103,6 versus 64,2 por mil) e apresenta diferenças significativas em nível regional (54,5 na região sudeste e 111,8 na região norte) (Cave-

naghi, 2013). Em sua análise regional, Cavenaghi (2013) também mostra que embora a fecundidade em áreas rurais seja mais alta em todos os estados, há importantes diferenças segundo a região, com maior homogeneidade no Sudeste do que no norte, onde a disparidade social e econômica da população é muito mais severa.

No **Uruguai** há importantes diferenças em nível regional, com uma variação na proporção de mães adolescentes de 15 a 19 anos de 7,4% e 14,1% (nos departamentos de Lavalleja e Rio Negro, respectivamente), com uma lacuna de 1,9<sup>13</sup>. Do mesmo modo, Varela (2014) destaca a heterogeneidade na capital, com importantes variações na maternidade adolescente em nível de bairro (com alguns bairros com a proporção de mães próxima a zero e outros onde essa proporção chega a 17%).

No **Paraguai** a maternidade adolescente ocorre com mais frequência nas zonas rurais. Residir em uma zona rural aumenta em quase 50% as chances de ter filhos antes dos 20 anos. Também é mais frequente na região norte e menos frequente na Grande Assunção, enquanto as regiões Centro Sul e Leste apresentam valores intermediários (CEPEP, 2011).

Em suma, as desigualdades territoriais em relação à maternidade adolescente persistem em todos os países, até mesmo aumentando em alguns. Nesse sentido, Rodríguez Vignoli (2014) sinaliza que tanto para o Brasil quanto para o Uruguai, a desigualdade urbano-rural na fecundidade adolescente aumentou entre 2000 e 2010. O local de moradia implica em acesso a bens e diversos serviços, assim como a espaços de socialização e modelos e dinâmicas socioculturais específicas (Varela et al. 2014). Nos países onde foi feita uma análise territorial detalhada, como no Brasil e no Uruguai, por exemplo, fica evidente que a análise espacial agregada oculta as realidades heterogêneas relativas ao comportamento reprodutivo. A análise territorial detalhada revela importantes dispersões, inclusive em uma mesma cidade, e a coexistência de realidades sociais

---

12. Em 2001 a taxa de fecundidade adolescente (15 a 19 anos) variava entre 23,9 em Buenos Aires e 101,1 no Chaco (Binstock e Pantelides, 2005).

---

13. Segundo Varela et. al 2013, em 1996 o percentual de mães variava entre 10,9% em Montevideu e 21,6% em Artigas, o que representa uma lacuna de 1,98.

muito diferentes em espaços limitados. Esses estudos estimulam a análise mais detalhada em nível espacial, que permita identificar as unidades geográficas mais vulneráveis em relação ao acesso a direitos reprodutivos, para propor programas específicos.

## Desigualdade educacional

Outra característica onde as mães e as não mães adolescentes claramente se diferenciam são os aspectos vinculados aos indicadores educacionais. Em todos os países existem diferenças bem acentuadas entre as adolescentes que são mães e as que não são em relação aos níveis de frequência escolar, analfabetismo e nível de escolaridade alcançado (Binstock e Pantelides, 2005; Rodríguez Vignoli, 2014; Varela e Fonzik, 2014; Chagas de Almeida e Aquino, 2011; Heilborn e Cabral, 2011; CEPEP, 2011; Cavenaghi, 2013) que posiciona as primeiras em situação de desvantagem.

Por muito tempo essa associação foi parcialmente interpretada como a dificuldade das adolescentes em dar continuidade à sua educação quando estão grávidas ou são mães. Muitos esforços foram feitos para manter as adolescentes grávidas no sistema escolar. Isso, sem dúvida, é necessário e imprescindível, já que muitos trabalhos mostram que a ocorrência de gravidez impede a educação das adolescentes.

Porém, esses mesmos estudos que seguiram mais especificamente a sequência temporal entre a trajetória educacional e a gravidez e maternidade mostram que muitas mães adolescentes já estavam fora do sistema educativo no momento da gravidez.

Na realidade, a proporção de mães adolescentes que já haviam abandonado a escola antes da gravidez era de 75% no Paraguai (CEPEP, 2011), 40% no Brasil (Heilborn e Cabral, 2011), 55% na Argentina (Binstock e Gogna, 2014 com base em um estudo regional) e 71% no Uruguai (Varela e Fonzik, 2011).

No caso do Paraguai, por exemplo, a proporção das adolescentes que já estavam fora da escola é maior na zona

rural, entre as que vêm de domicílios de estratos sociais mais baixos e de lares onde o guarani é a língua predominante (CEPEP, 2011).

Os mesmos estudos mostram que, se a adolescente estiver frequentando a escola no momento da gravidez, as chances de abandono são muito altas e muitas não continuam estudando, seja imediatamente ou pouco tempo depois, muitas vezes apesar de terem sido contatadas pelas escolas e da oferta de facilidades para continuar com os estudos (Binstock e Gogna, 2014; Binstock, G. e E. Näs-lund-Hadley, 2013).

Como resultado, seja por terem interrompido sua educação antes da gravidez, ou por terem abandonado a escola devido à gravidez, as mães adolescentes fazem sua transição à fase adulta em uma situação de maior precariedade, principalmente na questão de educação.

## Maternidade adolescente não planejada

Um dos aspectos mais relevantes sob o ponto de vista do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como à luz da eficiência das políticas públicas que contemplam o bem-estar social, a saúde e educação da população adolescente é se a gravidez foi planejada, inesperada ou inoportuna.

Essa pergunta varia de acordo com os levantamentos em cada país. Assim, no Paraguai e na Argentina as respectivas pesquisas sobre saúde sexual e reprodutiva perguntam sobre a intenção no momento da gravidez do último filho nascido vivo. Enquanto isso, no Brasil a informação sobre planejamento foi obtida para a gravidez em curso. No Chile, por outro lado, a pesquisa nacional da juventude pergunta pela ocorrência de gravidez não planejada, enquanto no Uruguai foi encontrado apenas um único estudo que pergunta especificamente sobre esse aspecto, mas que foi realizado exclusivamente com adolescentes de Montevideu. Aqui, é necessário considerar as potenciais distorções das respostas sobre o planejamento e desejo de uma gravidez de um filho que já nasceu. Apesar das limitações, os resultados oferecem um panorama estimativo da situação regional, sendo um

indício chave para avaliar em que medida os direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes são garantidos.

Na **Argentina**, 30% das mães adolescentes disseram que quando ficaram grávidas não queiram ter filhos, enquanto 15% informaram que teriam preferido esperar mais tempo para ter filhos. No total, isso significa que quase a metade (45%) das mães adolescentes não planejou a gravidez. A parcela que afirma que preferia esperar ou não ficar grávida aumenta proporcionalmente ao nível de escolaridade da adolescente<sup>14</sup>.

Entre as mães adolescentes **paraguaias** a proporção encontrada é semelhante à da Argentina (45%), embora inclua principalmente as adolescentes que informaram preferir ter tido o filho mais tarde (Melian, 2013). O quadro fica ainda mais preocupante quando comparamos os resultados obtidos em pesquisas anteriores, que mostram uma redução na proporção de nascimentos desejados em relação ao aumento dos nascimentos inoportunos. Na pesquisa realizada no ano de 1995/96, a porcentagem de mães adolescentes que afirmou querer ter o filho quando ficou grávida era de 79%, as que disseram que preferiam esperar era de 15%, enquanto 6% disseram que não queriam ter filhos naquele momento (Melian, 2013). Esse resultado, analisado juntamente com a redução da fecundidade adolescente, sugere uma mudança nas preferências reprodutivas em relação à melhor idade para ser mãe, que não pode ser atingida, pelo menos para uma boa parcela das adolescentes.

No **Brasil**, em 2006, segundo Cavenaghi (2013), duas de cada três adolescentes que estavam grávidas disseram que a gravidez não foi planejada, principalmente no nor-

te do país, onde essa proporção chega a 73%. Também é mais frequente nas áreas urbanas do que nas rurais (70% x 50%).

No **Chile**, mais de um quarto das adolescentes de 15 a 19 anos que já haviam iniciado a vida sexual disseram ter tido pelo menos uma gravidez não planejada. As diferenças por estrato socioeconômico são muito acentuadas, variando de 41% no estrato mais vulnerável a 10% no mais privilegiado (Rodríguez e Robledo, 2011). Os dados preliminares sugerem uma redução na ocorrência de gravidez não planejada durante a adolescência. Em 2009, 17% do total de adolescentes relatou a ocorrência, caindo para 13,8% em 2012<sup>15</sup>.

No **Uruguai**, 63% das adolescentes de Montevideu com 14 a 19 anos e que tiveram uma gravidez disseram que não foi planejada. A ocorrência de gravidez não planejada é maior nos segmentos socioeconômicos médios e altos do que no estrato baixo (86% x 54%) e está inversamente associada à idade (78% entre 14 e 15 anos, 60% entre 16 e 17 anos e 48% entre 18 e 19 anos). Além disso, entre as adolescentes que não tiveram a experiência de uma gravidez, há uma postura menos resistente à ideia de uma gravidez à medida que aumenta a idade e diminui o nível socioeconômico de seu lar (MORI, 2011).

## Iniciação sexual e o uso de contraceptivo

A iniciação sexual é um momento de transição para as mulheres que traz consigo o risco da gravidez. Assim, quanto mais cedo a iniciação sexual, maior o período de exposição ao risco. O conhecimento, acesso e uso contínuo e eficiente de contraceptivos é, sem dúvida, um elemento essencial na prevenção de gravidez não planejada.

Entre 40% e 55% das adolescentes de 15 a 19 anos já tiveram relações sexuais. A proporção das adolescentes que iniciaram sua vida sexual nessa faixa etária é afetada

---

14. A proporção de gravidez não planejada é ainda maior se considerarmos os dados obtidos do Sistema Perinatal Informatizado (SIP), já que 70% das adolescentes relatam que não planejaram a gravidez (Ministério da Saúde, PNSIA 2014). Os resultados do SIP não são estritamente comparáveis com os obtidos pela ENNyS, já que o primeiro levantamento é feito durante a gravidez ou o puerpério (o que, com certeza, é mais confiável) mas é restrito a gravidez e partos atendidos pelo setor público. Ainda que seja um leque amplo, muitos dados da ENNyS (que envolvem a população urbana) podem ser considerados mais conservadores devido ao tempo transcorrido.

---

15. Com base nos dados processados pelo REDATAM em INJUV. Esta possibilidade é reforçada se considerarmos a redução no grupo entre 20 e 24 anos, onde a ocorrência de uma gravidez não planejada caiu de 28,8% para 22,5% entre 2009 e 2012.





pelo comportamento das mulheres mais jovens, uma vez que, como é de se prever, a proporção de iniciadas cresce conforme aumenta a idade. A proporção de iniciadas com 19 anos, que resume quantas mulheres iniciam sua vida sexual durante a adolescência, é de 78,5% no Brasil (Cavenaghi, 2013), 64,0% no Paraguai (CEPEP, 2011), 81,4% na Argentina<sup>16</sup> e 76% no Uruguai (com idade de 18). Portanto, a maioria das mulheres inicia a vida sexual ao longo da adolescência e antes da união conjugal<sup>17</sup> (**quadro 5**).

Do mesmo modo, as novas gerações e em especial as mulheres têm antecipado sua iniciação sexual. Assim, por exemplo, a porcentagem de mulheres sexualmente ativas entre os 15 e 19 anos aumentou de 31% para 56% entre 1996 e 2006 no Brasil (Garcia e Koyama, 2009), e de 45% para 52% na Argentina entre 2005 e 2013 (Pantelides, Binstock e Mario, 2005). A mesma tendência de antecipação da iniciação sexual é observada nos outros países (por exemplo, Pantelides, Binstock e Maria, 2005<sup>18</sup>; Binstock e Gogna, 2015; Rodríguez, 2009; CEPEP, 2008).

---

16. Calculado com base na ENSSyR, 2013.

17. Dessa forma, a iniciação sexual no Paraguai ocorre antes da união conjugal em 95% dos casos (CEPEP, 2011), o que constitui uma mudança importante sobre o que foi observado 10 anos antes (CEPEP, 2008), particularmente entre as mais jovens.

A maioria das adolescentes afirma que a iniciação sexual ocorre com o namorado<sup>19</sup>, mas pouco se sabe sobre o ritmo no qual o relacionamento progride. Nesse sentido, uma pesquisa na Argentina perguntou sobre essa questão e concluiu que o tempo de namoro até a iniciação sexual não é muito longo: 16% em um mês ou menos, 21% entre dois e três meses e 20% entre 4 e 6 meses<sup>20</sup> (Binstock e Gogna, 2015)<sup>21</sup>.

Embora o nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos (MAC) seja praticamente universal (96%), o uso de algum tipo de proteção na iniciação sexual varia entre 60% no Chile e 90% na Argentina. O preservativo é o método mais utilizado (95% na Argentina, 68% no Brasil, 81% no Paraguai e 91% no Uruguai). Nos países onde há in-

---

18. Na Argentina, os dados da Pesquisa Nacional de Nutrição e Saúde de 2005 indicam que a proporção de adolescentes de 15 a 19 anos sexualmente ativas era de 45%.

19. 87% no Uruguai (MYSU, 2013), 84% na Argentina (sendo que 87% queria iniciar nesse momento) (ENSSyR, 2013); 86% no Brasil (Heilborn y Cabral, 2011).

20. Os 40% restantes indicaram que a duração de seu relacionamento no momento da iniciação sexual era de pelo menos 7 meses.

21. Esta mesma pesquisa identificou que quanto mais cedo a adolescente começa a sair e inicia relações proto-afetivas e românticas, mas se acelera uma série de comportamentos que tendem à iniciação sexual, descoberta que se repete em outra pesquisa feita no Paraguai (Binstock y Näslund-Hadley, 2010).

**Quadro 5.** Países do Cone Sul. Porcentagem de adolescentes (15-19 anos) que iniciaram sua vida sexual e porcentagem do uso de métodos contraceptivos (MAC) na iniciação e na última relação sexual.

País	% que iniciou a vida sexual	% de início da vida sexual aos 19 anos	% que usou MAC na iniciação sexual	% que usou preservativo	% que usou MAC na última relação sexual	Ano
Argentina	52,4	81,4	90,2	95,0	90,3	2013
Brasil	55,1	78,5	67,4	83,7	46,7	2006
Chile	46,4		58,8		68,7	2009
Paraguai	38,6	64,0	75,8	81,0	83,4	2008
Uruguai	49,3	74,0	86,7	89,0	87,0	2012

**Fonte:** No Uruguai se refere à faixa de 15 a 18 anos. Na Argentina (ENSSyR) se refere às adolescentes que usam MAC entre aquelas que têm relações sexuais no presente. No Uruguai (Estudo MYSU) se refere à última relação sexual. No Paraguai (ENDSSR) se refere à relação mais recente entre as adolescentes que tiveram relações sexuais nos últimos três meses. No Chile (Pesquisa Nacional da Juventude) se refere à última relação sexual no ano anterior. No Brasil (PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) se refere à última relação sexual e unicamente ao uso do preservativo. Entre as que não usaram preservativo na última relação, 80% utilizaram pílula.

formação comparável, observa-se um aumento importante da proteção na iniciação sexual. No Chile, passou de 41,3% para 58,8% entre 2003 e 2006 no caso de adolescentes de 15 a 18 anos (Rodríguez, 2009). No Paraguai, de 24% para 70% entre 1995 e 2008 (CEPEP, 2011). Na Argentina, a informação disponível somente permite comparar a frequência do uso de contraceptivo na iniciação sexual entre as jovens e adolescentes, onde houve um aumento de 78% para 85%<sup>22</sup>.

A idade de iniciação sexual varia de forma significativa entre os setores sociais. Todos os países pesquisados registraram o início sexual em idade mais precoce do que seus pares de estratos sociais mais altos. No Chile, que tem uma categorização social de cinco estratos sociais, a proporção de adolescentes que iniciaram a vida sexual é de 53% e de 43% no estrato social mais baixo e mais alto, respectivamente (Rodríguez e Robledo, 2011). No Uruguai, por sua vez, a informação é baseada em uma escala de três categorias de nível socioeconômico e a variação na proporção de adolescentes que iniciaram a vida

sexual é de 44% e 63% no segmento mais alto e mais baixo, respectivamente (MYSU, 2013). A proporção também varia de acordo com o atraso escolar (com aquelas adolescentes que têm atraso apresentando o dobro de iniciação em relação às que estão na série correta, 66% X 33%) (MYSU, 2013). Nesse sentido, em um estudo recente sobre a Argentina com uma perspectiva de análise longitudinal entre adolescentes e jovens de estratos sociais baixos, estimou-se que a frequência à escola durante um ano reduz em 36% as chances da iniciação sexual naquele ano, tendo como referência o contexto de criação e a série escolar frequentada (Binstock e Gogna, 2015).

As desigualdades sociais na frequência do uso de proteção na iniciação sexual são muito acentuadas. No Paraguai, a proporção do uso de métodos no estrato social mais baixo é a metade daquela no estrato mais alto (38% X 76%) (CEPEP, 2011).

Na Argentina, a proporção do uso de contraceptivos na iniciação sexual das adolescentes com o segundo grau completo é 13% maior que adolescentes com segundo grau incompleto e 23% maior do que adolescentes com primário completo<sup>23</sup>.

22. Com base em análises da ENSSyR (Indec, 2013), que compara o uso de MAC entre jovens de 20 a 29 anos que tiveram sua iniciação durante a adolescência com quem tinha entre 14 e 19 anos no momento da pesquisa. O aumento no uso de MAC na iniciação sexual é consistente com o observado em outras investigações (Binstock e Gogna, 2015).

23. Processamento de dados da ENSSyR, 2013.

Parece interessante salientar que a iniciação sexual não necessariamente significa a continuação de uma vida sexual ativa. No Paraguai, por exemplo, se a adolescente não estiver em uma relação estável de namoro ou de convivência, as relações sexuais provavelmente serão pouco frequentes e descontínuas (CEPEP, 2011). No mesmo sentido, um estudo regional na Argentina mostra que para 16% das adolescentes a iniciação sexual ocorre como episódio isolado, enquanto 25% tiveram dois ou três encontros sexuais posteriores com o mesmo parceiro (Binstock e Gogna, 2015).

No Chile e no Paraguai o uso de contraceptivo na última relação sexual varia entre 70% e 90% e aumenta em relação à primeira relação. Na Argentina e no Uruguai, com os valores mais altos na iniciação, o uso se mantém estável.

Esses altos níveis de uso de contraceptivo na iniciação sexual, bem como nas relações posteriores, e de preservativos ou pílulas contraceptivas não condiz com a resistência à queda dos indicadores relacionados à gravidez e fecundidade adolescente, muito menos com a frequência com que ocorre a gravidez classificada, no mínimo, como inoportuna.

Portanto, é evidente que a extensão do uso do anticoncepcional é menor do que a declarada ou o uso não é constante nem consistente. Nesse sentido, dados da PNDS no Brasil mostram que a metade das adolescentes que disseram utilizar preservativo o faziam de maneira eventual (Garcia e Koyama). Na Argentina, um estudo mostrou que 40% das adolescentes usuárias o faziam de forma intermitente e que, mesmo as que relataram se cuidar de maneira constante e sistemática, tendiam a reconhecer nas entrevistas em profundidade que, por diferentes motivos, algumas vezes mantiveram relações sexuais sem proteção (Binstock e Gogna, 2014). Nesse sentido, dados da ENSSyR da Argentina mostram que 40% das adolescentes que não queriam ficar grávidas no momento em que a gravidez ocorreu usavam contraceptivos, principalmente pílulas ou preservativo. Além disso, um estudo recente mostra que um terço das adolescentes que passaram por parto ou aborto disseram usar um MAC no momento da gravidez (Zamberlin et al, no prelo).

Como já foi mencionado, o “domínio do contraceptivo” se inscreve em um processo de aprendizagem e de tomada de decisões onde o conhecimento dos métodos não é decisivo (Reis-Brandão e Heilborn, 2006, Guzmán et al, 2001. Kornblit e Adaszko, 2006). A isso devemos agregar que também não é decisivo saber que a proteção deve ser constante.

## Anticoncepcional de emergência

Algumas pesquisas recentes abordam especificamente o conhecimento e uso de anticoncepcional de emergência. No Uruguai, a proporção de mulheres de 15 a 18 anos que informou espontaneamente conhecer esse tipo de contraceptivo é de 18% (MYSU, 2013), mas, quando são perguntadas diretamente se conhecem esse recurso, o número aumenta para 86%. Além disso, 21,6% das adolescentes sexualmente ativas já fizeram uso do método. Essa porcentagem aumenta para 27,8% quando perguntadas sobre o uso nos últimos doze meses (MYSU, 2013). Na Argentina, uma parcela um pouco menor (11%) disse espontaneamente que conhecia o método, segundo dados da ENSSyR 2013. Em outro estudo regional mencionado anteriormente (Binstock e Gogna, 2014), a proporção de adolescentes entre 18 e 19 anos que afirmou conhecer a “pílula do dia seguinte” é de 71,6% e 25% já tinham usado.

