**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Percepção e Orientação de Condutas
de Conselheiros Tutelares
sobre Práticas Sexuais
de Menores de 18 Anos**

Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

**Tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutor em Ciências**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre

Versão Corrigida

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedico este Trabalho

***A todas as adolescentes do Brasil e do Mundo
que desejam, ficam ou se apaixonam.***

***Às minhas filhas Nadja e Sarah, que embora adultas,
passaram por essa fase.***

À minha mãe Dolly que se apaixonou aos 12 anos.

À Lua, Lara, Maira e Stelinha que ainda vão desejar.

Agradecimentos

Agradeço imensamente a Fernando Lefèvre, meu orientador, por ter me instigado a retomar o Doutorado e ter me apoiado e auxiliado neste trabalho, inclusive em seus momentos mais atribulados, difíceis e dolorosos. A Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, que deixou saudades, pelo apoio, receptividade e carinho, além da paciência de ter me ensinado sua metodologia de pesquisa, junto com Fernando.

Agradeço a Faculdade de Saúde Pública, ao Departamento de Prática de Saúde Pública por ter me acolhido como aluna e permitido a realização e apresentação deste trabalho.

Agradeço a Rachelle Balbinot e Viviane Guerra, por terem me apontado questões durante as bancas de discussão do meu projeto. A Fernando Aith por ter me introduzido em suas aulas à difícil linguagem do Direito Sanitário, e a Marisa Feffermann por ter me apontado referenciais teóricos das polêmicas atuais que envolvem o tema dos Conselhos Tutelares.

Ao Instituto de Saúde e, em especial à Teresa Rosa e Suzana Kalckmann, por terem permitido que eu dividisse meu tempo de pesquisadora para este empenho.

Agradeço a Igor Marquenezine por ter sido meu assistente, parceiro e boa companhia durante este trabalho, bem como a Elisa Premazzi, que me ajudou na revisão deste trabalho.

Agradeço as minhas amigas Sandra Greger e Silvia Bastos por terem criado um ambiente cotidiano acolhedor em nossa sala de trabalho, além de nossos almoços relaxantes, que serviram para eu sempre retomar as pesquisas com tranquilidade.

Agradeço a sempre amiga Cíntia Lopes de Mello por ter acreditado no meu potencial, discutido e apoiado as minhas ideias, e a Brisa Lopes de Mello Ferrão, por ter lido, dado dicas e sugerido melhoras no projeto inicial e no questionário.

Por fim, agradeço a minhas filhas Sarah e Nadja, por terem paciência com esta mãe ora organizada, ora desorganizada, ora presente e ora ausente, e a Marco Camargo, por ter me dado amor e apoio que permitiram a finalização desta escrita.

Beijos a Todos!

Resumo

Percepção e orientação de condutas de conselheiros tutelares sobre práticas sexuais de menores de 18 anos

A abertura política do Brasil à democracia promoveu uma série de mudanças legislativas e de organização do Estado. Na área da infância e adolescência, após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foram criados conselhos de nível federal, estadual e municipal, com o objetivo de promover e defender os direitos dessa população específica. Também foram formados os Conselhos Tutelares compostos por membros da sociedade civil, diretamente eleitos pela população, com a função de informar e promover esses direitos localmente.

Utilizando a metodologia qualitativa-quantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo, a pesquisa analisou a percepção e opinião dos conselheiros tutelares a respeito de situações que envolvem a prática sexual voluntária heterossexual e homossexual de adolescentes da faixa etária de 12 a 17 anos. Os dados foram colhidos com o uso de questionários semiestruturados para autopreenchimento, apresentados em visita técnica aos membros dos 44 Conselhos Tutelares do município de São Paulo. Além do perfil social e familiar, foram coletadas opiniões dos conselheiros quanto à autonomia dos adolescentes e suas noções de desrespeito legal, além de sugestões de orientação de condutas frente a três casos hipotéticos de prática sexual realizada por adolescentes.

Responderam à pesquisa 80 (36,4%) conselheiros de um total de 220, de 29 (65,9%) dos 44 Conselhos Tutelares da cidade. Observou-se que apresentaram tendência a reproduzir os modelos tradicionais negativos da sociedade brasileira no julgamento da prática sexual de adolescentes, avaliando sua ocorrência pela ótica moral e de opinião de familiares e outros adultos. Mais da metade não associa tais práticas a impactos específicos sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, nem realiza encaminhamentos para sua promoção. Adotam noções desiguais de gênero do senso comum, que remetem à preocupação com a imagem e impactos da publicização da sexualidade de meninas, não fazendo o mesmo para adolescentes meninos e veem as práticas homoafetivas sob a ótica da violência e sedução, associando-as à necessidade de orientação psicológica e problemas de saúde mental.