No Chile, um estudo realizado por Morán Faúndes (2013) indica que as adolescentes demandam mais contraceptivos de emergência do que as adultas. De acordo com autor, esse resultado é consistente com os dados da VI Pesquisa Nacional da Juventude, onde 10% das adolescentes afirmaram ter usado a “pílula do dia seguinte” (proporção um pouco maior do que a relatada pelas adultas). Além do mais, seu uso é mais frequente nos setores sociais mais altos.

## Aborto

Exceto pelo Uruguai que legalizou a interrupção voluntária da gravidez em 2013, nos outros países essa é uma prática proibida por lei. Com exceção do Chile, as demais legislações contemplam situações nas quais o aborto é legal (como estupro ou risco para a saúde ou vida da mulher grávida).

Segundo o registro do Sistema Nacional de Informação (SINADI) do Ministério de Saúde Pública (MSP) do Uruguai, no ano de 2014 ocorreram no país 8.500 interrupções voluntárias de gravidez (IVG), o que significa uma proporção de 12 IVGs para cada 1000 mulheres entre 15 e 45 anos (proporção menor do que a de países cujos dados são conhecidos em nível internacional como, por exemplo, os países nórdicos). Dezoito por cento das interrupções correspondem a menores de 20 anos<sup>24</sup>. É interessante observar que essa porcentagem reproduz a parcela do total de nascimentos correspondentes a mães adolescentes.

Para os outros países, por outro lado, a informação é escassa devido a dificuldades de abordar a questão em pesquisas. Além disso, mesmo que algumas pesquisas incluam a pergunta, é de se esperar que as respostas sejam condicionadas e direcionadas, uma vez que se trata de conduta censurada tanto do ponto de vista legal como, para parte da população, do ponto de vista moral e religioso. É por isso que nos outros países a incidência é estimada indiretamente, com a coleta de resultados muitas vezes em função de estatísticas hospitalares. Além da magnitude e das distorções das estimativas, os dados indicam que as mulheres, principalmente as adolescentes, fazem abortos; e, por ser uma prática clandestina onde todas as mulheres correm algum tipo de risco, as de menos recursos correm ainda mais riscos.

No Brasil, Risi e Cavenaghi (2012, citado em Cavenaghi 2013) indicam que foram registrados 13,1 abortos induzidos para cada 1000 mulheres de 15 a 19 anos em 2010. Essa proporção é um pouco maior do que a da população em geral, estimada em 11,6 abortos.

Na Argentina, nos dados oficiais de estatísticas hospitalares do ano de 2013, foram registradas 851 altas hospitalares por aborto em adolescentes (DEIS, 2015)<sup>25</sup>. Esse número deve ser considerado como uma aproximação da ocorrência do evento, já que é difícil focar esse indicador. Além do mais, contabiliza somente a ocupação de leitos e não os serviços de emergência, deixando de fora muitas

situações de aborto que não apresentam complicações e que não precisam de internação. No Chile, 6% das mulheres que manifestaram ter tido uma gravidez não planejada haviam feito aborto, segundo dados da Pesquisa Nacional da Juventude de 2009 (Rodríguez e Robledo, 2011). Na Argentina essa proporção entre as adolescentes é de 3%, segundo os dados da ENSSyR 2013. Cabe reiterar que estes números devem ser vistos com cuidado, devido à dificuldade para medir práticas ilegais e criminalizadas como o aborto.

## A situação educacional de adolescentes

A frequência escolar no Cone Sul é praticamente universal entre meninos e meninas. As taxas de escolarização entre a população de 12 a 14 anos variam de 94% a 99%. No caso dos adolescentes de 15 a 17 anos a taxa de escolarização cai, variando entre 73% e 92%, de acordo com os dados da SITEAL. No geral, com exceção do Uruguai, não há diferenças significativas entre homens e mulheres.

Com relação à taxa líquida de matrícula do ensino médio (definida pela relação entre a população que, pela idade, deveria estar no ensino médio e a que está efetivamente nesse nível) observa-se uma variação que vai de 72% entre os homens uruguaios a 86% entre as mulheres argentinas. A Argentina e o Chile são os países com a taxa mais alta (acima de 80%) tanto entre os homens quanto entre as mulheres. O Paraguai e o Uruguai têm as maiores diferenças na matrícula entre homens e mulheres. O Paraguai, embora apresente taxas mais baixas, aumentou significativamente a taxa líquida de escolaridade no ensino médio (entre 28% e 32%).

O objetivo de universalização do direito à educação nos países da região implicou em reformas normativas, aprovação de novas leis e expansão da educação obrigatória, o que significou aumentar os esforços, principalmente estatais. Segundo os dados da SITEAL, exceto pelo Chile, onde tan-

24. Informação obtida em: <http://www.msp.gub.uy/noticia/interrupci%-enseñanza-y-el-proceso-de-aprendizaje-y-por-lo-tanto-alu-C3%B3n-voluntaria-de-embarazo>

25. Estimativas indiretas de Mario y Pantelides (2009) indicam uma amplitude entre 372.000 e 522.000 abortos ao ano, o que significa uma média de 0,64 abortos por cada nascimento, mas as autoras não puderam discriminar a proporção que corresponde a mães adolescentes.



to no nível primário quanto no ensino médio mais da metade dos estudantes (54%) frequentam instituições privadas de ensino, nos outros países as escolas públicas predominam (entre 75% e 90% no ensino médio) (SITEAL, 2013).

As taxas líquidas de escolaridade variam de acordo com o estrato socioeconômico. Comparando a lacuna entre estratos de renda alta e baixa, observamos uma diferença que gira em torno de 10% a 15% na maioria dos países, exceto no Uruguai, onde é de 25 % entre as mulheres e 34% entre os homens. O dado alentador é que em todos os países, tanto quanto entre homens e mulheres, há uma redução nas lacunas de frequência por setor socioeconômico, em comparação a 2001. Além disso, os estabelecimentos gerenciados pelo Estado têm uma proporção maior de estudantes oriundos dos estratos sociais mais desfavorecidos, ou seja, aqueles lares com um nível de escolaridade mais baixo (SITEAL, 2011).

Esse panorama da situação no quesito educação dos adolescentes da região muda quando consideramos a incompatibilidade da idade dos alunos do ensino médio. Esse indicador, apresentado para os adolescentes de 15 a 17

anos, é calculado dividindo por cem o número de alunos de nível médio com dois anos ou mais acima da idade esperada para o ano que frequentam e o total de alunos daquela faixa etária. A distorção escolar demonstra as dificuldades na relação do sistema educacional e dos estudantes no processo de ensino e de aprendizagem e, portanto, faz referência ao grau de ajuste entre as estratégias pedagógicas e a matrícula (SITEAL, 2011).

Atualmente, o atraso escolar dos adolescentes entre 15 e 17 anos varia entre 22% e 30% na Argentina, Paraguai e Uruguai. No Chile e no Brasil (com exceção dos homens) não ultrapassa 10%. Todos os países apresentam maior atraso dos adolescentes homens em comparação às mulheres.

Comparado à situação uma década atrás, o atraso escolar caiu em todos os países, com exceção da Argentina, onde aumentou. Esse aumento possivelmente resulta da incorporação de adolescentes ao sistema educativo a partir de diversos planos de reinserção educacional, além da obrigatoriedade de assistência como contrapartida dos planos sociais.

É importante ressaltar que o percentual de alunos e alunas com dois ou mais anos de atraso que estudam em instituições estatais supera o das instituições privadas. Na Argentina e no Uruguai as diferenças são mais notáveis, com lacunas superiores a 24 pontos percentuais, enquanto nos outros países essa lacuna oscila entre sete e 12 pontos percentuais (SITEAL, 2011 não é apresentado em quadros).

O atraso escolar dos adolescentes no ensino médio varia de forma importantes de acordo com estrato de renda, o que resulta em brechas e desigualdades sociais bem marcadas em cada um dos países. Hoje em dia, a taxa de atraso dos adolescentes de estratos sociais mais baixos é de 2 a 5 vezes a taxa dos adolescentes de estratos sociais mais altos. Com mostra o **quadro 6**, a Argentina e o Uruguai encontram-se em posição mais crítica, uma vez que entre 32% e 45% dos adolescentes de estratos sociais mais baixos matriculados no ensino médio têm pelo menos 2 anos ou mais de atraso em relação ao ano educativo ao qual assistem. No restante dos países, tais proporções variam entre 10% e 12%, destacando o caso do Chile que tem níveis médio mais baixos, principalmente nos estratos de renda mais baixa, bem como nas brechas entre os estratos. No relatório **Metas Educativas 2021: Desafios e Oportunidades**, os países da região são classificados em 5 grupos de acordo com grau de acesso e saída nos diferentes níveis educacionais. Neste esquema, os países do Cone Sul aqui analisados estão posicionados da seguinte maneira: Argentina e Chile no grupo com maior número de graduados no ensino fundamental e alta taxa de graduados no ensino médio; em um segundo grupo está o Brasil, com alto número de graduados no ensino fundamental e graduação intermediária no ensino médio e finalmente o Paraguai e o Uruguai, com alta graduação no nível fundamental e baixa graduação no ensino médio. À estas diferenças, soma-se a heterogeneidade entre os países nos momentos chave da escolarização. Como mostra o mesmo relatório, a universalização da educação não se limita a ter nas escolas mais crianças do que adolescentes, mas sim que as escolas sejam cada vez melhores para todas e todos e que **“reduzam a brecha entre os que têm acesso à uma educação**

**de qualidade e os que têm como única oportunidade uma escolaridade sem recursos, pobre, sendo muitas vezes abandonados à própria sorte”**. Neste sentido, e de acordo a algumas avaliações padronizadas, persistem importantes dívidas e desafios nestas questões.

Em suma, a taxa líquida de educação de nível médio varia entre 67% e 83%, tendo aumentado levemente em todos os países em relação há uma década atrás, com exceção do Paraguai, onde o aumento foi muito significativo. As taxas líquidas de educação de nível médio no estrato de renda mais alto são de aproximadamente 10% mais altas que as de estrato de renda baixo. No Uruguai, assim como entre os homens paraguaios, tais referências são mais marcadas (entre 25% e 35% a mais). É verdade que as lacunas nas taxas líquidas de educação de nível médio por setor de renda foram reduzidas entre 2000 e 2010, mas tal redução foi às custas de aumentos no atraso escolar de uma proporção importante de adolescentes dos setores mais desfavorecidos, especificamente na Argentina e no Uruguai. As escolas públicas são as que enfrentam maiores desafios, uma vez que são as que abrigam maior proporção de estudantes provenientes de lares de baixa escolaridade, bem como de estudantes com atraso escolar, fatores que, por sua vez, estão associados ao abandono escolar (**quadro 7**).

**Quadro 6.** Taxas de escolaridade de adolescentes entre 15 e 17 anos, taxa líquida de escolaridade de nível médio e razão de taxa líquida de escolarização de nível médio entre estratos de renda, 2000 e 2011.

País	Sexo	Taxa de escolaridade (15-17 anos)	Taxa líquida de escolaridade de nível médio (TLEM)		Razão TLEM Estrato de Renda Alta / Estrato de Renda Baixa	
		2011	2001	2011	2001	2011
Argentina	Homens	86,7	79,5	83,3	1,29	1,15
	Mulheres	89,9	83,3	85,7	1,22	1,12
Brasil	Homens	83,1	67,9	75,1	1,53	1,11
	Mulheres	84,4	72,5	78,1	1,36	1,09
Chile	Homens	91,7	76,6	80,3	1,14	1,07
	Mulheres	92,4	78,6	84,5	1,17	1,08
Paraguai	Homens	76,7	51,1	67,5	1,76	1,32
	Mulheres	78,5	57,2	73,7	1,39	1,12
Uruguai	Homens	72,9	51,1	72,0	1,47	1,34
	Mulheres	81,8	76,9	80,2	1,35	1,25

Fonte: SITEAL

**Quadro 7.** Taxa de atraso escolar da população entre 15 e 17 anos por sexo e estrato de renda e lacunas entre estratos de renda, 2000 e 2011.

País	Sexo	Taxa de atraso (TA) (15-17 anos)		TA (Estrato de Renda Baixa)		TA (Estrato de Renda Alta)		Razão TE (Estrato de Renda Baixa / Estrato de Renda Alta)	
		2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001
Argentina	Homens	30,7	38,5	36,5	39,3	21,0	20,6	1,74	1,91
	Mulheres	23,3	28,2	30,4	34,3	13,4	9,1	2,27	3,77
Brasil	Homens	25,1	16,0	39,4	21,1	18,0	8,2	2,19	2,57
	Mulheres	17,6	8,1	27,2	10,9	11,9	4,8	2,28	2,27
Chile	Homens	14,0	9,0	17,7	12,0	5,7	4,3	3,12	2,79
	Mulheres	9,3	5,0	12,4	5,4	5,4	2,9	2,30	1,88
Paraguai	Homens	34,1	21,4	38,8	15,1	28,0	9,0	1,39	1,68
	Mulheres	33,9	23,2	41,4	27,1	18,8	15,8	2,21	1,71
Uruguai	Homens	26,7	32,4	40,0	45,7	8,7	14,0	4,60	3,26
	Mulheres	22,5	22,9	33,2	32,5	9,6	6,4	3,47	5,09

Fonte: SITEAL





## Respostas institucionais: saúde sexual e educação

Essa parte do documento se concentra nas respostas institucionais dos países do Cone Sul em relação à saúde sexual e reprodutiva adolescente, com ênfase nas ações vinculadas à prevenção da gravidez. Como será visto em detalhes nas próximas seções, há esforços para atender às necessidades desse estrato da população. Em termos gerais, é uma tentativa de garantir o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, promovendo o direito de acesso ao sistema de saúde de forma autônoma e com respeito à confidencialidade.

Primeiramente, a situação na Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai é resumida e comparada em termos de respeito à legislação, programas, planos e/ou políticas sobre saúde sexual e reprodutiva vigentes em cada país. Em seguida, é detalhado o panorama geral sobre contraceptivos. Em terceiro lugar, são apresentados os

programas específicos dirigidos à população adolescente e, em quarto lugar, é feita uma comparação do quadro de educação sexual. Por último, é feito um resumo do marco normativo que protege as estudantes grávidas e a atual situação legal do aborto em cada país. Depois, é apresentada uma breve caracterização dos sistemas de saúde de cada país.

### Sistemas de saúde

Todos os países analisados contam com um sistema de saúde público e privado. Todos os habitantes do país têm acesso aos serviços oferecidos pelo setor público embora, na maioria dos casos, os setores de menor renda dependam mais desses serviços. Entre 40% e 80% da população de cada país utiliza o sistema público.

### Cobertura da população segundo o sistema de saúde

Argentina	O subsistema público presta serviço a quase 40% da população que não possui outra cobertura. O sistema de seguridade social (obras sociais) cobre aproximadamente 50% da população. O subsistema privado cobre os 10% restantes.
Brasil	Em média, 75% da população têm cobertura do sistema público.
Chile	Cerca de 80% dos chilenos têm cobertura dos serviços de saúde do setor público, financiados com recurso do Fundo Nacional de Saúde (FONASA). Aproximadamente 18% dos chilenos estão associados a alguma instituição de Saúde Privada (ISAPRE), seguradoras privadas que recebem as parcelas obrigatórias dos trabalhadores para administrar vários planos de saúde. Outro grupo pertence às forças armadas e uma parcela reduzida da população paga diretamente do próprio bolso pelos serviços de saúde.
Paraguai	O Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MPSeBS) atende aproximadamente 65% da população total do país. O Instituto de Previdência Social (IPS) - seguridade social - cobre cerca de 15% da população paraguaia. Entre 7% e 9% da população é beneficiada por planos de saúde do setor privado.
Uruguai	A cobertura é realizada da seguinte forma: 27% da população coberta pela Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE, prestador público), 56% pelas Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC, prestadores privados); 4,7% pelos Planos de Saúde da Polícia e Militar e 1,7% por seguros privados.

## Marco normativo para a saúde sexual e reprodutiva de toda a população

Argentina	Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável (2003); Decreto Lei 25.673 de Saúde Sexual (2003)
Brasil	Lei de Planejamento Familiar 9.263 (1996)
Chile	Lei 20.418, que estabelece normas sobre Informação, Orientação e Prestações em termos de Regulação da Fecundidade (aprovada em 2010, regulamentada em 2013)
Paraguai	Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (2014-2018)
Uruguai	Lei 18.426 de Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva (promulgada em 2008, regulamentada em 2010) Lei 18.987 de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG, 2012)

### Saúde sexual e reprodutiva

Os cinco países têm algum tipo de marco normativo (leis e/ou programas) que regulamentam os direitos em saúde sexual e reprodutiva. Em termos gerais, o objetivo desses instrumentos é garantir o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população (não somente da população adolescente), sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde, sendo a contracepção uma de suas prioridades.

A maioria desses marcos normativos orienta seus esforços para o fortalecimento das ações que garantem acesso e melhoram a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para toda a população. Para isso, promovem o acesso à informação, orientação, métodos e prestações de serviços relativos à saúde sexual.

### Contracepção

A distribuição de contraceptivos é uma das principais estratégias adotadas pelos países para promover e garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população, inclusive adolescentes.

Os cinco países distribuem métodos contraceptivos gratuitamente através dos sistemas de saúde, embora cada país tenha suas especificidades, como detalhado a seguir.

Na **Argentina** a cesta de métodos contraceptivos de distribuição gratuita inclui o contraceptivo hormonal oral (regular e de lactação), contraceptivos injetáveis, dispositivos intrauterinos (DIU), preservativos masculinos e contraceptivos de emergência (Ministério da Saúde da Argentina, 2011)<sup>26</sup>. Além disso, a cesta passou a incorporar em 2014 o implante subdérmico e, a partir de 2015, o sistema intrauterino (SIU) (apresentado na Reunião Regional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes em Montevidéu, em maio de 2015). As instituições públicas também devem oferecer gratuitamente contracepção cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia) para a população maior de 18 anos.

No **Chile** a indicação é que “deve colocar à disposição da população métodos contraceptivos, tanto hormonais como não hormonais. Por exemplo, entre os primeiros estão os métodos contraceptivos combinados de estrógeno e progestógeno e os métodos contraceptivos hormonais de emergência. Os segundos, por sua vez, incluem tanto os naturais como os artificiais” (Biblioteca do Congresso Nacional do Chile, 2010).

<sup>26</sup>. Segundo as análises de dados da ENSSyR (2013), entre as adolescentes usuárias de métodos a maioria (58%) utiliza métodos hormonais (pílulas anticoncepcionais) e 39% usam o preservativo. Quarenta e três por cento das adolescentes usuárias obtiveram o método gratuitamente (49% entre usuárias de pílula e 30% entre usuárias de preservativo), em hospitais e/ou centros de saúde.

No **Uruguai**, os métodos incluem “contraceptivo oral hormonal combinado monofásico e trifásico para uso durante a lactação, de emergência e preservativos masculinos. Outro resultado importante é a incorporação da ligadura de trompas e vasectomia como serviços obrigatórios” (Stapff e Ramos, 2013). Esses métodos estão incluídos no decreto de obrigatoriedade; no Uruguai a cesta inclui também o DIU, o preservativo feminino e, desde 2014, vem sendo implementada a oferta piloto de implante subdérmico.

No **Paraguai** o objetivo é obter “acessibilidade a todos os métodos contraceptivos 24 horas por dia, todos os dias, nos serviços hospitalares da rede pública, inclusive pílulas contraceptivas de emergência, com consultoria/orientação” (“Plano Nacional de SSR 2014-2018”, Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social).

O **Brasil** distribui gratuitamente o preservativo masculino e o feminino. Esse último é um caso exemplar na região, já que o acesso a esse tipo de método é limitado (UNAIDS e UNFPA, 2015). Para as adolescentes também estão disponíveis os métodos contraceptivos injetáveis mensais e trimestrais e o DIU. O contraceptivo de emergência está presente em todos os sistemas de saúde dos países analisados.

Na Argentina e no Uruguai a obrigatoriedade de oferta de contraceptivos abrange tanto o sistema de saúde público quanto o privado. No Chile e no Paraguai, por outro lado, o alcance se restringe ao sistema público de saúde<sup>27</sup>.

Um dos aspectos analisados especificamente foi a existência de algum tipo de restrição ao acesso a serviços de saúde reprodutiva e contraceptiva para adolescentes ou se esse direito estava claramente definido.

---

27. Não foi possível determinar a abrangência no Brasil.

28. Na Argentina não é possível considerar os 14 anos de idade como limite fixo. O Decreto Lei 25.673 dispõe que, para menores de 14 anos, é necessária a presença de um adulto na consulta. No entanto, os princípios que emanam da Convenção dos Direitos da Criança (de caráter constitucional) e que retoma a Lei Nacional 26.061 propõem o direito à saúde sem discriminação para crianças e adolescentes e o conceito de autonomia progressiva que deve ser aplicado em resposta às necessidades dos adolescentes, independentemente de sua idade.

A maioria dos países promove e divulga o direito dos adolescentes de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (inclusive aos métodos contraceptivos) de forma autônoma, sem obrigação da presença de um adulto, respeitando a confidencialidade. O relatório “**Análise sobre Legislações e Políticas que afetam o acesso de adolescentes e jovens aos Serviços de Saúde Reprodutiva e HIV na América Latina**” (ONUSIDA e UNFPA, 2015) especifica a idade mínima para o livre acesso ao preservativo masculino em cada país: na Argentina, 14 anos<sup>28</sup>; no Brasil, qualquer idade; no Chile, 14 anos; no Paraguai, 10 anos; e no Uruguai, 13 anos.

No Chile os serviços de saúde estão autorizados a receitar e oferecer gratuitamente métodos contraceptivos a adolescentes maiores de 14 anos sem necessidade de consentimento dos pais. Somente no caso de adolescentes menores de 14 anos que solicitem os métodos contraceptivos de emergência o funcionário do sistema público ou privado de saúde fará a entrega do medicamento, devendo informar, posteriormente, ao pai, mãe ou adulto responsável indicado pela adolescente. Não há restrições para os outros métodos. A Argentina, Brasil e Uruguai priorizam a “**autonomia progressiva**”<sup>29</sup> das adolescentes e jovens que necessitem dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. No Paraguai não se faz menção à necessidade de consentimento de um adulto para que o adolescente possa ter acesso aos métodos contraceptivos e/ou aos serviços de saúde sexual e reprodutiva<sup>30</sup>.

---

29. No Uruguai a “**autonomia progressiva**” do adolescente está resguardada pela Lei 18.426, pela Lei 18.335 (que regulamenta os direitos e obrigações de pacientes e usuários dos serviços de saúde) e por diferentes diretrizes de atenção à saúde adolescente. Na Argentina, pela Lei de Proteção Integral de Direitos dos Meninos, meninas e adolescentes (26.061), além da Constituição Nacional que incorpora a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDN).

30. No Paraguai, no que se refere aos serviços de SSR, no “Manual Clínico - Adolescência, Manejo Integral de Adolescentes com Enfoque de Direitos” do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social, alguns dos direitos de pessoas adolescentes são: a confidencialidade, ser perguntado se deseja ou não que seus pais ou tutores sejam informados sobre seu estado de saúde, e dar ou negar seu consentimento para informar a seus pais ou tutores sobre seu estado de saúde ou o motivo de sua consulta.

Em **suma**, os cinco países analisados oferecem gratuitamente métodos contraceptivos através dos seus sistemas de saúde (preservativos masculinos, contraceptivo hormonal oral, contraceptivo de emergência, DIU, entre outros). Porém, principalmente em relação ao acesso a contraceptivo de emergência, há obstáculos ao acesso.

Os países promovem o direito de adolescentes ao acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva (entre eles, os métodos contraceptivos) de forma autônoma e com respeito à confidencialidade. Porém, na prática esse direito não é totalmente cumprido, constituindo-se em uma barreira importante.

**Alguns desafios:** embora os países tentem promover a **confidencialidade e a privacidade** no momento de obter insumos em saúde sexual e reprodutiva, na prática isso não ocorre integralmente. Essa é uma barreira importante para o acesso e exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens. Por exemplo, no Chile os adolescentes não solicitam os contraceptivos porque duvidam da confidencialidade (Centro Cultural, 2009-2010). Na Argentina, apesar do marco jurídico ser claro e completo, em muitas ocasiões surgem preconceitos, mitos, temores e conceitos infundados por parte dos profissionais de saúde. Esses fatores servem de barreira ao acesso e ao exercício do direito à saúde de adolescentes. Muitas vezes isso é produto do desconhecimento da lei pelos profissionais e, em outros casos, eles conhecem as leis mas não aplicam por medo de um conflito legal com os pais ou adultos responsáveis pela/o adolescente. Frequentemente há exigência do acompanhamento ou da autorização de adultos para receber atenção ou métodos contraceptivos. Essa exigência é desnecessária e mais frequente quanto mais novo for a/o adolescente. No que se refere especificamente a contraceptivos de emergência, também há obstáculos. Por exemplo, o Chile não conta com diretrizes que regulamentem a lei existente, o que é uma barreira ao acesso a contraceptivos de emergência por causa da resistência ou desinformação de alguns profissionais da saúde. O relatório **“Análise de Legislações e Políticas que afetam o acesso dos adolescentes e jovens aos Serviços**

**de SSR e HIV na América Latina”** (UNAIDS e UNFPA, 2015) mostra o tipo de barreira no acesso aos métodos contraceptivos relacionados à possível **diferença entre a idade de acesso livre aos preservativos e a idade de consentimento sexual (sem medir as consequências penais)**. No **Chile** existe certa diferença nesse sentido já que, embora não haja limitação de idade para o fornecimento de preservativos (de acordo com o artigo 3 da Lei 20.418), o consentimento sexual para as relações heterossexuais é aos 14 anos e para as relações homossexuais aos 18 anos. Nesse último caso, o Código Processual Chileno pune a relação carnal homossexual com um menor de 18 anos, mesmo quando não são cumpridas as condições que definem violação ou estupro. Essa pode ser uma barreira específica ao acesso aos métodos contraceptivos para os casais, principalmente os homossexuais, por medo das potenciais consequências penais (considerando que, por exemplo, aos 15 anos podem ter livre acesso ao fornecimento de preservativos, mas não têm a idade necessária para iniciar as relações sexuais sem consequências penais).

No **Brasil** também encontramos uma série de desafios nesse sentido. Por um lado, a legislação vigente (Lei 12.015/2009) tipifica as relações sexuais com pessoas menores de 14 anos como “estupro de vulnerável” e a pessoa pode ser condenada a uma pena que varia de oito a 15 anos de prisão. Como explicado na publicação “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual” (Ministério da Saúde, 2011) isto implica supor que toda pessoa menor de 14 anos é vulnerável e não tem critério suficiente para consentir, tampouco as condições pessoais para oferecer resistência. Dessa forma, todas as pessoas menores de 14 anos são condenadas à abstinência absoluta da sexualidade, o que é inaceitável. Por outro lado, no Brasil os casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças/adolescentes devem ser obrigatoriamente informados aos serviços de saúde (Lei 8.069/1990 e Portaria Ministerial 1968/2001).

Em suma, de certa forma as legislações vigentes no Brasil desafiam a autonomia dos adolescentes e seu direito à confidencialidade e privacidade (Cunha e Pucheta, 2013).

## Programas de saúde específicos para adolescentes

Essa seção se concentra nas leis, programas, planos e/ou políticas de saúde que visam a população adolescente vigentes em cada país. Em termos gerais, o objetivo desses instrumentos é garantir o direito do adolescente à saúde, muitos com ênfase especial na saúde sexual e reprodutiva (embora não exclusivamente). Esses instrumentos são de responsabilidade dos Ministérios da Saúde.

Na **Argentina**, no ano de 2007 foi criado o programa Nacional de Saúde Integral na Adolescência (PNSIA). Embora dê ênfase especial à saúde sexual e reprodutiva, o programa desenvolve espaços diferenciados para adolescentes sob o foco de saúde integral e, ao mesmo tempo, desenha serviços que garantem o acesso de adolescentes ao sistema de saúde.

No **Paraguai**, foi criada a Política Nacional da Infância e Adolescência (POLNA: 2003-2013; 2013-2018) e um Plano Nacional de Ação (PNA) com ênfase na população adolescente. Porém, eles não dão especial ênfase à saúde sexual e reprodutiva, sobretudo ao abuso e exploração sexual (além de outros eixos relativos à proteção integral das meninas, meninos e adolescentes, não somente no âmbito da saúde). No Paraguai, a saúde sexual e reprodutiva de adolescente é orientada pelo Plano Nacional de

Promoção da Qualidade de Vida e Saúde com Igualdade da Adolescência 2010-2015. Esse plano incorpora ações de intervenção nos principais problemas de saúde de adolescentes, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. No marco desse plano, o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social realiza ações específicas para a população adolescente: distribuição das Cartilhas de Saúde destinadas a adolescentes, reorganização e criação de espaços amigáveis, fóruns de adolescentes e planos de comunicações para a prevenção da gravidez na adolescência.

No **Uruguai**, as ações específicas de saúde sexual e reprodutiva voltadas à adolescência estão associadas ao Programa Nacional de Saúde da Adolescência e Juventude (2007) e à Área de Saúde Sexual e Reprodutiva. No marco do programa, diversas medidas específicas são adotadas: implantação do cartão de saúde do adolescente, criação de espaços de saúde adolescente e criação da figura do médico de referência.

No **Chile**, as ações específicas em saúde sexual e reprodutiva para a adolescência estão associadas ao Programa Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (2008). O programa adota diversas medidas específicas: desenvolvimento de espaços amigáveis de atenção, implantação do controle de saúde integral de adolescentes, consulta domiciliar integral e as secretarias de saúde sexual e reprodutiva.

## Programas que integram atenção à saúde sexual e reprodutiva especificamente da população adolescente

Argentina	Programa Nacional de Saúde Integral na Adolescência (2007)
Brasil	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (2006)
Chile	Programa Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens (2008)
Paraguai	Plano Nacional de Promoção da Qualidade de Vida e Saúde com Igualdade da Adolescência 2010-2015 (2010)
Uruguai	Programa Nacional de Saúde da Adolescência e Juventude (2007)

Em 2006 o **Brasil** aprovou a Política Nacional de Atenção Integral de Adolescentes e de Jovens para garantir o direito à saúde dos jovens no Sistema Único de Saúde. A saúde sexual e reprodutiva aparece como uma área prioritária da saúde. Como uma estratégia de ação, foi criada a Cartilha de Saúde assim como também os serviços de atenção mais acolhedores<sup>31</sup>. O Brasil também conta com uma Política Nacional de Atenção Integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei (Portaria nº 647, 2008).

Em suma, a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes é de responsabilidade dos ministérios da saúde, em diferentes marcos. Por um lado, há o programa geral de saúde sexual e reprodutiva que garante o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população (não exclusivamente de adolescentes). Por outro lado, há o programa voltado especificamente à população adolescente, porém nesse caso é garantido o exercício do direito à saúde integral de adolescentes (não exclusivamente a saúde sexual e reprodutiva). Em todos os países os dois marcos de ação (geral e específico) abrangem a população adolescente, embora com variação no grau de especificidade, alcance e desenvolvimento.

Entre os desafios, ainda considerando os avanços na atenção à população adolescente em todos os países analisados, ainda há limitações. A maioria dos países analisados conta com serviços de atenção diferenciados ou amigáveis para adolescentes. Porém, em vários países há relatos que na prática esses espaços têm cobertura insuficiente, com horários de atenção pouco convenientes e não funcionam adequadamente para manter a confidencialidade (OMS, UNFPA e FCI, 2014).

## Educação em sexualidade

Todos os países oferecem educação em sexualidade, embora o grau de institucionalização e alcance seja diferente. A **Argentina** é o único país que possui uma lei específica na matéria, sancionada em 2006 e implantada no sistema educativo. A Lei 26.150 de Educação Sexual Integral es-

31. Não foi possível avaliar até que ponto esses serviços “mais acolhedores” de atenção à saúde dos adolescentes (apresentação realizada na Reunião Regional sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, Montevideu, maio 2015) se assemelham aos “espaços amigáveis” existentes nos outros países.

tabelece o direito de todas e todos os estudantes a receber educação integral em sexualidade e cria o Programa Nacional de Educação Sexual Integral (ESI), a cargo do Ministério da Educação. As ações promovidas por esse programa visam alunos de escolas públicas e privadas, do nível inicial até o superior. Através das suas “**Orientações Curriculares**” propõe organizar espaços transversais de formação desde a educação inicial e fundamental, considerando a criação de espaços específicos no ensino médio que possam fazer parte das disciplinas já existentes no currículo ou de novos espaços a serem incorporados.

No **Uruguai**, embora não haja uma lei específica, a Lei Geral de Educação 18.437 (2009) estabelece que a educação sexual é um eixo transversal do sistema educativo público. Nesse marco, o Programa de Educação Sexual da Administração Nacional de Educação Pública (ANEP) foi criado, propondo a incorporação da educação em sexualidade como eixo transversal no currículo e sua extensão a todo o sistema formal (instituições públicas e privadas). O programa coordena as diversas estratégias de inserção da temática ao currículo de todo o sistema educativo da ANEP (desde a educação inicial até o bacharelado). Uma estratégia priorizada pelo programa é a formação dos adolescentes de todo o subsistema, incluindo a formação docente de pós-graduação, uma atividade que vem se desenvolvendo desde o ano de 2008.

O **Chile** faz menção à educação sexual em sua Lei 20.418 sobre a Regulamentação da Fecundidade no marco do Ministério da Saúde. Essa lei estabelece que todo estabelecimento de ensino médio deve contar com um plano de educação em sexualidade, segundo as orientações técnicas do Ministério da Educação. Além disso, define os objetivos de aprendizagem curricular a serem abordados pelas escolas e liceus. Em relação a programas específicos, há iniciativas individuais e isoladas nesse terreno, sem a continuidade necessária para conseguir sua institucionalização. A educação sexual é mais ampla nas escolas privadas do que nas escolas públicas. Atualmente, o Chile está revendo os planos curriculares no MINEDUC, com contribuição do MINSAL, para incorporar a educação sexual aos planos curriculares.

## Marco normativo para a educação sexual

Argentina	Lei 26.150 (2006) Programa Nacional de Educação Sexual Integral (ESI)
Brasil	Lei 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) Decreto 6.286: Programa Saúde na Escola (PSE), (2007)
Chile	Lei 20.418 sobre Regulação da Fecundidade (Ministério da Saúde)
Paraguai	Lei Geral de Educação Nº 126 (1998) Ata de Compromisso (2007) Plano Nacional de Educação 2024 (2009)
Uruguai	Programa de Educação Sexual (ANEP-CODICEN, 2006) Lei Geral da Educação 18.437 (2009)

Em 2007, o Ministério da Educação e Cultura do **Paraguai** assinou uma Ata de Compromisso com várias instituições (entre as quais o Ministério da Saúde) para executar um projeto para incorporar conteúdos de educação sexual nos currículos acadêmicos. Nesse contexto, foi estabelecido um **Plano Diretor Pedagógico para a Educação Integral em Sexualidade**, que define os princípios e diretrizes orientadoras e reguladoras para sua abordagem e implantação no sistema educativo formal do Paraguai, tendo como base o Plano Nacional de Educação 2024 (2009). Embora a Lei Geral de Educação Nº 126 (1998) traga o marco de direitos e igualdade onde se insere a Educação Integral em Sexualidade, o processo de explicitação da Educação em Sexualidade se materializa com o Plano Nacional de Educação 2024. Contudo, o Ministério da Educação resolveu ao final não colocar em vigor o Plano Diretor Pedagógico devido à forte oposição de grupos fundamentalistas. Em 2013 a educação em sexualidade foi incorporada à rede curricular dos cursos técnicos em saúde.

Em 1996 o **Brasil** aprovou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº 9.394). Esse instrumento abre precedente legal que garante ao Ministério da Educação e

Cultura as atribuições de definir as diretrizes da educação em todos os estabelecimentos de ensino, através dos Parâmetros Curriculares Nacionais (aprovados em 1996). As instituições de ensino devem atender ao estipulado nesses parâmetros (Denise Quaresma da Silva, 2013), que propõe tratar a educação sexual como um assunto transversal relacionado aos conteúdos de todas as disciplinas e as atividades extracurriculares. Além disso, em 2007 o Brasil criou o Programa Saúde na Escola (PSE, Decreto 6.286), com uma política intersetorial dos Ministérios da Educação e da Saúde, com o objetivo de contribuir com a formação integral dos alunos do ensino público básico, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva.

Apesar dos grandes avanços em educação em sexualidade, ainda existem **desafios e limitações** nesse terreno. Por um lado, destaca-se a necessidade de regulamentar os conteúdos básicos para evitar a discricionariedade dos centros educacionais e dos docentes na implantação dos programas. Nesse sentido, por exemplo, faltam no Chile normativas ministeriais de educação que regulamentem a educação sexual (que está regulada na área de saúde). Falta coordenação de ações entre o setor educacional e

de saúde. No Uruguai, por outro lado, há uma valorização positiva da parceria estratégica entre os dois setores, o que garantiu legitimidade à proposta. A formação insuficiente dos docentes também se destaca como obstáculo para uma abordagem adequada da educação em sexualidade nos países analisados. Desde 2012 a Argentina tem empreendido grandes esforços a área da capacitação docente, além de desenvolver materiais específicos para facilitar a tarefa docente e integrar a temática no núcleo familiar. Recentemente também foram iniciadas as avaliações das capacitações docentes. O Uruguai também prioriza a formação docente nesse tema, pois a formação de uma massa crítica de docentes é considerada necessária para a sustentabilidade da proposta. Desde 2008 foram realizadas formações de docentes dos diferentes subsistemas em diversos temas relacionados à educação em sexualidade. Assim, começaram a implantar uma avaliação que permitirá analisar o impacto das ações do programa no sistema nacional de educação. Por fim, a oposição dos grupos conservadores também pode ser destacada como uma barreira à implantação da educação em sexualidade. No Paraguai, a forte oposição desses grupos impediu que o Plano Diretor Pedagógico para a Educação Sexual entrasse em vigor.

## Estudantes grávidas e mães

Todos os países analisados possuem algum tipo de iniciativa para regulamentar o direito à educação das estudantes grávidas e/ou mães, embora haja diferenças no grau de especificidade e desenvolvimento.

## Aborto

O Uruguai é o país menos restritivo no que diz respeito ao aborto. Em 2012, com a aprovação da Lei 18.987, é descriminalizada a interrupção voluntária da gravidez unicamente pela vontade da mulher até a 12ª semana de gravidez, ou até a 14ª semana, em caso de estupro (desde que seja realizado por um médico dentro do sistema de saúde). No outro extremo, o Chile e o Paraguai são os únicos países que não descriminalizaram o aborto em qualquer circunstância. Porém, como parte da agenda legislativa do governo atual da Presidente Bachelet do Chile, está em discussão na Câmara a descriminalização do aborto por

três motivos: risco de morte materna, má formação incompatível com a vida e estupro.

Contudo, apesar de a legislação contemplar causas onde o aborto não é passível de penalidades, em todos os países as mulheres enfrentam barreiras para ter acesso ao aborto legal seguro no sistema de saúde. Na Argentina, por exemplo, a despeito dos avanços, muitas instituições não cumprem com sua obrigação de garantir a prática da interrupção legal da gravidez, segundo a decisão FAL da Corte Suprema de Justiça (2012) e o “Protocolo para a Atenção Integral de Pessoas com Direito à Interrupção Legal da Gravidez” do Ministério da Saúde da Nação. No Paraguai, o Código Penal vigente (Lei 3.440, artigo 109) restringe a possibilidade de um aborto seguro e, além disso, não há uma regulamentação que defina quais casos são reconhecidos como sério perigo de vida para a mãe.

Em **suma**, em matéria de aborto o Chile e o Paraguai são os países mais restritivos, uma vez que o proíbem em todas as suas formas. No outro extremo está o Uruguai, onde a interrupção voluntária da gravidez não é penalizada se for realizada nas 12 primeiras semanas de gestação. No Brasil e na Argentina a legislação contempla situações nas que o aborto não é passível de punição.



## Marco normativo que regula o direito à educação das estudantes grávidas e/ou mães

Argentina	Lei Nacional de Regime Especial de Alunas Grávidas 25.273 (2000) Lei Nacional de Ações contra alunas grávidas 25.584 (2002) Lei Nacional de Educação 26.206, Art. 81 (2006)
Brasil	Licença Médica à Gestante – Lei 6.202 (1975) Regulamentação: Portaria Nº 04, de 25/04/2011– PROEG
Chile	Lei Nº 19.688 de Direito das estudantes grávidas/mães lactantes (2000) Lei Geral de Educação Nº 20.370 (2009)
Paraguai	Lei 4.084 de Proteção à Maternidade (2010)
Uruguai	Circular 2380: Estudantes - Regime especial de controle de assistência de Alunas Grávidas (1999) Lei General de Educação Nº 18.437 (2009) – Art. 74



## Resumo e Conclusões

Esse trabalho se propôs a sistematizar a situação em relação à fecundidade e maternidade adolescente na Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai em uma perspectiva comparativa. Para tanto, analisou as tendências, as características que trazem desigualdade, assim como a situação dos fatores determinantes próximos, como a iniciação sexual e o uso de métodos contraceptivos. A segunda parte do trabalho enfatizou a legislação e os programas nacionais vinculados à saúde sexual e reprodutiva adolescente.

Ao longo do caminho foram apresentados os avanços, mas também muitos desafios impostos à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e, acima de tudo, para que possam desfrutar de uma sexualidade plena, sem risco de gravidez não planejada ou indesejada.

A fecundidade adolescente nos países do Cone Sul manteve-se relativamente estável. A última década apresentou um padrão irregular, com discretos aumentos e reduções. A única exceção é o Brasil, que apresenta redução contínua que, contudo, resulta de um importante aumento na década anterior. À luz dos níveis de fecundidade geral em cada país, a fecundidade adolescente continua alta.