Considera-se que conselheiros tutelares estão pouco preparados para lidar com a sexualidade de adolescentes e normalmente treinados para avaliá-la tal qual a violência sexual que acomete crianças. Como possuem *status* local de legitimidade, são procurados e tem poder de averiguação e encaminhamento público de ocorrências, terminando por, muitas vezes, desrespeitar os direitos humanos de adolescentes quanto à expressão e vivência da sexualidade e da prática sexual saudável.

Considera-se fundamental discutir o papel dos Conselhos Tutelares frente aos direitos de adolescentes, de forma que ao contrário do proposto na democratização do país, não se configurem como mais um instrumentos de exercício de poder para perpetuar desigualdades sociais. Na área da sexualidade, a defesa dos direitos de adolescentes passa pelo respeito a sua sexualidade, acesso à informação, à garantia de serviços públicos que efetivamente os atendam para proporcionar exames, contracepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, etc., com respeito a sua cidadania, especificidades, necessidades, autonomia e dignidade pessoal, promovendo-os e defendendo-os frente a famílias, comunidade, a toda a sociedade e ao próprio poder público.

Palavras-chave: Direitos Sexuais e Reprodutivos; Defesa da Criança e do Adolescente

Abstract

Perception and conduct's guidance of the guardianship board's members on sexual practices of the under 18 years old

The political opening to democracy in Brazil promoted a series of changes of legislation and state organization. Concerning to the childhood and adolescence, after the promulgation of the “Estatuto da Criança e do Adolescente” (Statute for Children and Adolescents), councils were created at federal, state and municipal level, to promote and defend the rights of this specific group. The Conselhos Tutelares (Tutelary Councils) were also created, composed by civil society members, directly elected by the population, to inform and promote these rights locally.

Using qualitative and qualitative-quantitative methodologies of the “Discurso do Sujeito Coletivo” (Discourse of the Collective Subject), the research analyzed the perception and the opinion of councilors regarding to situations involving heterosexual and homosexual voluntary sexual practices, among teenagers from 12 to 17 years old. Data were collected with semi-structured questionnaires for self-fulfillment, presented in technical visits to members of the 44 Tutelary Councils in São Paulo city. Beyond the social and family profile, opinions on the autonomy of adolescents and their notions of legal disrespect were collected and also the suggestions to orientation of conducts, facing three hypothetical cases of sexual practice performed by adolescents.

The research was answered by 80 (36,4%) counselors from a total of 220, of 29 (65,9%) Tutelary Councils from the 44 placed in the city. It was observed that they showed a tendency to reproduce negative traditional models of brazilian society in the judgment of teenage sexual practices, evaluating its occurrences from the moral viewpoint and opinion of familiars and other adults. More than a half don't associate these practices to specific impacts on the health and the sexual and reproductive rights of adolescents, neither acts for its promotion. They adopt unequal notions from the common sense, referred to the concern with the image and the publicizing of girls sexuality, not showing the same concern when it comes to boys; and see the homoafective practices from the perspective of violence and seduction, linking to the need of psychologist counseling and mental health problems.

It is considered that counselors are unprepared to deal with teenage sexuality and that they are commonly trained to face these situations as sexual violence that affects children. As they have local status of legitimacy, they are requested and have power of inquiry and public routing of occurrences, culminating, several times, in disrespect of human rights of adolescents, related to the expression and experience of their sexuality and healthy sexual practices.

It is considered fundamental to discuss the role of the Tutelary Councils in face to the adolescent rights, so that, instead of what was proposed in the country democratization, they don't become a power tool to perpetuate social inequalities.

At the sexuality area, the defense of adolescent rights includes respecting their sexuality; provides access to information; ensuring public services able to attend them to provide exams, contraception, preventions of sexually transmitted diseases, etc.; respecting their citizenship, specifics, needs, autonomy and personal dignity; promoting and defending them among their families, communities, the society and the public power itself.

Keywords: Sexual and Reproductive Rights; Child Advocacy

Apresentação

A abertura política do Brasil à democracia, a partir de 1986, proporcionou uma série de mudanças legislativas e de organização do Estado, incorporando princípios e propostas de vários movimentos sociais. Entre essas mudanças, foram incorporadas reivindicações de setores populares específicos, como movimentos de saúde, feministas, movimentos da classe trabalhadora, negros e dos direitos de crianças e adolescente, entre outros.

Além das temáticas, a forma de exercício e a participação no próprio Estado foram reorientadas de diversas maneiras, de forma a garantir o controle social e a maior democracia, a representação política por escolha direta por toda a população dos cargos do executivo e do legislativo e a inserção da população e setores organizados em comissões e conselhos da sociedade civil. Foram estabelecidos conselhos de saúde, de educação, entre outros, para atuação consultiva e propositiva junto ao Estado em suas três esferas: federal, estadual e municipal.