Os níveis de outros indicadores relacionados vinculados à reprodução precoce, como a proporção de nascimentos que correspondem a mães adolescentes, assim como a proporção de mães entre as adolescentes, também mostram uma tendência de grande estabilidade em todos os países. De 15% a 20% dos nascimentos correspondem a mães adolescentes e essa proporção se manteve estável na última década. Com base na proporção de mães, estima-se que uma em cada cinco mulheres será mãe na adolescência. Com exceção do Paraguai, onde houve uma importante redução, os outros países se mantiveram estáveis por no mínimo duas décadas. Esse fato está relacionado à estabilidade do calendário reprodutivo de pelo menos alguns setores sociais específicos.

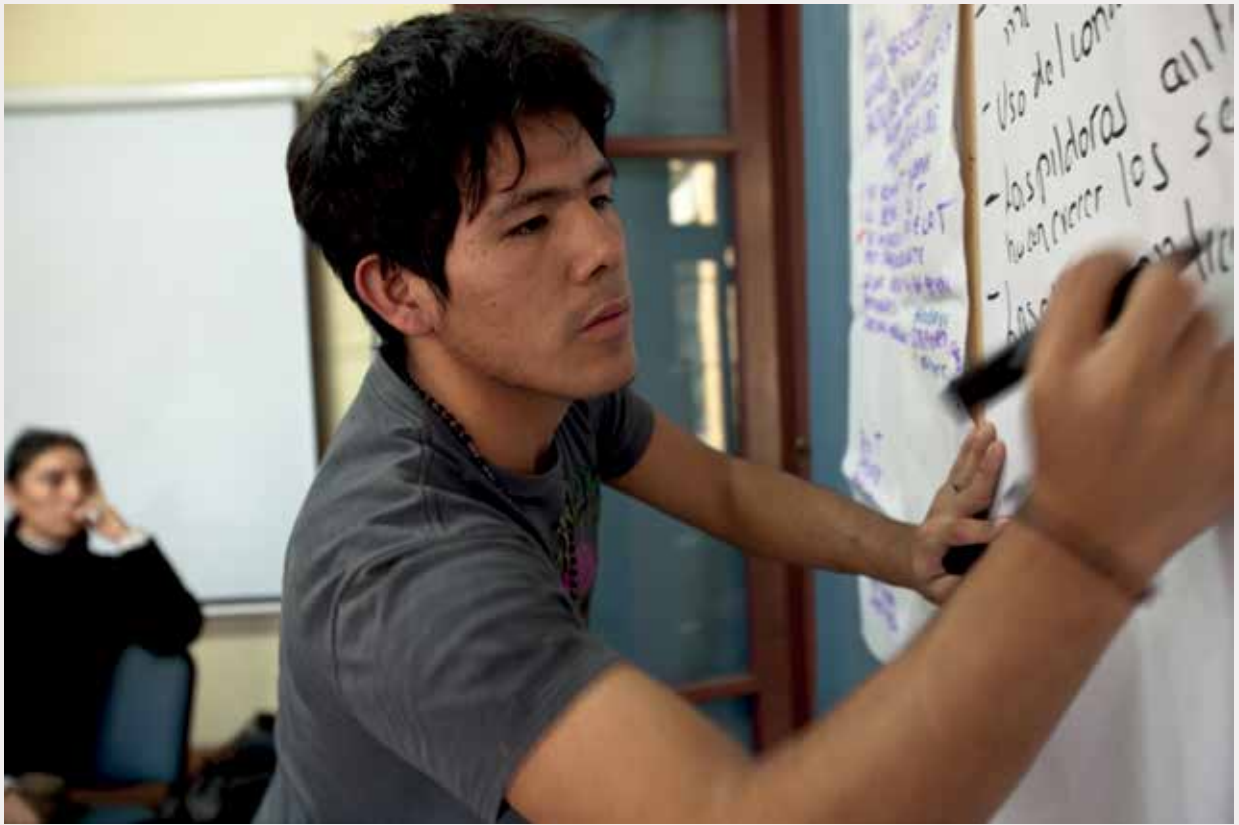
Um dado promissor é a redução da maternidade repetida em todos os países. Cerca de 20% dos nascimentos de filhos de mães adolescentes correspondem a um segundo filho, com exceção do Chile onde esse índice é de 14%.

A gravidez e a maternidade adolescentes são uma questão de iniquidade e desigualdade social que, por sua vez, se retroalimenta e acentua as desigualdades iniciais. O resultado dessa dinâmica coloca as mães adolescentes em situação de vulnerabilidade social, quando comparadas às adolescentes que não são mães. Essa situação fica ainda mais relevante quando consideramos que sua situação de mãe é resultado de uma gravidez não planejada ou ocorrida inoportunamente.

Ao longo do trabalho foi demonstrada a existência de desigualdades territoriais, culturais, econômicas e educacionais na possibilidade de ser mãe e, também, que a lacuna de desigualdades aumentou em muitos aspectos.

No que diz respeito ao vínculo entre a educação, gravidez e maternidade precoce, em todos os países observamos que em grande proporção a gravidez é precedida pelo abandono escolar. Caso a adolescente esteja estudando, a possibilidade de abandono dos estudos também é alta. Assim, por um motivo ou outro, as adolescentes mães estão em desvantagem educacional quando comparadas a seus pares que não são mães.

Essa situação implica esforços importantes em duas direções que, de fato, estão sendo realizados através de leis e programas. O primeiro é o de manter ou reinserir as adolescentes em risco de abandono escolar. O segundo é proteger, garantir e facilitar a continuidade escolar das adolescentes grávidas e mães. Essas iniciativas, contudo, devem ser acompanhadas por esforços ainda maiores para melhorar as escolas e a educação em conjunto, assim como para reduzir as lacunas na qualidade da formação que as e os adolescentes recebem. Também é necessário aprimorar os espaços para cuidado de bebês e crianças, para facilitar a frequência escolar de mães adolescentes.



Um levantamento das legislações e programas de cada país apresenta grandes avanços. Os cinco países contam com algum tipo de marco normativo que garante o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da população. A distribuição de contraceptivos é uma das principais estratégias adotadas para promover e garantir os direitos sexuais e reprodutivos.

Na Argentina, Brasil, Chile e Uruguai, a saúde sexual e reprodutiva da população adolescente é responsabilidade do ministério da saúde a partir de dois marcos distintos. Por um lado, a partir de um programa geral de saúde sexual e reprodutiva que garante o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população (não somente de adolescentes). E, por outro lado, a partir de um programa dirigido especificamente à população adolescente que garante o exercício do direito à saúde integral dessa população (não somente saúde sexual e reprodutiva). O Paraguai, por sua vez, não conta com um programa específico de saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, que é atendida pelo programa geral.

Para melhorar o acesso de adolescentes ao sistema de saúde, foram criados serviços de atenção diferenciados ou amigáveis, embora alguns países enfrentem desafios em relação à sua cobertura, horários e garantia de confidencialidade.

Finalmente, no quesito aborto, o Chile e o Paraguai são os países mais restritivos, já que proíbem essa prática em todas as suas formas. No outro extremo encontra-se o Uruguai, onde a interrupção voluntária da gestação não é penalizada nas 12 primeiras semanas de gestação. No Brasil e na Argentina a legislação contempla circunstâncias nos quais o aborto não é passível de punição, mas o acesso à prática costuma ser difícil. Como claramente demonstrado nas estatísticas, a proibição da interrupção voluntária da gravidez não impede que uma adolescente faça o aborto, somente a obriga a fazê-lo clandestinamente, com os riscos para a saúde e a vida inerentes ao aborto clandestino.

Na questão dos programas especificamente educativos, todos os países possuem algum tipo de iniciativa para incluir a educação sexual, bem como iniciativas legislativas para regulamentar o direito à educação das estudantes grávidas e/ou mães. A Argentina é o único país com uma lei específica de saúde sexual reprodutiva que estabelece o direito de todos os estudantes (de estabelecimentos públicos ou privados) a receber educação sexual integral. Além disso, o país criou o **Programa Nacional de Educação Sexual Integral (ESI)**, a cargo do Ministério da Educação.

Apesar dos grandes avanços na educação sexual, ainda há desafios e limitações nessa área. Por um lado, destaca-se a necessidade de regulamentar os conteúdos básicos para evita a discricionariedade dos centros de ensino e dos docentes na implantação dos programas. Nesse sentido, por exemplo, o Chile não conta com normativas ministeriais na área de educação que regulamentem a educação sexual (regulamentada na área da saúde). Falta coordenação de ações entre o setor de educação e o da saúde. Por outro lado, o Uruguai valoriza a parceria estratégica entre os dois setores, o que garantiu legitimidade à proposta. Finalmente, a formação insuficiente dos docentes se sobressai como um obstáculo para uma abordagem adequada da educação sexual nos países analisados.

Para concluir, faltam avaliações sistemáticas dos programas. Embora o monitoramento dos indicadores vinculados à saúde sexual e reprodutiva adolescente e, principalmente, à ocorrência de gravidez não planejada, em última instância evidencie a eficiência das ações, o certo é que em muitos casos os resultados levam tempo. Além disso, há a necessidade de avaliações intermediárias para identificar as limitações e os desafios de todos os atores envolvidos para melhorar as ações e programas.

# Referencias

- Aquino, E., M.L. Heilborn, D. Knauth, M. Bozon, M. Almeida, J. Araújo e G. Menezes (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Em: Cadernos de Saúde Pública, Vol. 19, N.o 2, pp. 377-388.
- Benedet, L. 2014. "La educación sexual en el sistema educativo formal durante el período 2005 – 2009. Análisis desde un enfoque de género y de política pública". Tese de Mestrado em Gênero, Sociedade e Políticas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Biblioteca do Congresso Nacional do Chile. 2010. "Historia de la Ley 20.418". Chile.
- Binstock, G. e E. Näslund-Hadley (2013). Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. Papeles de Población. Vol.19, N 78, pp: 15-40.
- Binstock, G. e M. Gogna (2014). Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia. En S.Cavenaghi y W. Cabella (org.) Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Rio de Janeiro, ALAP. Serie e-Investigaciones n 3.
- Binstock, G. e M. Gogna (2015). La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas. Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana. N 20, agosto, pp: 113-140.
- Bozon, Michel. 2009. Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos. Sexualidad, salud y sociedad, Revista latinoamericana, n 3.
- Bozon, M e M. L. Heilborn, "Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais," in O Aprendizado da Sexualidade: Reprodução e Trajetórias Sociais de Jovens Brasileiros, M. L. Heilborn, E. M. L. Aquino, M. Bozon, and D. R. Knauth, Eds., pp. 156–205, Garamond/Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2006.
- Casas, L. e C. Ahumada. 2009. "Sexualidad y derechos de la adolescencia en Chile: de la negación al castigo". Reproductive Health Matters (en Español). 17(34):88–98.
- Cavenaghi, S. (2013), "Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de jóvenes en Brasil: desigualdades territoriales", Notas de Población, 96, 7-52.
- CEDES, CELS, ELA, FEIM (entre outras). 2012. "Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal: Los derechos sexuales y los derechos reproductivos". Sesión 14. Argentina.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) (2011). Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes, Resultados en base al análisis de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Asunción: CEPEP. UNFPA.
- CEPEP (2009). Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008 ENDSSR 2008. Informe Final. Asunción: CEPEP.
- CEPEP (2009), "Salud sexual y reproductiva 2008, ENDSSR 2008. Informe final", Asunción: USAID, CDC, UNICEF e IPPF.
- Conde Agudelo A, Belizán JM e Lammers C, 2005. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 19 (2): 342-349.
- Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (Conders). 2010. "Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina: Informe nacional". Argentina.
- Cultura Salud. 2009/2010. "Estudio Barreras de Acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile, 2009 2010". Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Cunha, A. e R. Pucheta. 2013. "Sexuality in adolescence (10-14 years), Brazilian law and health care: recent discussion in Salvador". Briefing Note. Brasil.
- Del Popolo, F, M. López, e M. Acuña (2009). Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas. Madrid: Organización Iberoamericana de Juventud.
- Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) 2015. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Año 2013; Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- Farías, C. "Programa de educación sexual del sistema educativo uruguayo en los distintos subsistemas: modalidades de implementación". Consultoría.
- Flórez, C. e J. Nuñez (2003). "Teenage childbearing in Latin American countries", in Duryea, S.; Cox, A. y M. Ureta. Critical decision at a critical age. Adolescents and young adults in Latin America, Washington, BID.
- Flórez, C. e J. Nuñez (2001). Teenage Childbearing in Latin American Countries, Inter-American Development Bank, Latin American Research Network, Research Network Working paper #R-434.
- García, S. e M. (2009). Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil (cap.6). Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança, Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Geronimus, A. and S. Korenman.1992. The Socioeconomic Consequences of Teen Childbearing Reconsidered. The Quarterly Journal of Economics, Vol. 107(4): 1187-1214.
- Gogna, M.; S. Fernández e N. Zamberlin (2005). Historias reproductivas, escolaridad y contexto del embarazo: hallazgos de la encuesta a puérperas, en M. Gogna (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, CEDES/UNICEF/Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, pp. 251-284.

- Guzmán, J.M. et al. 2001. "El conocimiento en salud sexual y reproductiva y la educación sexual" en: Guzmán, J.M. et al. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe. México D.F., UNFPA, Cap. V, 2001.
- Heilborn, M. L. y C.S. Cabral, (2011) "A New Look at Teenage Pregnancy in Brazil," ISRN Obstetrics and Gynecology, vol. 2011, Article ID 975234.
- Hakkert, R., 2001. Preferencias reproductivas en adolescentes, en: Guzmán, J.M., Hakkert, R., Contreras J.M. y Falconier de Moyano, M., 2001. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D.F.: UNFPA.
- Loaiza, E. & Liang, M. 2013. Adolescent pregnancy: A review of the evidence, New York: UNFPA.
- Luker, K. 2003. Dubious conceptions. The politics of teenage pregnancy. Harvard University Press, Cambridge.
- Mario, S. e E.A. Pantelides (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población N 87, pp: 95-120.
- Melián, M. M. (2013). Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay 2005-2008. Revista Panamericana de Salud Pública 33 (4), pp:244-51.
- Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2008). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança de Mulher. PNDS 2006. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. 2011. "Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde". Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº7. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. 2011. "Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde". Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno nº 3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério de Salud de la Nación. 2011. "Políticas de Salud Sexual y Reproductiva: Avances y Desafíos". Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. 2012. "Adolescencia: Manual Clínico. Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos". Asunción, Paraguay.
- Ministério da Saúde. 2013. "Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde". Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). 2014. Situación de salud de l@s adolescentes en la Argentina. Informe preliminar no publicado (actualización 2014).
- Ministerio de Salud Pública. 2014. "Sistematización de Políticas y Estrategias del Departamento Salud Sexual y Salud Reproductiva: Período 2010-2014". Informe Técnico. Uruguay.
- Morán Faúndes, J.M. (2013). La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. Revista Brasileira de Estudos de População, vol. 30, pp: 125-144.
- MORI. (2011). Estado de la situación sobre la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en Uruguay. Informe de apresentação de resultados preliminares.
- MYSU (2013). Observatorio Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Estudio 2011-2012: Necesidades y demandas en salud sexual y reproductiva en mujeres adolescentes uruguayas. Montevideo: MYSU.
- Oliveira, M.C. e J. Melo Vieira (2010). "Gravidez na adolescência e bem-estar infantil: evidências para o Brasil 2006" em: Revista Latinoamericana de Población Vol. 3, N° 6, janeiro-junho, pp: 11-39
- ONUSIDA y UNFPA. 2015. "Análisis sobre Legislaciones y Políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los Servicios de SSR y VIH en América Latina". Informe preliminar não publicado.
- OMS, UNFPA y Family Care International. 2014. "Meeting Report: Expert Consultation on the Development of Regional Adolescent Sexual and Reproductive Health Standards in Latin America and the Caribbean". Panamá.
- Pantelides, E. A., 2004. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, in CELADE y Université Paris X Nanterre, La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?, CELADE-UPX, Santiago de Chile: 167-182.
- Pantelides, E.A.; Binstock, G. e S. Mario. (2007). La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Pantelides, E. A. e Geldstein, R. N., 1998. Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. En: AEPA, CEDES, CENEP, Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP: 45-53.
- Pantelides EA, 2004. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Notas de Población, XXXI (78): 7-34.
- Pantelides, E.A. y M. Fernández y É. Marconi. 2014. Maternidad temprana en la Argentina: Las madres menores de 15 años. Buenos Aires, Informe de Investigación (no publicado).
- Pantoja, N. 2003. 'Ser alguém na vida': uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 19, No. 2, pp. 335-343.
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2014. "Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: 2014-2018". Paraguay.
- Reis Brandão, E. e M. L. Heilborn. 2006. "Sexualidade e gravidez em jovens de camadas médias". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (7): 1421-1430.
- Reis dos Santos e Schor. 2003. Vivências da maternidade na adolescência precoce. Revista de Saúde Pública, Vol. 37, N.o 1, pp. 15-23.

- Reunião Regional sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes: Diálogo regional para a construção de uma agenda comum de trabalho com ênfase na Gravidez Adolescente em países do Cone Sul. Apresentações realizadas pelos representantes da Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Montevideu, Uruguai. Maio 2015.
- Rodríguez, J. (2009). Variables intermedias de la fecundidad adolescente en Chile: Evolución, desigualdad e implicancias de políticas. *Revista Chilena de Salud Pública* 2009; Vol 13 (3): 127-135.
- Rodríguez, J. e P. Robledo (2011). Desigualdades y convergencias sociales en materia sexual y reproductiva entre adolescentes en Chile: Novedades de la Encuesta Nacional de Juventud 2009. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol 15 (3), pp: 180-192.
- Rodríguez Vignoli, Jorge. 2014. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Documento de proyecto. Santiago de Chile: CEPAL.
- Rodríguez Vignoli, J. y S. Cavenaghi. 2014. Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, LXX (No. 1), 1-25.
- Rodríguez Vignoli, Jorge. 2011. Reproducción adolescente y desigualdad: VI Encuesta Nacional de Juventud, Chile. *Revista Latinoamericana de Población*, año 5, n 8, janeiro-junho, pp: 87-113.
- Samandari, G. e Speizer, I. 2010. Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes in Central America: Trends over the Past Two Decades. Em: *International Perspectives Sexual and Reproductive Health*. 2010 March; 36(1): 26–35. doi:10.1363/ipsrh.36.026.10.
- Sedgh, G. Et al, 2015. “Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends” em: *Journal of Adolescent Health* 56, pp: 223-230.
- Silva, D. Q. y O. Ulloa Guerra. 2013. “Educación sexual: estudio comparativo entre escuelas en Brasil y en Cuba”. *Cadernos de Pesquisa*, 43(148), 280-301.
- SITEAL. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina. (2011). Escuelas públicas y privadas: desafíos diversos ante la expansión educativa. Dado Destacado 24. SITEAL.
- SITEAL. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina. (2013). Cobertura relativa de la educación pública y privada en América Latina. Dado destacado 23. SITEAL.
- Stapff, C, e Ramos, V. 2013. “Hacia la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Uruguay”. UNFPA.
- Stern, C. e E. García. 2001. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. Em: C. Stern and J. G. Figueroa (ed.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, pp. 331-358.
- UNFPA. 2013. Situação da População Mundial 2013 - Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência, Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2015. *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*, New York: UNFPA.
- Varela Petito, C. e A. Fonsik, 2011. Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? *Revista Latinoamericana de Población*, año 5, n 8, janeiro-junho, pp: 115-140.
- Varela Petito, C. Pardo, I. Lara, C. Nathan, M. Tenenbaum e M. (2014), *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): desigualdad social y diferenciales en el comportamiento reproductivo*, Montevideo: Trilce, fascículo 3.
- Zamberlin, N. (2005), “Percepciones y conductas de las/los adolescentes frente al embarazo y la maternidad/paternidad”, en GOGNA, M. (coord.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, pp. 285-316.
- Zamberlin N. Keller V. Rosner M. y Gogna M. (no prelo) “Adopción y adherencia al uso de métodos anticonceptivos posevento obstétrico en adolescentes”. *Revista Argentina de Salud Pública* (no prelo).



# Respostas institucionais

Anexo



# Argentina

## Sistema de saúde

O sistema de saúde argentino é formado por três subse- tores: público, seguridade social e privado e se baseia na prestação pública que é direito de todos os habitantes do país. Os argentinos têm independência para ter algum tipo de programa de seguro social ou privado. Os funcioná- rios do setor privado que trabalham no mercado formal e os do setor público nacional, bem como seus respectivos grupos familiares, têm cobertura adicional prestada pelas instituições de seguridade social, denominadas “obras so- ciais”. Esse segmento não inclui funcionários dos setores públicos estaduais e suas famílias que estão cobertos nas “obras sociais provinciais”. Outro aspecto característico do sistema de seguridade social argentino é a introdução de uma instituição destinada a prestar serviços aos aposen- tados e pensionistas, assim como aos seus grupos fami- liares, o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Apo- sentados e Pensionistas, mais conhecido como “PAMI”. E, por último, há seguros voluntários em empresas de medi- cina pré-paga.

O subsistema público presta serviços a cerca de 40% da população que não possui outra cobertura (aproximada- mente 45% da população adolescente). O subsistema de seguridade social (obras sociais) cobre, em média, 50% da população. O subsistema privado cobre os 10% restantes.

A falta de integração dentre os três subsectores é uma das peculiaridades do sistema. Assim, o setor de saúde da Ar- gentina se caracteriza por ser muito segmentado, hetero- gêneo e pouco equitativo tanto em relação à organização e financiamento como no acesso aos serviços.

Os resultados da última Pesquisa de Utilização e Gastos nos Serviços de Saúde, do Departamento de Estatísticas e Informação em Saúde (DEIS) do Ministério da Saúde da Argentina, realizada em 2005, mostram a variação no percentual de cobertura dos seguros segundo os dados de renda per capita do domicílio. O estudo demonstra que a falta de cobertura de seguros de saúde e, consequente-

mente, a maior dependência dos serviços oferecidos pelo setor público, aumenta à medida que diminui o nível de renda per capita das famílias.

## Saúde sexual e reprodutiva

Em 2003 o Programa Nacional de Saúde Sexual e Re- produção Responsável (PNSSyPR) começou a funcio- nar, sendo responsável pela implantação da Lei Nacional Nº25.673 (2003) de Saúde Sexual e Reprodução Respon- sável (“Lei Nacional de Saúde Sexual”). Sob responsabili- dade do Ministério da Saúde, o programa tem os seguin- tes objetivos, entre outros: a) oferecer para a população o mais alto nível de saúde sexual e reprodução responsável; b) prevenir a gravidez indesejada; c) promover a saúde sexual dos adolescentes; d) garantir a toda a população o acesso à informação, orientação, métodos e serviços referentes à saúde sexual e reprodução responsável. O programa propõe abranger a população em geral (não so- mente os adolescentes).

**Resultados:** Em 2006, 78% dos estabelecimentos públi- cos de saúde ofereciam serviços de saúde sexual e re- produtiva (fornecimento de informação, aconselhamento e entrega de métodos contraceptivos). Essa proporção au- mentou ao final de 2014, passando para 96% do total de estabelecimento do subsistema público de saúde (Relató- rio Anual de Gestão 2014, Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodução Responsável, Ministério da Saúde da Nação).

## Contracepção

A distribuição gratuita de contraceptivos foi a principal estratégia do **Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodução Responsável** (PNSSyPR). Esse programa garantiu à população acesso universal e gratuito aos mé- todos contraceptivos. Os adolescentes têm acesso irres- trito aos métodos contraceptivos, sem necessidade de autorização de um adulto. Desde 2003, o PNSSyPR dis- tribui, gratuitamente, contraceptivos hormonais orais, inje-

táveis e de aleitamento, DIU e preservativos masculinos. Em 2004 esses métodos contraceptivos foram incluídos no Plano Médico Obrigatório (PMO), o que significa que, desde então, as obras sociais e pré-pagas são obrigadas a garantir esses insumos a seus associados, sem custos. Em 2006 a laqueadura de trompas e a vasectomia foram incorporadas como métodos contraceptivos permanentes a que homens e mulheres têm direito, sem restrições, a partir da maioridade. Em 2007 a Contracepção Hormonal de Emergência (AHE), também conhecida como “pílula do dia seguinte”, foi incorporada. Em 2012, o injetável trimestral, o DIU Multiload e o teste de gravidez foram incorporados. Por último, em 2014 o PNSSyPR propôs ampliar a cesta de métodos contraceptivos orais e métodos de longa duração. Nessa linha, incorporou: contraceptivo oral combinado à base de progesterona (APDG), contraceptivos orais combinados II, implantes subdérmicos e o SIU-LNG. Em uma primeira etapa, o implante subdérmico foi destinado a adolescentes de 15 a 19 anos com antecedentes obstétricos, parto ou aborto, para reduzir a recorrência da gravidez entre as adolescentes.

Desde 2010 o PNSSyPR distribui os insumos, principalmente através do “Plano Remediar”, que implicou uma nova logística para a distribuição de insumos. Remediar é o sistema nacional de distribuição de medicamentos básicos gratuitos para todo o país, sob responsabilidade do Ministério da Saúde da Nação. Através do Remediar, o PNSSyPR distribui kits com produtos contraceptivos a centros de saúde em todo o território nacional. Em 2014 a distribuição foi feita em 5.833 centros de saúde de nível primário de atenção.

**Resultados:** em 2014 foram distribuídos métodos contraceptivos em 983 dos 1.146 hospitais públicos do país e em 7.280 dos 7.511 Centros de Atenção Primária de Saúde de todo o país, o que implica uma cobertura da entrega de métodos de 96,5% no caso de hospitais e de 95% nos centros de saúde. O PNSSyPR começou em 2003 com 993.348 mulheres que recebiam métodos contraceptivos gratuitamente. Em 2010, o programa teve seu maior alcance, com quase um milhão e meio (1.433.543) de mulheres atendidas.

**Orçamento:** De 2003 a 2014 o PNSSyPR distribuiu 194.089.545 tratamentos contraceptivos, com investimentos de \$232.891.477 de pesos, em valor atual. O aumento mais significativo se deu a partir de 2010, quando mais de 39 milhões (39.365.175) de tratamentos foram distribuídos, com um investimento de mais de 20 milhões de pesos (\$21.014.531).

**Desafios:** Apesar de o marco jurídico relativo a contraceptivos ser claro e completo, em muitas ocasiões surgem preconceitos, mitos, temores e conceitos infundados por parte dos profissionais de saúde, impedindo o acesso e exercício do direito à saúde de adolescentes. Muitas vezes, esse empecilho é fruto do desconhecimento dos profissionais sobre o marco legal. Em outros casos, embora conhecidas, as leis não são aplicadas por medo de um conflito legal com os pais ou adultos responsáveis pela/o adolescente. É comum exigir a presença ou autorização de um adulto para receber a atenção ou os métodos contraceptivos. Essa exigência não é necessária e ocorre com mais frequência quanto mais jovem a/o adolescente.

## Educação sexual

Em 2006 foi sancionada a lei nacional N 26.150 que definiu o direito de todos os estudantes a receber educação sexual e criou o **Programa Nacional de Educação Sexual Integral** (ESI).

As ações promovidas pelo Programa Nacional de Educação Sexual estão destinadas aos estudantes do sistema nacional de ensino que atendem escolas públicas de gestão estatal ou privada, desde o nível inicial até superior de formação docente e de ensino técnico não universitário.

O Ministério da Educação elaborou alguns “Alinhamentos Curriculares” para a ESI, além de diferentes materiais didáticos para facilitar a tarefa docente no momento de aplicá-los em diferentes níveis (inicial, fundamental e ensino médio). Cada comunidade educacional adapta/ajusta esses alinhamentos à sua realidade. Há um coordenador por nível para orientar esse processo. São sugeridas duas formas possíveis de abordar a educação sexual: em uma perspectiva transversal ou como um espaço curricular es-

pecífico. Propõe-se organizar espaços transversais de formação desde a educação inicial e fundamental, considerando a criação de espaços específicos no ensino médio que possam fazer parte das disciplinas já existentes no currículo ou de novos espaços a serem incorporados.

Desde 2012 funciona uma proposta de formação docente presencial chamada “Faz parte da vida, faz parte da escola”, que trabalha em cada jurisdição combinando instrutores e instrutoras nacionais e provinciais para garantir a contextualização e adequação da proposta, além do fortalecimento de perfis de especialistas em ESI em nível local. As Jornadas de Formação são realizadas por três dias inteiros, culminando em uma Jornada Institucional específica para multiplicar a ação de capacitação docente nas escolas participantes, para que a ESI seja uma realidade nas salas. Em 2014 foi criada a Mesa Nacional de Acompanhamento, com o objetivo de acompanhar as jurisdições que concluíram a capacitação e dar continuidade ao processo de implantação da ESI em todas as escolas.

**Desafios:** Em 2012 um relatório conjunto de várias associações (CEDES, CELS, ELA, FEIM entre outras) destacou que as capacitações dos docentes são insuficientes. O relatório sinaliza que o número total de docentes capacitados nos três últimos anos chega a apenas 4,5% do total de docentes na Argentina que, de acordo com censo de 2004, é de 825.250 docentes em todo o país (“Comunicação Conjunta para Exame Periódico Universal: Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos”, CEDES, CELS, ELA, FEIM - entre outras - 2012). Nesse sentido, desde 2012, como explicado anteriormente, vêm sendo feitos esforços nesta linha.

## Programa específico: adolescência

Em 2006 foi sancionada a Lei Nacional N° 26.061 de Proteção Integral dos Direitos das Crianças e Adolescentes. O Artigo 14 garante o direito à saúde integral, indicando no decreto regulamentar que: “O direito à atenção integral de saúde do adolescente inclui a abordagem de sua saúde sexual e reprodutiva prevista na Lei N° 25.673, que cria o Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodução Responsável”. Nesse contexto, em 2007 foi criado o

**Programa Nacional de Saúde Integral na Adolescência (PNSIA)**, que promove e difunde o direito dos adolescentes a ter acesso ao sistema de saúde de forma autônoma, sem obrigação de acompanhamento de um adulto e com respeito à confidencialidade. Os objetivos de saúde do PNSIA estão relacionados à redução da morbimortalidade por gravidez na adolescência (referente à gravidez não planejada) e à diminuição morbimortalidade por causas externas (pela redução da taxa de suicídios e consumo episódico excessivo de álcool). No marco desses objetivos, as principais linhas de ação estão relacionadas a:

- Instalar/oferecer espaços de atenção ao adolescente em todo o país.
- Fortalecer o sistema de análise, monitoramento e informação disponível sobre a situação de saúde da população adolescente.
- Informar os adolescentes e seu grupo familiar sobre seus direitos de acesso à saúde e os recursos disponíveis.
- Promover a busca dos adolescentes pelo sistema de saúde local.
- Capacitar equipes de gestão do PNSIA e gestores.
- Monitorar a qualidade da atenção com foco na confidencialidade e autonomia na atenção.

Como parte da definição dos objetivos e estratégia de capacitação, foram desenvolvidos os “Alinhamentos para a atenção integral a adolescentes em espaços de saúde amigáveis e de qualidade”. Esse guia foi desenvolvido no marco de um acordo de colaboração entre o Ministério de Saúde da Nação, o UNICEF e a Sociedade Argentina de Pediatria. Seu objetivo é contribuir com a melhoria do acesso de adolescentes a serviços de saúde de qualidade. Ele oferece ferramentas para a instalação de novos espaços de atenção, bem como para a adequação dos pontos de contato já existentes no sistema de saúde. Além disso, foram criados os “Alinhamentos para Atenção à Tentativa de Suicídio entre Adolescentes”. Esses docu-

mentos apresentam ferramentas que contribuem com o desenvolvimento de dispositivos integrais de atenção em plantões hospitalares. O material foi elaborado pelo PNSIA e o Departamento de Saúde Mental e Vícios, com os respectivos conselhos de peritos no assunto.

Além disso, foram desenvolvidos os seguintes documentos: “Recomendações para atenção clínica de adolescentes” e “Alinhamentos de Trabalho sobre Estratégias de Prevenção e Promoção da Saúde para Equipes de Saúde que Trabalham com Adolescentes”. Essa última diretriz pretende orientar o trabalho comunitário e a realização de oficinas com essa população.

Um importante avanço na definição da oferta do estado argentino a seus adolescentes foi a explicitação da cobertura para essa população, através do lançamento do **Programa Sumar**, em 2012. O programa é uma ferramenta do Ministério da Saúde da Nação que permite explicitar a cobertura de saúde e melhorar a qualidade da atenção oferecida à população que conta exclusivamente com o sistema público. Na Argentina, a população de adolescentes que conta somente com essa cobertura de saúde gira ao redor de 2 milhões e 800 mil adolescentes (aproximadamente 40% do total). O programa tem como objetivos:

- Gerar um novo modelo de relação entre a nação, os estados, os municípios e os estabelecimentos de saúde (Celebração de convênios formais - Metas crescentes).
- Aumentar o investimento em saúde segundo um modelo de alocação de recursos (financiamento) com base nos resultados alcançados.
- Criar e desenvolver Seguros Públicos de Saúde que ofereçam diferentes serviços. No caso dos adolescentes, esses serviços incluem: exame periódico de saúde, controle ginecológico, odontológico, oftalmológico, serviços de medicina preventiva e promoção da saúde (imunizações, aconselhamento em saúde sexual e aconselhamento pós-aborto, oficinas em salas de espera e na comunidade); serviços de pesquisa (diagnóstico precoce e confidencial de gravidez), colocação

de DIU em adolescentes, serviços clínicos (bronquite asmática: acompanhamento e urgência; sobrepeso e obesidade); bem como a atenção de urgência para adolescentes por tentativa de suicídio e consumo episódico excessivo de álcool (CEEA).

Por outro lado, no marco do Plano Operacional para Redução da Mortalidade Materno-Infantil, da Mulher e de Adolescentes (PO), realizado pela Subsecretaria de Saúde Comunitária do Ministério da Saúde da Nação, do qual depende o Programa da Adolescência iniciado em 2008 e com aderência dos estados que compõem o Conselho Federal de Saúde (COFESA), foram desenvolvidas capacitações em serviço com o objetivo de fortalecer os espaços de atenção para adolescentes nas diferentes jurisdições, dando ênfase à promoção da atenção confidencial e ao desenvolvimento da autonomia de adolescentes e jovens para oferecer respostas integrais em saúde em função do direito, seja em centros com recursos limitados ou serviços maiores. Até o final de 2014 foram realizados mais de 100 eventos de capacitação com as equipes de saúde nos estados, com a participação de mais de 3000 pessoas; foram fortalecidos e criados 70 espaços de atenção à saúde do adolescente em 12 estados e quatro regiões de saúde da província de Buenos Aires. Nesse contexto, também foram realizados diversos cursos de capacitação: “Direitos” para as equipes de saúde, gestores e de tomadores de decisões políticas; e “Contracepção para pediatras”, em diferentes províncias. Esse processo de capacitação permitiu fortalecer as equipes locais de profissionais, inserir a atenção de adolescentes na agenda provincial e dar maior visibilidade a esse grupo populacional e suas necessidades em saúde.

Na linha de geração de demanda, foram desenvolvidos diferentes encontros de jovens sob o lema: ‘Nada sobre nós sem nós’, para que os próprios adolescentes possam pensar e problematizar quais são as barreiras de acesso ao sistema de saúde, bem como conhecer seus direitos. No total, mais de 9000 meninos e meninas participaram nas diferentes localidades.

Além disso, a grande maioria dos estados conta com um referencial em saúde e adolescência que articula as ações

e mantém contato frequente com o PNSIA, formando uma rede nacional de referentes em adolescência.

## Alunas Grávidas

Conjunto de leis que “protegem” estudantes grávidas e/ou mães. Os direitos sexuais e reprodutivos não visam somente prevenir a gravidez indesejada na adolescência, mas sim garantir os direitos das adolescentes que querem ser mães, para que possam continuar tanto na escola como no mercado de trabalho. Nesse sentido, três leis foram aprovadas desde 2000:

**Lei Nacional de Regime Especial de Alunas Grávidas 25.273 (2000):** Estabelece um regime de ausências justificadas por motivo de gravidez para garotas que estejam cursando o ensino básico/fundamental, médio e estudos superiores não universitários.

**Lei Nacional de Ações contra alunas grávidas 25.584 (2002):** Proíbe toda e qualquer ação que impeça o início ou a continuidade do ciclo escolar para estudantes grávidas.

**Lei Nacional de Educação 26.206, Artigo 81 (2006):** As autoridades devem garantir a permanência na escola das estudantes grávidas e aquelas que são mães.

## Aborto

Na Argentina a legislação define circunstâncias nas quais o aborto não é passível de punição.

O aborto é tipificado no Código Penal como delito contra a vida e as pessoas, sujeito a reclusão ou prisão para quem o pratica e para a mulher que causar ou consentir com essa prática. O Artigo 86 reconhece certas exceções onde o aborto não é passível de punição, quando praticado por um médico diplomado e com o consentimento da mulher: (1) Se o aborto “for feito com o propósito de evitar um risco para a vida ou a saúde da mãe e se esse risco não puder ser evitado por outros meios”, (2) “se a gravidez for resultado de estupro ou de um atentado ao pudor come-

tido contra uma mulher idiota ou demente. Nesse caso, é necessário solicitar o consentimento de seu representante legal para realizar o aborto”.

**Desafios:** Apesar de a legislação contemplar circunstâncias nas quais o aborto não é passível de punição, as mulheres nessas situações muitas vezes não têm acesso a um aborto legal e seguro nos serviços públicos de saúde. Em certas ocasiões, os profissionais destes serviços exigem autorização judicial para interromper a gravidez (seja por desconhecimento das permissões da lei penal, medo de perseguição criminal ou questão de consciência). Nessa linha, foram realizadas atividades de capacitação de profissionais. Dificuldades maiores ainda são enfrentadas pelas vítimas de estupro uma vez que, apesar de estarem contempladas na permissão legal, a resposta a seus pedidos de aborto legal ainda é, em muitos casos, restritiva: somente as mulheres estupradas com retardo mental. Em 2007, o Ministério da Saúde da Nação desenvolveu um “Guia Técnico para a Atenção a Abortos Legais” para assegurar o efetivo cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Embora o guia esteja disponível na página web do ministério, a falta de uma resolução que o ratifique e de vontade política para sua disseminação e implantação faz com que sua aplicação seja irregular (fonte: Comunicação Conjunta para o Exame Periódico Universal). O guia foi reeditado em 2010 e nesse ano (2015) foi publicado o “Protocolo para Atenção Integral às pessoas com direito à interrupção legal da gravidez”.



# Brasil

## Sistema de saúde

O sistema de saúde brasileiro possui três subsetores. Primeiramente o subsetor público, onde os serviços são financiados e prestados pelo Estado em diferentes níveis (federal, estadual e municipal). Esse subsetor também inclui os serviços de saúde com acesso exclusivo para militares. Em segundo lugar vem o subsetor privado (com ou sem fins lucrativos), onde os serviços são financiados de diversas maneiras com fundos públicos ou privados. Por último, o subsetor suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e apólices de seguros que contam com subsídios fiscais. O setor público cobre cerca de 75% da população.

## Saúde sexual e reprodutiva

O Artigo 226 da Constituição Federal de 1998 garante o planejamento familiar como direito reprodutivo, fundamentado nos princípios de dignidade da pessoa humana e de paternidade responsável, e o planejamento familiar como livre decisão dos casais. Cabe ao Estado oferecer os recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, proibindo qualquer atuação coerciva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Em 1996 a Lei de Planejamento Familiar 9.253 foi aprovada, definindo o planejamento familiar como o conjunto de medidas voltadas a controlar a fecundidade que garante os mesmos direitos às mulheres, aos homens ou aos casais (Art.2). A lei também dispõe sobre a igualdade de acesso à informação, aos métodos e às técnicas disponíveis para controle de natalidade (Art. 4.). No Art. 5 define como dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), em combinação com os componentes do sistema de ensino, promover as condições, os recursos informativos, educacionais, científicos e técnicos para garantir o livre exercício do planejamento familiar.

## Contracepção

O documento “Contracepção de Emergência. Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde” (2011) sinaliza que o profissional de saúde que prescreve algum método contraceptivo para os adolescentes não viola qualquer princípio ético ou legal. Ao contrário, os profissionais de saúde têm uma clara responsabilidade com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. A Lei Nº 9.263 de 1996, Art.226 da Constituição Federal, prevê que o planejamento familiar é parte integral de um conjunto de atenção às pessoas, em uma visão global e integral de saúde.

A lei contempla o fornecimento gratuito, pelo sistema de saúde, de preservativo feminino e masculino para todas as idades. Também contempla o fornecimento da pílula do dia seguinte (para toda a população, sem restrição de idade). Para os adolescentes, também estão disponíveis métodos contraceptivos injetáveis mensais e trimestrais e o DIU. Em relação à necessidade do consentimento de um adulto, observa a autonomia das pessoas adolescentes e jovens que solicitam serviços de saúde sexual e reprodutiva. Segundo o Art. 103 do Código de Ética Médica, é proibido ao médico revelar o segredo profissional em relação a pacientes menores de idade, inclusive aos pais ou representantes legais, sempre que o adolescente tiver capacidade de avaliar o problema e seguir os passos adequados para solucioná-lo com seus próprios meios. O médico pode revelar o segredo médico quando a não divulgação puder trazer danos ao paciente.

No guia “Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde” (2013), elaborado pelo Ministério da Saúde, há um capítulo específico sobre saúde sexual e reprodutiva. O guia propõe: distribuir preservativos, distribuir métodos contraceptivos de emergência, reforçar a dupla proteção, dar assessoria, incluir jovens e adolescentes nas ações



coletivas e individuais de planejamento sexual e reprodutivo, orientar os pais ou representantes legais dos adolescentes a buscarem por orientação em saúde sexual, garantir o direito à confidencialidade e autonomia para adolescente e, por último, quando cabível, verificar as razões pelas quais adolescentes se recusam a ter seus pais presentes na consulta sobre saúde sexual.

## Programa específico: adolescência

O Artigo 227 da Constituição Federal de 1988 dispõe expressamente sobre a prioridade absoluta dos direitos da infância, principalmente no que diz respeito a seus direitos à vida, saúde, alimentação, educação, jogos, cultura, dignidade e liberdade.

Em 1990, foi adotada a Lei Nº 8.069 que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse Estatuto considera os meninos, meninas e adolescentes (MMA) como sujeitos de direitos, definindo infância como todo menor de 12 anos e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos. O Artigo 24 reconhece o direito dos MMA a desfrutar do mais alto nível possível de saúde e garante que nenhum MMA seja privado do seu direito de acesso aos serviços. Para garantir esse direito, o Estado deve adotar medidas adequadas para desenvolver a saúde preventiva, orientação aos pais e educação e serviços de planejamento familiar, também assegurando a adoção de todas as medidas adequadas para abolir as práticas tradicionais prejudiciais aos MMA.

Em 1993 foram definidas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente com a finalidade de orientar as equipes de saúde na atenção aos adolescentes. Em 1999 o Ministério da Saúde elaborou uma Agenda Nacional sobre a saúde dos jovens e adolescentes.

Em 2005 foram iniciadas as discussões entre o Departamento de Juventude e o Conselho Nacional da Juventude para definir uma Política Nacional de Saúde que atenda às necessidades e inquietudes de jovens e adolescentes. Esses são os órgãos que, no Ministério da Saúde, identificam e articulam as ações para satisfazer as necessidades da juventude. Nesse cenário, o Ministério da Saúde deu prosseguimento à elaboração de uma política nacional para

atender às necessidades e inquietações de saúde entre adolescentes e jovens. Em 2006 foi dado início ao acordo e discussão para posterior aprovação da política (**Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**) com o objetivo de garantir aos jovens o direito à saúde no SUS. A saúde sexual e reprodutiva aparece como área prioritária. As diretrizes para atenção integral à saúde de adolescentes recomendam que os serviços de atenção básica de saúde estejam organizados para garantir a atenção integral aos adolescentes, assegurando o acesso, confidencialidade e sigilo profissional, favorecendo também as atividades em grupo.

A Cartilha de Saúde para adolescentes foi elaborada em 2009 e é um instrumento de apoio aos profissionais da saúde e da educação, bem como uma ferramenta de orientação para o autocuidado de adolescentes. Tem como foco os adolescentes de 10 a 19 anos e aborda questões em uma perspectiva de saúde integral, inclusive saúde sexual e reprodutiva, considerando o adolescente com sujeito de direito.

**Resultados:** Na apresentação realizada durante a Reunião Regional sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (Montevideu, Uruguai, maio de 2015.) foram mencionados dois tipos de resultados em relação à Cartilha: a) aumento de 55% no acompanhamento do crescimento dos adolescentes de 10 a 13 anos no período de 2009 a 2013; b) mais de 20 milhões de Cartilhas distribuídas em 3.700 municípios.

Na apresentação também foi falado sobre a mudança de paradigma na atenção à saúde de adolescentes e jovens, que promove uma política de saúde baseada na participação juvenil; em “ir” onde o adolescente “está”; na integração com outros setores locais, ONGs, grupos de jovens, familiares e escolas. O resultado foi maior acesso e serviços mais acolhedores; redução de doenças; mais adolescentes atendidos e envolvidos.

Com relação à legislação, o Brasil também conta com uma **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei** (Portaria nº 647, 2008).

A política não define uma faixa etária específica para garantia do acesso à saúde sexual e reprodutiva e, portanto, considera-se que todos menores de idade têm esses serviços garantidos.

O Brasil tem iniciativas nessa área, como a organização do Seminário Internacional “Saúde, Adolescência e Juventude: promovendo a igualdade e construindo habilidades para a vida” (outubro de 2013, Brasília), que destaca a importância dos investimentos em políticas, programas e ações que promovam a autonomia, a possibilidade de escolha e as habilidades de jovens e adolescentes em relação à sua sexualidade e vida reprodutiva. Em dezembro de 2014 foi realizado o seminário “SUS e a saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, organizado pelo UNFPA e o Ministério da Saúde. O seminário fez parte das atividades da iniciativa “Juventudes: Mais Direitos, Mais Saúde, Mais Conquistas”, que tem como objetivo ampliar e fortalecer a capacidade do setor público de agir e dialogar com outros setores e com líderes jovens para formular, executar, supervisionar e avaliar as políticas, programas e ações para proteger, promover e fazer cumprir o direito à saúde integral e de qualidade para adolescentes e jovens.

**Desafios:** Na apresentação feita na Reunião Regional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes (Montevideu, maio de 2015) foram apresentadas diversas barreiras impostas à atenção à saúde de adolescentes: adolescentes não são reconhecidos como pessoas sexuais, livres e autônomas; os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes não são respeitados; há um distanciamento entre os profissionais de saúde e adolescentes; há pouco foco nos adolescentes e jovens do sexo masculino.

## Educação sexual

Há um programa de educação sexual a cargo do Estado e das escolas. Não é determinada uma idade específica para ofertar essa educação.

Em 1996 é aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei N 9.394), que é o instrumento que abre precedente legal para que o Ministério da Educação e da Cultura tenha as atribuições de impor as diretrizes de

educação em todos os estabelecimentos de ensino, por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais. Os institutos de ensino devem atender às provisões dos Parâmetros Curriculares Nacionais aprovados em dezembro de 1996 (Denise Quaresma da Silva, 2013). Recomenda-se que a educação sexual seja tratada como um tema transversal relacionado aos conteúdos de todas as disciplinas e todas as atividades extracurriculares. A iniciativa não só destaca a urgência de multiplicar espaços de ensino para evitar gravidez indesejada e doenças sexualmente transmitidas, mas também a necessidade de superar modelos tradicionais de educação sexual de caráter moralista e heteronormativo, avançando para práticas de ensino que dêem visibilidade às diferentes formas de expressar a sexualidade e que promovam o respeito à diversidade.

Em 2007, o Decreto 6.286 criou o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma política intersetorial entre o Ministério da Educação e o da Saúde, visando contribuir com a formação integral de alunos e alunas do ensino fundamental público, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. As ações de saúde previstas no programa abrangem, entre outras, a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva; a educação permanente em saúde e a inclusão de temas de educação para a saúde no projeto pedagógico das escolas.

**Desafios:** Denise Quaresma da Silva (2013), em seu estudo realizado em 2011 em 56 escolas públicas municipais de ensino fundamental de Novo Hamburgo, demonstra que a instrumentação da educação sexual nas escolas estudadas ainda está muito distante da proposta que encontramos nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação do Brasil. Observa-se o predomínio de um modelo biomédico onde se fala principalmente de corpos heterossexuais e de reprodução, ignorando e descredenciando outras identidades e práticas sexuais. A ideia de converter educação sexual em um espaço para promover o respeito à diversidade sexual e de gênero é praticamente ignorada. O estudo destaca que, embora o interesse e o compromisso do professorado sejam cruciais, não se deve esperar pela iniciativa individual para implementar os Parâmetros Curriculares Nacionais. O governo



deve insistir na necessidade de adotar a educação sexual como assunto prioritário, que seja incluída na agenda das reuniões pedagógicas, acompanhada por ações de capacitação, supervisão e avaliação.

## Alunas Grávidas

**Licença Médica para Gestantes – Lei 6. 202 (1975):** Garante um regime especial para a aluna grávida, onde é permitido compensar (por três meses, a partir do oitavo mês de gravidez ou do nascimento do bebê) as atividades acadêmicas com o regime domiciliar.

Foi regulamentada pela Portaria <sup>o</sup> 04, de 25/04/2011 - PROEG - Regulamento ou trâmite de Procedimento relativo às solicitações de exercícios domiciliares.

## Aborto

Só está descriminalizado o aborto por risco de vida à mãe, estupro e inviabilidade fetal (para os casos de anencefalia fetal).



# Chile

## Sistema de Saúde

O Ministério da Saúde (MINSAL) do Chile tem a obrigação de garantir a todas e todos os cidadãos o acesso livre e igualitário a todos os programas e serviços de saúde. O sistema de saúde chileno tem dois setores, o público e o privado, e os cidadãos têm liberdade de escolher entre esses serviços. Cerca de 80% dos chilenos têm cobertura dos serviços públicos de saúde, financiados com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FONASA). O seguro funciona com base em um sistema de distribuição (financiado com o pagamento único de 7% da renda tributável dos assegurados e com recursos dos impostos gerais da nação). Os benefícios oferecidos por esse plano são os mesmos para todos os membros, independentemente do valor da contribuição e do tamanho do grupo familiar coberto. Outras instituições do setor público também contam com sistemas próprios de saúde, como as Forças Armadas. O setor privado é composto pelas Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPRE). Os setores de maior renda e alguns operários e empregados em contrato coletivo na empresa (17,5% da população) estão afiliados a alguma ISAPRE, seguradoras privadas que recebem quotas obrigatórias dos trabalhadores para administrar vários planos de saúde. Uma parcela reduzida da população paga pelo serviço de saúde diretamente do bolso.

## Saúde sexual e reprodutiva

Em 2010 foi aprovada a Lei 20418 que “Dita Normas sobre Informação, Orientação e Serviços em matéria de Regulação de Fecundidade”, regulamentada em 2013.

Segundo essa lei, no âmbito do Ministério da Saúde toda pessoa tem direito a receber educação, informação e orientação em matéria de controle da fecundidade de forma clara, compreensível, completa e, nesse caso, confidencial. Essa educação e informação devem ser passadas por qualquer meio, de forma completa e sem distorção, para que decidam sobre os métodos de controle da fecundidade e, principalmente, para evitar gravidez na adolescência, as infecções sexualmente transmitidas e a

violência sexual e suas consequências. Envolve a população em geral (não somente os adolescentes).

## Contracepção

A Lei 20.218 estabelece que “toda pessoa tem direito a escolher livremente, sem coação de qualquer tipo e de acordo com suas crenças ou formação, os métodos de controle de fecundidade feminina e masculina, com a devida autorização e, da mesma maneira, ter efeito acesso a eles (...). Os órgãos da Administração do Estado com competência na matéria disponibilizarão os métodos contraceptivos para a população”.

Métodos contraceptivos hormonais e não hormonais devem ser disponibilizados à população. Por exemplo, entre os primeiros podemos citar os métodos contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona, os métodos contraceptivos de progesterona somente, os métodos contraceptivos hormonais de emergência. Os segundos incluem tantos os métodos naturais quanto os artificiais. Uma novidade dessa lei é a inclusão da oferta de contraceptivos de emergência (pílula do dia seguinte) no serviço público de saúde do país.

Os serviços públicos de saúde estão autorizados a fornecer a receita e os métodos contraceptivos gratuitamente aos adolescentes maiores de 14 anos, sem necessidade de consentimento dos pais. Quando os adolescentes menores de 14 anos solicitarem o método anticonceptivo de emergência, o funcionário do sistema público ou privado entregará o medicamento, informando posteriormente o pai, mãe ou adulto responsável, para que converse com o adolescente. Não há restrição de idade para os outros medicamentos.

**Resultados:** Na apresentação feita na Reunião Regional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes (Montevideu, Uruguai, maio de 2015) foi demonstrado que a cobertura de mulheres adolescentes usuárias de métodos contraceptivos evidencia um aumento constante entre

2010 e 2014 (passando, por exemplo, de 184.628 mulheres de 10 a 19 anos em 2012 para 193.399 em 2014, representando um aumento na cobertura de 8.771 adolescentes de 10 a 19 anos).

**Desafios:** A falta de uma diretriz técnica ou protocolo oficial que regulamente a lei deixa o acesso aos contraceptivos a critério de médicos e supervisoras de turno (com exceção dos casos de estupro, que estão regulamentados desde 2004). Essa é uma barreira na acessibilidade devido às resistências ou à desinformação entre alguns profissionais da saúde (Morán Faúndes, 2013).

## Educação sexual

Não há uma lei de educação sexual propriamente dita. A Lei Orgânica Constitucional de Ensino (LOCE) não obriga os colégios a terem um plano de sexualidade e o assunto também não é mencionado na Lei Geral de Educação.

O Chile menciona a educação sexual em sua Lei 20.418 sobre Controle da Fecundidade, no âmbito do Ministério da Saúde. Essa Lei que “Dita Normas sobre Informação, Orientação e Serviços em matéria de Controle de Fecundidade”, prevê que “Os estabelecimentos de ensino reconhecidos pelo Estado devem incluir no ciclo de ensino médio um programa de educação sexual que, segundo seus princípios e valores, inclua conteúdos que levem a uma sexualidade responsável e preste informações completas sobre os diferentes métodos contraceptivos existentes e autorizados, de acordo com projeto educativo, as convicções e crenças adotadas, ministrada em cada estabelecimento de ensino, juntamente com os centros de pais representantes. Em suma, a lei determina que todo estabelecimento de ensino médio deve ter um plano de educação em sexualidade, para o qual o Ministério de Educação dá orientações técnicas. Além disso, estabelece os objetivos curriculares de aprendizagem a serem abordados pelas escolas e liceus.

Diversos centros de saúde desenvolvem ações nessa linha, tais como a visita de parteiras a colégios, capacitação direta de jovens em centros comunitários e escolas, o trabalho coordenado com os departamentos e professores

de colégios, entre outras. A grande maioria dessas ações nasceu como iniciativa de profissionais específicos interessados em ampliar a atenção a adolescentes para além dos centros de saúde. Casas e Ahumada (2009) explicam que, no ano de 2009, a maioria das escolas particulares contava com algum tipo de programa de educação sexual, ainda que o mesmo não ocorra com as escolas com financiamento estatal (tanto municipais como as particulares subvencionadas). Além disso, mostram que menos de 10% dos professores adquiriram as habilidades necessárias para abordar o tema da sexualidade nas sala de aula (dados para o ano de 2009). Atualmente, estão revendo os planos curriculares no Ministério da Educação (MINIEDUC), com apoio do Ministério da Saúde (MINSAL) para incorporar a educação sexual aos currículos.

**Desafios:** Faltam normativas ministeriais que regulamentem essas ações na área da educação e o trabalho intersectorial com adolescentes (Cultura Saúde, 2009/2010). Algumas iniciativas isoladas foram iniciadas, mas sem a continuidade necessária para conseguir sua institucionalização (Casas e Ahumada, 2009).

## Outras iniciativas

**Aulas de Bem-Estar:** Em 2014 começa uma iniciativa interministerial orientada ao fortalecimento do ensino público, desenvolvida pelo Ministério da Educação, Ministério da Saúde, o Serviço Nacional para a Prevenção e Reabilitação do Consumo de Drogas e Alcool (SENDA) e a Junta Nacional do Auxílio Escolar e Bolsas (JUNAEB), que promove nos estabelecimentos o apoio direto aos estudantes em matérias biopsicossociais para tornar as atenções pertinentes e oportunas, favorecendo os processos de desenvolvimento e aprendizagem. Busca detectar, priorizar, abordar e resolver as demandas e necessidades dos estudantes e suas comunidades educacionais, para que sejam canalizadas no âmbito da promoção, saúde, prevenção, tratamento e expansão oportunos, quando cabível, considerando as diferentes realidades territoriais existentes no país. A iniciativa será desenvolvida em 200 estabelecimentos de ensino do país.

## Programa específico: adolescência

Em 2008 foi formulada a nova política de saúde para adolescentes e jovens, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens.

Um dos objetivos centrais desse programa é “diminuir a gravidez na adolescência, com expectativa de reduzir em 10% a taxa de fecundidade projetada na população menor de 19 anos”. Para isso, além de aumentar o acesso a métodos de controle de fecundidade, são adotadas quatro medidas específicas para reduzir a maternidade precoce e adolescente:

**1. Os Espaços Amigáveis de atenção para adolescentes** começam a ser implantados em 2008, abrindo um espaço diferenciado e amigável para a Atenção Básica de Saúde para adolescentes de 10 a 19 anos em comunidades do país com altas taxas de gravidez na adolescência. É um modelo de atenção com horários diferenciados, onde é resguardada a privacidade e confidencialidade da atenção, e que conta com parteiras/parteiros profissionais, assistentes sociais ou psicólogos/as com competência na atenção a esse grupo, com um foco preventivo e promocional, e ênfase na saúde sexual e reprodutiva. Os espaços amigáveis representam uma mudança qualitativa na atenção a adolescentes, elaborado sobre dois elementos centrais: extensão do horário para atenção a adolescentes e foco nos espaços de interação e atenção especificamente orientados a adolescentes. Atualmente há 129 espaços amigáveis instalados nos estabelecimentos de atenção básica, dos quais 77 são financiados pelo nível central e 52 resultam de iniciativas locais (municípios e serviços de saúde). As comunidades com maiores taxas de gravidez adolescente foram o critério inicial de implantação desses espaços.

**Resultados:** A cobertura da atenção em 2014 alcançou 3,12% do total, prestando 61.989 serviços de atenção individuais e em grupo. Em 2014 foi incorporado à Estratégia Nacional de Saúde para a Década (2011-2020) o seguinte indicador: “Que 100% dos estabelecimentos de saúde básica tenham um espaço amigável para adolescentes”.

**2. Controle de Saúde Integral de Adolescentes:** É a atenção integral a adolescentes que permite avaliar o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento, identificando precocemente os fatores protetores e de risco. Permite, ainda, promover hábitos saudáveis para uma intervenção oportuna e integral, com enfoque antecipatório, participativo e de risco. Essa estratégia se torna a porta de entrada para o sistema de atenção em saúde dessa população, podendo ser o único momento onde o sistema pode avaliar o estado de saúde e a condição de risco de adolescentes.

**Resultados:** Em 2014 foi alcançada uma cobertura de 9,15% (181.800 controles). Essa atividade está sendo formulada para ser incorporada ao portfólio de serviços do Fundo Nacional de Saúde, para avançar em direção à cobertura universal.

**Orçamento:** O orçamento para as duas estratégias do Programa (Controle e Espaços Amigáveis) foi de \$1.360.146.061 no ano de 2014 e \$1.408.939.000 no ano de 2015.

**3. Consulta Domiciliar Integral,** neste caso, para prevenção da segunda gravidez em adolescentes. Estratégia de intervenção realizada por integrantes treinados da equipe de saúde geral. É realizada no domicílio e inclui adolescentes e familiares e/ou cuidadores. Atua no próprio contexto das e dos adolescentes (em suas rotinas diárias) de forma a favorecer dinâmicas do ambiente emocional e relacional adolescente para evitar uma segunda gravidez.

**4. Aconselhamentos em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.**

**Resultados:** Em 2014, foram realizados 252.244 aconselhamentos em saúde sexual e reprodutiva (134.425), em HIV/Aids (88.936) e em planejamento da fecundidade (28.883).

**Outras iniciativas:** Na apresentação realizada durante a Reunião Regional sobre SSR de Adolescentes (Montevideo, Uruguai, maio de 2015), foi exposta uma experiência piloto desenvolvida em 2014 para evitar a reincidência da gravidez em adolescentes. Trata-se de uma

experiência desenvolvida pelo Serviço Nacional da Mulher e o Ministério da Saúde, que realizou uma intervenção dirigida às mães adolescentes, visando fortalecer o projeto da vida de cada uma delas e evitar a reincidência da gravidez. A principal ação foi a visita domiciliar para prestar apoio, informação e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, promovendo ainda a vinculação da adolescente a seu centro de saúde e a permanência ou reinserção escolar.

**Desafios:** A institucionalização da atenção em saúde para adolescentes foi pouco clara e, embora na atualidade o Programa de Saúde Adolescente tenha sido incluído pela primeira vez na agenda do Ministério da Saúde, ainda necessita uma norma técnica como os outros programas ministeriais. Além do desconhecimento e da confusão existentes sobre o Programa de Saúde Adolescente entre as equipes de saúde, outro problema é a ausência de metas associadas a esse programa, o que dificulta a alocação de recursos humanos e financeiros, colocando-o em uma categoria distinta (de menor importância) daquela de outros programas. Uma das diretrizes do Programa de Saúde de Adolescentes tem sido agilizar a atenção de jovens para facilitar o acesso a centros de saúde, não condicionando a entrada, por exemplo, à apresentação da carteira de identidade, já que vários jovens não costumam andar com ela. A despeito disso, vários centros de saúde pedem a carteira de identidade aos jovens, o que gera forte resistência entre elas e eles. Outra barreira de entrada tem a ver com o fato que alguns centros de saúde também exigem que na primeira consulta o/a adolescente compareça acompanhado/a de um adulto. Há também barreiras na entrega de métodos contraceptivos, considerando as práticas diferenciadas nos diversos centros de saúde no que diz respeito à entrega desses métodos. Por fim, na maioria dos centros de saúde existe a normativa que a entrega de qualquer medicamento deve ser feita pela farmácia. Essa prática de entrega é considerada uma barreira porque cria obstáculos para o acesso direto do/da adolescente aos métodos contraceptivos. Acima de tudo, adolescentes evitam pedir contraceptivos por dois motivos: dúvidas sobre a confidencialidade e a má qualidade de preservativos e pílulas contraceptivas (Cultura Saúde, 2009/2010).

No relatório da reunião realizada no Panamá (2014) sobre o desenvolvimento dos padrões de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes na América Latina e no Caribe, foram sinalizadas diversas barreiras ao acesso de adolescentes ao sistema de saúde: cobertura insuficiente dos Espaços Amigáveis, pouca privacidade nas salas de espera dos centros e farmácias, pouca disponibilidade de serviços nos centros e horários de atenção pouco convenientes, procedimentos administrativos excessivamente limitados e qualidade pouco clara dos serviços fornecidos pelos profissionais de saúde.

## Alunas grávidas

A **Lei Nº 19.688**, aprovada em 2000, garante o direito das alunas mães e grávidas a permanecerem nos estabelecimentos de ensino, sejam esses públicos ou privados, confessionais ou não. A lei garante que a gravidez e a maternidade não sejam um empecilho ao ingresso e permanência nos estabelecimentos de ensino em qualquer nível. Além disso, as instituições de ensino devem garantir as facilidades acadêmicas necessárias, conforme o caso. Essa lei está acima do regulamento interno do colégio.

A **Lei Geral de Educação Nº 20.370**, aprovada em 2009, estabelece em seu Artigo 11: “Em hipótese alguma a gravidez e a maternidade constituirão empecilho ao ingresso e permanência nos estabelecimentos de ensino em qualquer nível, devendo esses últimos garantir as facilidades acadêmicas e administrativas necessárias para o cumprimento dos dois objetivos”.

## Aborto

A legislação sobre o aborto é muito restritiva, proibindo qualquer forma de intervenção. Porém, a agenda legislativa do atual governo da Presidente Bachelet discute na Câmara a descriminalização do aborto em três circunstâncias: risco de morte materna, má formação incompatível com a vida fetal e estupro.

## Outros aspectos importantes

Em 2008 o Chile aderiu ao Plano Andino de Prevenção de Gravidez Adolescente, juntamente com a Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela. Esse plano tem como

foco a prevenção da gravidez em adolescentes e o fortalecimento da militância para melhorar o acesso aos serviços e oferta de saúde sexual e reprodutiva.

No marco do Plano Andino foi elaborado um documento para sistematizar as experiências de prevenção de gravidez na adolescência nos diferentes países da sub-região andina. O objetivo dessa iniciativa é identificar “**boas práticas**” de prevenção que possam ser compartilhadas e replicadas entre as equipes de saúde dos diferentes países. No caso específico da prevenção de gravidez na adolescência, o documento sugere a existência de diversos princípios gerais que podem incidir positivamente na prevenção da gravidez e que devem ser considerados como partes que se reforçam mutuamente:

- Salientar uma sexualidade saudável no contexto do desenvolvimento de adolescentes, incluindo abordagens intergeracionais para reformular positivamente a sexualidade e fornecer informação factual e livre de mensagens carregadas de vergonha, culpa ou medo.
- Promover normas de gênero mais igualitárias, trabalhando as perspectivas masculinas e femininas.
- Promover os direitos de jovens, inclusive os direitos reprodutivos e humanos e seus direitos como usuários dos serviços de saúde.
- Considerar os aspectos culturais locais no desenho e implantação dos programas e ações voltados a reduzir a gravidez na adolescência.
- Refletir e respeitar os diferentes valores e práticas das comunidades, inclusive com a inclusão de uma perspectiva multicultural.

No caso do Chile, duas “boas práticas” para a prevenção da gravidez adolescente foram selecionadas: o Centro de Atenção em Saúde Integral Adolescente RUCAHUECHE (São Bernardo e Região Metropolitana) e a Assessoria em Saúde Sexual e Reprodutiva (Cidade de Osorno).

O centro de Atenção à Saúde Integral do de Adolescente RUCAHUECHE é uma iniciativa que teve início em 2003. A cobertura da atenção aos adolescentes era muito baixa na comunidade. Neste sentido, foi desenvolvido um Serviço de Saúde Amigável para melhorar o acesso de adolescentes aos serviços de saúde, com o objetivo final de evitar a gravidez na adolescência. É um programa que supera os modelos de cura, com foco em direitos e prevenção. Além disso, incorpora o enfoque de gênero e, em suas práticas, extrapola o foco adultocêntrico na atenção em saúde para adolescentes. A formulação e implantação da iniciativa se baseiam nos seguintes princípios de direitos humanos: respeito à autonomia, direito ao consentimento informado e à confidencialidade, respeito à diversidade, respeito ao princípio da beneficência, respeito ao princípio da justiça e respeito ao direito à saúde sexual e reprodutiva.

O Centro trabalha em coordenação com 27 estabelecimentos de ensino municipais da Comunidade de São Bernardo, que são a principal origem das e dos adolescentes atendidos. Esse fato demonstra a importância do trabalho intersetorial que, muitas vezes, é mais fácil de ser realizado em nível local do que central. Além do mais, trabalha em colaboração (rede) com outras associações e instituições que lidam com adolescentes na comunidade. A programação das atividades é realizada no primeiro mês de cada ano, com base em avaliações anuais, recomendações técnicas do Ministério da Saúde e de organismos internacionais. A programação é discutida, analisada e elaborada em equipe, sendo posteriormente submetida à corporação de saúde para observações e aprovação.

**Resultados:** Os jovens reconhecem o centro como um espaço de saúde que os orienta e acompanha no processo de crescimento e desenvolvimento, onde são respeitados e o reconhecem como próprio.

A assessoria em saúde sexual e reprodutiva da cidade de Osorno existe desde 2006 em um liceu da cidade. Osorno apresenta alto percentual de gravidez na adolescência. Antes de a assessoria ser criada, as e os estudantes foram consultados sobre os conteúdos mais relevantes,



os horários mais convenientes e sobre a modalidade de assessoria (individual ou coletiva). Assim, os objetivos da Assessoria atendem às necessidades encontradas e são realistas. Esse é um dos pontos fortes da prática: tanto sua formulação quanto sua implantação consideram as reais necessidades das e dos adolescentes. A implantação dessa prática de assessoria em Osorno é uma inovação no contexto regional, já que não existe uma prática de educação sexual nos estabelecimentos de ensino ou em centros de saúde para adolescentes. Como a assessoria utilizou as dependências do liceu, não houve necessidade de investimento em infraestrutura, sendo necessária apenas a pre-

sença de uma pessoa (parteira) com conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva e aconselhamento. A gestão é muito limitada, uma vez que está restrita ao ambiente do liceu, uma assessora e poucos recursos apenas para pagamento do transporte da parteira que realiza as assessorias. A parteira, pelo menos nos três primeiros anos de implantação da Assessoria (2006-2009) desenvolveu essa tarefa *ad honorem* e recebeu dinheiro apenas para o transporte.

**Resultados:** uma vez iniciada a prática, houve redução na gravidez na adolescência e aumentou a quantidade de adolescentes atendidos nos consultórios da região.



# Paraguai

## Sistema de saúde

O sistema de saúde do Paraguai é composto por dois sub-setores, o público e o privado. O setor público compreende o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPeBS), o Instituto de Previdência Social (IPS), os Centros de Saúde das Forças Armadas e da Polícia, a Universidade Nacional de Assunção e os serviços assistenciais das empresas descentralizadas Itaipu Binacional e Yacyretá. O setor privado inclui as seguradoras privadas, os prestadores com fins lucrativos, os prestadores sem fins lucrativos e os prestadores mistos.

O MSPeBS atende cerca de 65% da população total do país, com ênfase na população vulnerável e pobre. O IPS cobre os trabalhadores assalariados do setor privado, os trabalhadores das entidades descentralizadas, os docentes dos setores público e privado, os trabalhadores autônomos e os empregados domésticos. Essa instituição cobre aproximadamente 15% da população paraguaia.

A Saúde Policial e a Saúde Militar cobrem os policiais e militares na ativa e pensionistas, assim como seus familiares dependentes, representando 1% da população total. Por fim, estima-se que entre 7% e 9% da população que pertence aos setores mais abastados utilizam planos de seguro do setor privado.

## Saúde Sexual e Reprodutiva

O Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (2014-2018) está em vigor e responde às necessidades básicas da população com um foco de direitos, especialmente de direitos sexuais e reprodutivos. É uma continuação do Plano Nacional 2009-2013.

O objetivo do plano é “melhorar a saúde sexual e reprodutiva da população do Paraguai por meio do desenvolvimento de políticas públicas justas, equitativas e integradoras, com enfoque em gênero, direitos e interculturalidade”

O plano agrupa suas linhas de ação em sete áreas estratégicas prioritárias, que serão implantadas no marco da atual política de saúde orientada a uma saúde mais acessível, mais igualitária e de melhor qualidade.

As sete áreas estratégicas do plano são: 1) Maternidade segura e saúde neonatal; 2) Planejamento familiar; 3) Prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis - IST, sífilis e infecção pelo HIV; 4) Prevenção, detecção e tratamento do câncer de mama e genital em homens e mulheres; 5) Prevenção e atenção a pessoas em situação de violência intrafamiliar e violência de gênero (VBG); 6) Prevenção e atenção integral ao climatério e enfermidades, danos e disfunções que afetam a saúde sexual e reprodutiva; 7) Gestão eficiente do plano, monitoramento e avaliação.

O Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva é um instrumento de orientação das políticas públicas na matéria em nível internacional, regional e local, no âmbito do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social. Envolve a população em geral (não somente adolescentes). O plano deve ser implantado e executado em todos os serviços de saúde do Ministério e nas instituições públicas e privadas atuantes na área de saúde sexual e reprodutiva.

## Contracepção

A Área Estratégica “Planejamento Familiar” do Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2014-2018 prevê o objetivo específico de “conseguir que todas as pessoas em idade reprodutiva possam exercer seu direito ao planejamento voluntário de sua família, mediante acesso oportuno à informação completa e verdadeira, a serviços de qualidade e à distribuição gratuita de contraceptivos eficientes”.

Propõe estratégias operacionais em garantem acesso aos contraceptivos, sem preconceito ou exclusão. As propostas de ação do Plano Nacional são:

- Fornecimento dos insumos contraceptivos segundo a escolha feita e os critérios de elegibilidade da OMS (Organização Mundial de Saúde), explicando suas características, eficiência, modo de uso correto, mantendo a distribuição gratuita dos insumos na rede pública.
- Expansão da oferta de contracepção cirúrgica de intervalo e pós-evento obstétrico.
- Acessibilidade a todos os métodos contraceptivos, 24 horas por dia, todos os dias, nos serviços hospitalares da rede pública, inclusive pílulas anticoncepcionais de emergência, com aconselhamento/orientação.
- Fortalecimento do sistema de logística de insumos de saúde sexual e reprodutiva na rede pública, inclusive o devido dimensionamento das necessidades, processos de compras ágeis de acordo com a Lei 4313, distribuição oportuna e suficiente, armazenamento conforme as normas, com monitoramento sistemático e periódico dos níveis de desabastecimento nos serviços.
- Garantia de fundos orçamentários e execução adequada para a compra de contraceptivos, preservativos, medicamentos e insumos essenciais para a maternidade segura e saúde neonatal, equipes e instrumentos necessários, no orçamento do MSPeBS, do IPS e de outras entidades públicas como a Saúde Policial e Saúde das Forças Armadas, entre outras.

Em suma, os métodos contraceptivos são de oferta gratuita em todos os estabelecimentos do Ministério de Saúde e para as pessoas asseguradas pela seguridade social. Em relação à necessidade de consentimento de um adulto, o Plano não faz menção à necessidade de consentimento para que adolescentes possam ter acesso aos métodos contraceptivos e/ou serviços de saúde sexual e reprodutiva.

O Manual Clínico – Adolescência, Abordagem Integral de Adolescentes com Enfoque de Direitos do MSPeBS prevê como direitos dos adolescentes: a confidencialidade, ter privacidade, participar nas decisões sobre sua saúde, ser

perguntado sobre se deseja ou não que seus pais ou tutores sejam informados sobre seu estado de saúde ou o motivo da consulta.

**Orçamento:** Em 2006, o Congresso do Paraguai sancionou a Lei Nº 2907, denominada “Garantia orçamentária para os programas de saúde reprodutiva e de provisionamento do kit de partos”, que destina fundos para a aquisição de produtos básicos para a saúde reprodutiva, inclusive contraceptivos. A Lei Nº 2907 exige que o IPS compre e entregue contraceptivos a seus beneficiários, pondo um fim em sua dependência das doações desses insumos. A Lei Nº 2907 garante o acesso das mulheres a um dos principais pilares para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, assegurando os insumos contraceptivos. Em 2010 o Governo da República do Paraguai assumiu total responsabilidade financeira em relação à aquisição de contraceptivos (Quesada et al., 2006). A Lei Nº 4313 autoriza o MSPeBS do Paraguai a realizar compras diretas de bens no mercado mundial através de organismos internacionais como o UNFPA, com isenção de impostos, reduzindo assim o prazo para obter os insumos e garantindo melhor preço e qualidade.

### Programa específico: adolescência

A Lei 1680 de 2001, que cria o Código da Infância e da Adolescência, define e regulamenta os direitos, as garantias e deveres dos meninos, meninas e adolescentes (MMA), como disposto na Constituição Nacional, na Convenção sobre os Direitos da Criança e nos instrumentos internacionais sobre proteção dos direitos humanos aprovados e ratificados pelo Paraguai. O Artigo 14 do Código reconhece o direito à saúde sexual e reprodutiva. O Estado, com a ativa participação da sociedade e principalmente dos pais e familiares, garantirá os serviços e programas de saúde e educação sexual integral de MMA que têm o direito a serem informados e educados de acordo com seu desenvolvimento, sua cultura e seus valores familiares. Os serviços e programas para adolescentes deverão contemplar o segredo profissional, o livre consentimento e o desenvolvimento integral de sua personalidade, respeitando o direito e a obrigação dos pais ou tutores. De acordo com Artigo 10 do mesmo Código, é responsabilidade do

Estado elaborar planos de atenção especializada para a proteção das adolescentes grávidas.

Por um lado, a promulgação da Lei 1680 (2001) e, por outro lado, a instalação do Sistema Nacional de Proteção e Promoção Integral e da Secretaria Nacional da Infância e da Adolescência (SNNA), em dezembro do mesmo ano, trouxeram um novo cenário de ação.

É nesse contexto que a Política de Infância e do Adolescente (POLINA, 2003-2013) é promovida. Essa política é definida como “um conjunto de ações articuladas entre o Estado e a sociedade civil para trabalhar em convergência na promoção, defesa e proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes”. A POLINA é um marco geral de encaminhamento das ações dirigidas à infância e à adolescência, que tem por objetivo assegurar o desenvolvimento integral, exercício efetivo e pleno uso dos direitos das crianças e adolescentes.

A operacionalização da POLINA, ou seja, a tradução de seus conteúdos em ação, se dá por meio do Plano Nacional de Ação para a Infância e Adolescência (PNA, 2003-2008). A orientação geral do PNA, bem como suas estratégias e atividades, vem da POLINA e é coerente com os princípios formulados na política nacional. Atores-chaves do setor governamental, da sociedade civil e de organizações de MMA participam na execução das atividades previstas no PNA.

Foi elaborada uma nova POLINA e um novo PNA para o período de 2013 a 2018.

Tanto a POLINA quanto o PNA têm como foco principal a população adolescente, sobretudo no que se refere ao abuso e à exploração sexual (além de outros eixos relacionados à proteção integral de MMAs não somente no âmbito da saúde), sem ênfase especial para a saúde sexual e reprodutiva.

Assim, a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Paraguai é orientada, por um lado, pelo Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2014-2018 que garante

o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população (não somente da população adolescentes). O Plano especifica que “As crianças, adolescentes e jovens são um grupo populacional estratégico que requer ações de educação e serviços adequados, amigáveis, de qualidade e que atendam suas necessidades”. Como explicado na apresentação realizada durante a Reunião Regional sobre SSR dos adolescentes (Montevideu, Uruguai, maio de 2015) “a adolescência e a juventude são um eixo transversal do PNSSR 2014-2018”.

Por outro lado, a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Paraguai se guia pelo Plano Nacional de Promoção da Qualidade de Vida e Saúde com Igualdade da Adolescência 2010-2015, que busca melhorar a qualidade de vida e, principalmente, a saúde de adolescentes. O plano incorpora os principais problemas de saúde de adolescentes, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, prevenção e atenção à violência de gênero e as necessidades específicas de adolescentes indígenas e de grupos vulneráveis, para que tenham acesso ao sistema de saúde. O plano se concentra em melhorar a qualidade de vida e saúde de adolescentes de 10 a 19 anos no período de 2010-2015. Algumas das metas do plano para o ano de 2015 são: aumentar a prevalência do uso de contraceptivos modernos entre adolescentes sexualmente ativos/as; reduzir as causas de morte materna em adolescentes; aumentar o número de adolescentes que recebe assistência integral em saúde, inclusive melhorias na saúde sexual e reprodutiva; contar com serviços e centros de atenção integral a adolescentes, inclusive atenção sexual e reprodutiva, saúde mental, atenção a vítimas de violência e dependência de drogas, através de um trabalho articulado com outras instituições como o Ministério da Educação e Cultura.

A apresentação feita na Reunião Regional sobre SSR de Adolescentes (Montevideu, Uruguai, maio de 2015) detalha diversas ações específicas realizadas sob o MSPeBS, com foco na população adolescente:

- Informação por meio das Cartilhas de Saúde destinadas a adolescentes e elaboradas com a ativa participação das e dos próprios adolescentes, com conteúdos

sobre direitos de adolescentes, recomendações sobre saúde mental, atividade física e informações sobre sexualidade, higiene, infecções sexualmente transmissíveis e outros cuidados, além de lugares onde podem buscar ajuda. Essas cartilhas de saúde serão distribuídas gratuitamente e estarão disponíveis em todos os serviços públicos de saúde.

- Reorganização e criação de serviços de saúde amigáveis. Atualmente há 11 (com proposta de incorporar pelo menos mais três este ano) com a participação ativa de adolescentes, o que contribuiu no sentido de pertencimento. Em seis meses o número de consultas de adolescentes triplicou nos três serviços apoiados no ano passado.
- Fóruns de adolescentes.
- Plano de comunicação para a prevenção da gravidez na adolescência.
- Acesso de adolescentes aos MAC e ao aconselhamento.

**Desafios:** O relatório da reunião realizada no Panamá (2014) sobre o desenvolvimento dos padrões em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes na América Latina e Caribe apresenta diversas barreiras ao acesso de adolescentes ao sistema de saúde: falta de recursos humanos capacitados e sensibilizados que prestem serviços de saúde sexual e reprodutiva; falta de atenção às necessidades de saúde sexual e reprodutiva da população masculina; barreiras legislativas para a prestação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes; falta de implantação e acompanhamento do Plano Nacional para Adolescentes e Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva; falta de um espaço adequado para a prestação dos serviços de saúde amigáveis para adolescentes e falta de atenção em horários convenientes. Na apresentação realizada durante a Reunião Regional sobre SSR de Adolescentes (Montevideu, Uruguai, maio de 2015) também foram detalhadas diversas debilidades vinculadas à atenção da população adolescente: dificul-

dade no acesso à informação com base científica, a serviços amigáveis de saúde e a métodos de planejamento reprodutivo; dificuldade para a abordagem de povos de origem indígena e com deficiência mental; falta de articulação de ações interinstitucionais no marco de um sistema de proteção a adolescentes grávidas e/ou vítimas de estupro; ausência de um mecanismo de acompanhamento social para a grávida adolescente.

## Educação sexual

Em 2007 o Ministério da Educação e Cultura assinou uma Ata de Compromisso com o MSeBSS, com a Secretaria Nacional da Infância e Adolescência (SNNA) e com a sociedade civil para executar o projeto “**Harmonização de Políticas Públicas para a Educação Sexual e Prevenção de HIV-Aids e Drogas no Âmbito Escolar**”. O projeto, parte de um projeto sub-regional, teve como objetivo apoiar os países do MERCOSUL na implantação de políticas públicas de educação em sexualidade com enfoque de gênero e direitos, inclusive a prevenção do HIV, bem como a não discriminação, não estigmatização e não exclusão social de MMA. Um dos principais objetivos do projeto foi incorporar aos currículos conteúdos suficientes, consistentes e adequados à evolução cognitiva de MMAs e, por sua vez, habilidades e atitudes que promovam a saúde sexual, inclusive a prevenção da transmissão do HIV, com base no Marco Diretor Pedagógico para a Educação da Sexualidade como eixo diretivo e instrumento de políticas públicas. No marco do projeto, o Ministério da Educação e Cultura conceitua a educação em sexualidade como a orientação e informação transmitidas à pessoa sobre o conhecimento de si mesma, para afirmar os sentimentos de autoestima e o exercício da maternidade e paternidade responsáveis.

Em 2008 os ministros assinaram uma agenda da Ata de Compromisso de 2007, onde as novas autoridades concordaram sobre a instalação de uma unidade operacional de Educação Integral em Sexualidade, encarregada do desenho e da implantação do Marco Diretor Pedagógico em coordenação com os correspondentes departamentos do Ministério da Educação e Cultura, criando também um Comitê Gestor. O Marco Diretor Pedagógico para a Educação

Integral em Sexualidade define os princípios e as diretrizes orientadoras e reguladoras para sua abordagem e implantação no sistema de ensino formal e não formal do Paraguai, com base no Plano Nacional de Educação 2024. Em maio de 2009, o Ministério da Educação e Cultura divulgou o Plano Nacional de Educação 2024 “Para o Centenário da Escola Nova de Ramón Indalecio Cardozo” - um marco na política de educação do Paraguai, que delinea as principais ações que serão desenvolvidas no setor.

A Lei Geral de Educação Nº 126 (1998), que estabeleceu um novo marco jurídico para o sistema educacional, apresenta o marco de direitos e igualdade onde inclui uma Educação Integral em Sexualidade entendida como uma dimensão da formação integral. Porém, o processo de explicitação da Educação em Sexualidade é concretizado com o Plano Nacional de Educação publicado em 2009.

Apesar desses esforços, o Ministério da Educação resolveu não implantar o Marco Diretor Pedagógico para a Educação em Sexualidade devido a uma forte oposição de grupos fundamentalistas. Em 2013, com base nos resultados positivos de um projeto piloto sobre educação em sexualidade e aconselhamento, apoiado pelo UNFPA, o Ministério da Educação incorporou a educação em sexualidade à grade curricular dos cursos técnicos em saúde.

## Educação Sexual: Outras iniciativas

De 2003 a 2005 a ONG Base Educativa e Comunitária de Apoio (BECA) implantou um projeto sobre Educação Integral em Sexualidade nos 24 institutos de Formação Docente de gestão oficial, segundo o Ministério da Educação e Cultura e com o apoio do UNFPA. A partir de 2006, oito dos 24 institutos foram selecionados para dar cursos de formação em Educação Integral em Sexualidade no marco da Formação Docente Continuada. Entre 2007 e 2010, sete institutos habilitaram, em cada ano, cursos sobre Educação Integral em Sexualidade e desde 2009 esses programas são acompanhados pelo Ministério da Educação e Cultura, por meio do Departamento de Educação da Sexualidade.

Entre os objetivos prioritários do Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2014-2018 está a elaboração e implantação da Educação Integral em Sexualidade. Espera-se que todas as pessoas, prioritariamente as crianças, adolescentes e jovens, tenham acesso a uma adequada educação integral em sexualidade. Para isso, o Plano propõe uma série de ações, entre as quais: 1) o apoio técnico do Ministério da Saúde no desenvolvimento de conteúdos de saúde no processo de incorporação da educação formal para a sexualidade responsável ao sistema educacional nacional, a cargo do Ministério da Educação; 2) Conscientização e capacitação da comunidade educativa (diretores, docentes, pais, mães e alunos) em questões de saúde sexual e reprodutiva, direitos e igualdade de gênero, destacando o compromisso compartilhado entre família, comunidade e instituições para o desenvolvimento da educação para a sexualidade responsável; 3) Desenvolvimento de ações educacionais com homens e mulheres jovens e adolescentes em grupos de jovens organizados, colégios, liceus militares, institutos de ensino da Polícia Nacional e com a Associação de Comissões de Bairros.

**Desafios:** A apresentação durante a Reunião Regional sobre SSR de Adolescentes (Montevideu, Uruguai, maio de 2015) observou a educação insuficiente em sexualidade no Paraguai, onde, como explicado anteriormente, o Marco Diretor Pedagógico não entrou em vigor devido à forte oposição de grupos fundamentalistas. O Marco Diretor Pedagógico (2010) observa que “o marco dos direitos e a igualdade de gênero não são parte inerente do pensamento e do agir do corpo docente e diretor das instituições de ensino. Embora a discriminação contra a mulher tenha sido superada nos livros e materiais didáticos, ainda persiste o currículo oculto e a linguagem sexista em sala de aula. Além disso, há alguns obstáculos para uma abordagem mais adequada da Educação Integral em Sexualidade, tais como a formação insuficiente dos e das docentes para prestar informação qualificada e promover o desenvolvimento de habilidades em crianças e adolescentes que os permita viver sua sexualidade de forma plena e responsável. A isso, some-se a resistência e postura conservadora de alguns setores da sociedade”.

## Alunas grávidas

A Lei 4084 de Proteção à Maternidade (2010) tem como objetivo proteger a entrada e a permanência das estudantes grávidas ou que já são mães nas instituições de ensino de gestão oficial, privadas e privadas subvencionadas, bem como oferecer facilidades acadêmicas a elas.

## Aborto

No Paraguai, a lei estabelece que o aborto é permitido apenas em casos de ameaça à vida da mulher; porém, no Código Penal vigente, o Artigo 109 da Lei 3.440 sobre o aborto determina que:

1º Quem matar um feto será punido com pena privativa de liberdade de até cinco anos. A tentativa também será punida.

2º A pena poderá ser aumentada em até oito anos quando o autor: 1. Agir sem consentimento da gestante; ou 2. Com sua intervenção, causar sério risco que a gestante morra ou sofra uma lesão grave.

3º Quando o feito for realizado pela gestante, por ação própria ou facilitação da intervenção por terceiros, a pena será de privação de liberdade por até oito anos. Nesse caso, a tentativa não será punida. O cálculo da pena levará em consideração principalmente se o fato foi motivado pela falta do apoio que a Constituição garante à criança.

4º Não age ilegalmente quem produz indiretamente a morte de um feto se, segundo os conhecimentos e experiências do ofício médico, essa morte fosse necessária para evitar algum risco sério para a vida da mãe.

Em suma, o Código Penal exclui a possibilidade de realizar qualquer procedimento seguro para a interrupção direta da gravidez e, por outro lado, não há regras que explicitem quais casos são reconhecidos como “risco sério para a vida da mãe”.

Em 2012 o MSPeBS lançou as “Normas de Atenção Humanizada do Pós-Aborto” considerando que “no Paraguai, o aborto continua a ser uma das principais causas de morte materna”. Essas normas buscam assegurar o acesso

das mulheres a uma atenção de qualidade em situação de pós-aborto. No marco legal das normas há um capítulo dedicado a adolescentes que explicita que “a assistência em saúde para a menor de 18 anos em situação de pós-aborto deve ser oferecida no marco dos direitos humanos, com atenção integral e garantia da privacidade e confidencialidade”. Ao mesmo tempo, o MSPeBS também aprovou em 2012 a Resolução Ministerial nº146/8 sobre a atenção humanizada às pacientes em situação de aborto. As normas, juntamente com essa resolução, oferecem as garantias para uma atenção melhor às mulheres em situação de pós-aborto. Na mesma linha, em 2013 foi promulgada a Resolução Ministerial nº 662 que regulamenta o uso do Misoprostol, estabelecendo que esse uso só é permitido para: 1) Interrupção da gravidez com feto morto e retido; 2) Aborto incompleto; 3) Hemorragia pós-parto; 4) Indução do parto com feto vivo; 5) Corioamnionite; 6) Gravidez pós-termo e gravidez anembrionada.





# Uruguai

## Sistema de saúde

O Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) é composto pelo setor público e privado. O principal prestador de serviços públicos é a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE), que cobre 27% da população (dados de 2013). Há outros provedores de serviços para grupos específicos, entre os quais a Saúde das Forças Armadas, vinculada ao Ministério da Defesa, e a Saúde Policial, vinculada ao Ministério do Interior, que cobre 4,7% da população. Na prestação de serviços privada predominam as Instituições de Assistência Médica Coletiva (IAMC), que são associações privadas de profissionais sem fins lucrativos que oferecem atenção integral a 56% da população. O setor privado também conta com os chamados seguros privados, que são empresas privadas com fins lucrativos que prestam serviços em troca de pagamento de prêmio, cujo valor varia de acordo com o risco dos segurados. Esses seguros cobrem 1,7% da população.

## Saúde sexual e reprodutiva

A promulgação (2008) e regulamentação (2010) da Lei 18.426 de Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva é um ponto de inflexão na universalização e consolidação das políticas públicas em saúde sexual e saúde reprodutiva.

Em 2005, a criação do Programa Saúde da Mulher e Gênero começa a abordar a saúde sexual e reprodutiva com um enfoque de direitos e de gênero. Esse enfoque é consolidado em 2010, com a criação da Área de Saúde Sexual e Reprodutiva (que virou Departamento em 2013), que teve como primeiro ato a regulamentação da Lei 18.426, promovendo a saúde sexual e reprodutiva com foco em direito e gênero para todas as pessoas (“Sistematização de Políticas e Estratégias do Departamento de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Relatório Técnico”, Ministério da Saúde Pública, 2014). A área de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde Pública (MSP) é um organismo central no campo da saúde sexual e reprodutiva. A área gerou ações específicas em matéria de saúde sexual

e reprodutiva destinadas a toda a população do país, e não somente a adolescentes.

A lei reúne e legaliza as diretrizes e serviços em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidos até o momento. A partir desta lei, “O Estado garantirá as condições para o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos de toda a população. Para tanto, promoverá políticas nacionais de saúde sexual e reprodutiva, elaborará programas e organizará os serviços para desenvolvê-los segundo os princípios e normas definidos nos artigos seguintes”.

Alguns objetivos gerais da lei são: 1) universalizar a cobertura de saúde sexual e reprodutiva na atenção básica de saúde; 2) garantir a qualidade, confidencialidade e privacidade dos serviços. Entre seus objetivos específicos estão: a) divulgar e proteger os direitos das crianças, adolescentes e pessoas adultas em termos de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva; b) garantir o acesso universal a diversos métodos contraceptivos seguros e confiáveis.

O MSP, em seu papel de Diretor de Políticas de Saúde, desenvolve uma série sistemática de ordenamentos, diretrizes e atividades de capacitação para fortalecer e ampliar os serviços de saúde sexual e reprodutiva em todo o território e para todos os prestadores. Todas as instituições de saúde devem contar com esse tipo de serviço, formado por uma Equipe Coordenadora de Referência (ECR) em SSR e por todos os técnicos e profissionais da instituição envolvidos com a realização das ações necessárias para garantir os serviços definidos na Lei 18.426 e sua regulamentação.

## Contracepção

Desde 2010 e até os dias de hoje, a Área de Saúde Sexual e Reprodutiva do Ministério da Saúde Pública (MSP) é responsável por liderar a estratégia de garantia unificada

de insumos contraceptivos (estratégia que teve início em 2005). A partir da Lei 18.426 (2010) de Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva “é garantido o acesso universal a diversos métodos contraceptivos seguros e confiáveis”.

Em 2010 foi dado um salto fundamental nessa linha: a partir daquele ano, a compra de métodos foi incluída como uma linha orçamentária do orçamento nacional. Até 2010, os fundos para a compra vinham de remanescentes orçamentários. O país buscou o acesso universal da população a todos os métodos contraceptivos de qualidade, segundo a livre escolha informada.

Em janeiro de 2011 o MSP elaborou um decreto através do qual os MAC se tornaram um serviço obrigatório para todo o SNIS. Os métodos compreendidos incluem: contracepção oral hormonal combinada monofásica e trifásica para uso durante a lactação e de emergência, e preservativos masculinos. Os métodos anteriormente detalhados estão incluídos no decreto de obrigatoriedade, porém a cesta de insumos também disponibiliza o DIU, o preservativo feminino e, desde 2014, está sendo implantada a integração piloto da oferta do implante subdérmico. Outro resultado importante é a incorporação da ligadura de trompas e da vasectomia como serviços obrigatórios. Em contrapartida, as instituições poderão cobrar uma taxa mínima fixada no mesmo decreto, mas que está bem abaixo dos preços de mercado e não representa lucro financeiro para as prestadoras. As instituições privadas distribuem os preservativos cobrando o custo, que é muito baixo em comparação ao preço cobrado por outras vias de distribuição (“Sistematização de Políticas e Estratégias do Departamento de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Relatório Técnico”, Ministério da Saúde Pública, 2014).

É importante ressaltar a necessidade de respeitar a autonomia de adolescentes e jovens que precisam dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. A Lei Nº 17.823 “Código da Infância e da Adolescência”, em seu Artigo 11 bis. (Informação e acesso aos serviços de saúde) dispõe que “Toda criança ou adolescente tem direito à informação e ao acesso aos serviços de saúde, inclusive os referentes à saúde sexual e reprodutiva, sendo que os profissionais

envolvidos devem respeitar a confidencialidade da consulta e oferecer as melhores formas de atenção ou tratamento. Dependendo da idade da criança ou adolescente, as decisões sobre os métodos de prevenção para saúde sexual ou outros tratamentos médicos cabíveis serão tomadas preferencialmente com a concordância dos pais ou outros adultos de confiança, devendo sempre respeitar a autonomia progressiva das e dos adolescentes”.

## Educação sexual

No Uruguai, a Administração Nacional de Educação Pública (ANEP) é o órgão estatal que elabora, coordena e instrumentaliza as políticas educacionais vigentes em todo o território nacional. Em 2005 esse órgão, através do seu Conselho Diretor Central (CODICEN), cria a Comissão de Educação Sexual para elaborar uma proposta de incorporação da temática ao sistema formal de ensino. Em 2006 é criado o Programa de Educação Sexual da ANEP que, a partir de então, é implantado nos quatro subsistemas de ensino. O programa propõe incorporar a educação sexual como eixo transversal ao currículo, abrangendo todo o sistema formal (instituições públicas ou privadas). Em 2009 foi aprovada a Lei Geral de Educação 18.437, que institucionaliza a educação sexual em todos os níveis de ensino e estabelece a educação sexual como um eixo transversal do sistema público de ensino. Na nova lei, a educação sexual é definida como uma das oito linhas transversais que devem ser contempladas nas diferentes modalidades de ensino, assim assegurando, pelo menos em nível jurídico, a incorporação da temática a toda a estrutura de ensino.

Atualmente o Uruguai conta com um Programa de Educação Sexual e uma Comissão de Educação Sexual cuja coordenação possibilita a implantação de ações educativas em educação sexual em todos os quatro subsistemas de ensino. A Comissão elabora e lidera a implantação da proposta para incorporar a educação sexual ao sistema formal de ensino. Desde o início essa proposta foi implantada nos subsistemas como um todo, se inserindo em toda a estrutura e em nível nacional. Atualmente, o programa é financiado com o orçamento nacional e seu alcance é “o sistema público formal”.

O programa adotou diferentes modalidades de implantação em cada subsistema de ensino. Cada subsistema o implantou de forma diferente, segundo a autonomia conferida por lei. A educação sexual foi concebida com um eixo transversal no currículo (“Programa de educação sexual do sistema educativo uruguaio nos diferentes subsistemas: modalidades de implantação”, Carolina Farias).

- O Conselho de Educação Inicial e Primária (CEIP) incluiu a educação sexual no programa de 2008 como um eixo transversal a toda a formação, do 3º ao 6º ano do ensino primário.
- O Conselho de Educação Secundária (CES) implantou em cada centro de ensino médio através de um docente de referência em educação sexual.
- O Conselho de Educação Técnica Profissional (CETP) incorporou a educação sexual ao currículo por meio de oficinas anuais no primeiro e segundo anos do Ciclo Básico.
- O Conselho de Formação em Educação (CFE) também a incluiu no currículo através do Seminário de Sexualidade no segundo ano da formação docente.

Finalmente, o Uruguai prioriza a formação docente nesse tópico. Nesse sentido, as linhas de formação dos e das docentes em todo o subsistema é uma estratégia priorizada pelo programa, inclusive na pós-graduação de docentes. Essa atividade vem sendo desenvolvida desde 2008. Foram realizadas formações de docentes dos diferentes subsistemas em diversos temas relacionados à educação sexual. Além disso, nesses momentos começa a ser implantada uma avaliação que permitirá valorar o impacto das ações do programa sobre o sistema nacional de ensino.

**Resultados:** Pela primeira vez foi possível implantar um programa de educação sexual no âmbito educacional em todos os subsistemas, ultrapassando um período de governo. Uma das razões que tornaram isso possível foi a parceria estratégica entre o setor educacional e o de

saúde, o que deu legitimidade à proposta. Há uma forte coordenação de ações entre os setores de saúde e de educação (coordenação intersetorial). Outro fator que talvez tenha possibilitado a implantação do programa foi o importante apoio econômico dos organismos internacionais (“A educação sexual no sistema formal de ensino no período de 2005-2009: Análises sob um foco de gênero e de política pública”, Benedet, 2014).

**Desafios:** A educação se concentra exclusivamente em quem participa do sistema formal, resultando em uma fragilidade, ainda mais quando consideramos as barreiras de acesso ao sistema de ensino, o abandono e a dificuldade para reinserção (apresentação realizada na Reunião Regional sobre SSR de Adolescentes, Montevideu, Uruguai, maio de 2005).

## Programa específico: adolescência

As ações específicas para a adolescência estão associadas ao Programa Nacional de Saúde da Adolescência e Juventude (2007), no âmbito do MSP. Os objetivos do programa se concentraram na atenção integral, com ações voltadas especificamente para essa faixa etária: treinamento em adolescência como uma fase do ciclo da vida, gerando documentação de alcance universal, dispositivos de promoção e atenção da saúde adolescente tanto pelos serviços do sistema de saúde quanto nos espaços educacionais e sociais. A saúde sexual e reprodutiva é uma de suas preocupações. Como explicado anteriormente, a Área de Saúde Sexual e Reprodutiva tem seu eixo nesse componente da saúde, embora seja voltada a toda a população. No que diz respeito à população adolescente, a área tem como objetivo o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva definidos no Sistema Integrado de Saúde, a contracepção, a detecção precoce da gravidez e o exercício do direito à interrupção voluntária da gravidez.

Esse programa adota diversas medidas específicas:

- Implantação do Cartão de Saúde Adolescente, que constrói o adolescente como um sujeito específico no setor de saúde. É um cartão obrigatório, gratuito e uni-

versal. Há um para as mulheres e outro para os homens, para todas e todos os adolescentes de 12 a 19 anos. As instituições de saúde pública e privada devem expedi-lo, baseando o conteúdo no controle anual de saúde feito por jovens. É uma continuação do Cartão da Criança e inclui diversos dados de saúde que serão exigidos, por exemplo, para se matricular em uma instituição de ensino público ou privado.

- Criação de Espaços de Saúde Adolescente (Espaços Amigáveis): espaço diferencial com equipes interdisciplinares de atenção e promoção da saúde para a assistência integral da população adolescente. É dada ênfase especial aos aspectos significativos para essa etapa vital, como a saúde sexual e reprodutiva. O enfoque é em direitos, gênero e confidencialidade. Atualmente mais de 50 Espaços Amigáveis estão em funcionamento em todo o país.
- Médico de Referência: as instituições devem designar um médico de referência para cada usuário/a adolescente. O médico de referência é aquele que tem uma visão integral da saúde do/a usuário/a ao longo do tempo e de sua trajetória assistencial.

**Desafios:** O relatório da reunião realizada no Panamá (2014) sobre o desenvolvimento dos padrões em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes na América Latina e Caribe apresenta diversas limitações ao acesso de adolescentes ao sistema de saúde: os profissionais qualificados só cumprem um número limitado de horas de serviço e muitos profissionais pouco qualificados prestam grandes quantidades de serviço; duração insuficiente da consulta; dificuldade no momento de supervisionar situações de risco; as instituições de saúde não reconhecem a importância da qualidade do cuidado; as e os adolescentes não estão informados sobre seus direitos. Como detalhado na apresentação durante a Reunião Regional sobre SSR de Adolescentes (Montevideú, Uruguai, maio de 2015), apesar de haver várias propostas voltadas à população adolescente, elas são pouco divulgadas.

## Alunas grávidas

O Artigo 74 da Lei Geral de Educação (Lei 18.437, 2009) prevê que: “As alunas em estado de gravidez terão direito a continuar com seus estudos, principalmente a ter acesso e permanecer no centro de ensino, a receber o apoio educacional específico e justificar as ausências pré e pós-parto, que não poderão ser motivo para reprovação no ano letivo”.

Também está em vigor a “Circular 2380: Alunos - Regime especial de controle de presença de Alunas Grávidas” de 1999, que define “um regime especial de controle de presença e de apoio para as estudantes grávidas e puérperas dos centros de ensino médio e superior vinculados à Administração Nacional de Educação Pública”.

## Aborto

Em 2012 foi aprovada a Lei 18.987 de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), que descriminaliza a IVG por vontade exclusiva da mulher até a 12ª semana, ou até a 14ª semana em caso de estupro (desde que seja feita por um médico no sistema de saúde).

O acesso à IVG no Sistema de Saúde é assegurado às mulheres:

- De cidadania uruguaia (natural ou legal) ou estrangeira que resida no país há, no mínimo, um ano.
- Maiores de 18 anos.
- Menores de 18 anos com autonomia progressiva ou consentimento do pai, mãe ou adulto responsável. A equipe deve avaliar se a menor é suficientemente madura para consentir com a interrupção da gravidez e, assim, respeitar seu pedido de não envolver os pais ou tutores, com base no conceito de “autonomia progressiva”.
- Mulheres com declaração judicial de incapacidade prévia: mediante solicitação do/a tutor/a com competência legal outorgada.
- Com gravidez de até 12 semanas.