Com relação aos direitos de crianças e adolescentes, foram criados, em nível federal, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e, em nível de cada estado e município, respectivamente, o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA) e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), para que atuassem junto ao planejamento de ações do poder executivo nessas três esferas governamentais, na promoção e defesa dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes definidos pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Com o objetivo de envolver a sociedade civil nessas ações, também foram criados os Conselhos Tutelares, compostos por representantes da população das diversas localidades brasileiras.

Esta tese analisa questões relativas às práticas sexuais de menores de 18 anos a partir da adolescência conforme os padrões definidos pelo ECA, ou seja, 12 anos, com objetivo de verificar qual a representações e opinião de atuação de conselheiros tutelares perante as **situações sexuais voluntárias** praticadas pelo público adolescente, tanto hetero, como homoafetivas; busca avaliar as opiniões e condutas de acordo com a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e as legislações e normas vigentes no país.

Sumário

I - INTRODUÇÃO	10
I.1. Adolescentes em Questão	11
I.2. Breve Histórico dos Direitos das Crianças e Adolescentes no Brasil	13
I.3. O Direito à Saúde de Crianças e Adolescentes	16
I.4. Conselhos Tutelares: espaços de participação social visando a cidadania de crianças e adolescentes	20
I.5. Os Direitos Sexuais e Reprodutivos	24
<i>a) Direitos Reprodutivos</i>	24
<i>b) Direitos Sexuais</i>	27
I.6. Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente Vista sob a Ótica da Violência	28
I.7. Políticas de Saúde em Prol dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes – uma construção em andamento	30
I.8. Respeito à Diversidade Sexual como Direito à Saúde	37
II - METODOLOGIA	41
II.1. Objetivos do Projeto	42
II.2 Metodologia de Pesquisa	43
<i>a) O conceito de Representações Sociais</i>	43
<i>b) Levantamento de Dados</i>	44
<i>c) Conteúdo do Questionário</i>	45
<i>d) Seleção de Participantes e Amostra</i>	46
<i>e) Questões Éticas Envolvidas no Estudo</i>	49
<i>f) Análise de Dados</i>	49
III - RESULTADOS	54
III.1. Conselhos Tutelares no Município de São Paulo	55
III.2. Perfil geral dos Entrevistados	55
III.3. Concepção de Adolescente dos Entrevistados	60

III.4. Percepção e Opinião de Conselheiros Tutelares sobre o Caso A	62
III.5. Percepção e Opinião de Conselheiros Tutelares sobre o Caso B	68
III.6. Percepção e Opinião de Conselheiros Tutelares sobre o Caso C	74
III.7. Percepção e Opinião de Conselheiros Tutelares com Relação à Saúde Geral e à Saúde Sexual e Reprodutiva	79
<i>a) Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva no Caso A:</i>	79
<i>b) Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva no Caso B:</i>	80
<i>c) Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva no Caso C:</i>	81
	82
IV – DISCUSSÃO	
IV.1. Qual papel o Conselho Tutelar vem Desempenhando na Promoção de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes	83
IV.2. Prática Sexual de Adolescentes: problema ou fenômeno recorrente?	87
<i>a) Reflexões sobre o Caso A – Práticas Sexuais de Meninas e a Questão de Gênero</i>	87
<i>b) Reflexões sobre o Caso C – Maternidade e Paternidade entre Adolescentes: destino ou ocorrências contingenciais decorrentes de vulnerabilidades socioculturais?</i>	92
<i>c) Sexualidade de Adolescentes como Problema Atual</i>	96
<i>d) Reflexões sobre o Caso B – Homossexualidade na Adolescência: sedução ou expressão de uma minoria?</i>	97
IV.3. Conselhos Tutelas como espaços de perpetuação do poder de polícia?	100
IV.4. Substituindo a Noção de “Objetos de Controle” pela de “Sujeitos de Direitos Sexuais e Reprodutivos”	105
V – CONCLUSÕES: Conselhos Tutelares podem representar direitos e saúde sexual de adolescentes?	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	136
Anexo I. Questionário	137
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido On Line	141
Anexo 3. Cópia do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	142

I - INTRODUÇÃO

Chapeuzinho, 12 anos? (Charles Perrault, 1697)

Branca de Neve, 14 anos? (Irmãos Grimm, 1812/22)

A Gata Borralheira, 15/16 anos? (Charles Perrault, 1697)

Bela Adormecida, 16 anos (Irmãos Grimm, 1812)

Rapunzel, 12 anos, namora e engravida na torre (Charlotte-Rose de Caumont de La Force, 1698)

I.1. Adolescentes em Questão

Segundo Colli (1988), a adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por transformações somáticas, psicológicas e sociais. Priotto (2002) afirma que a adolescência possui um componente biológico fundamental caracterizado pelas transformações anatômicas e fisiológicas, que incluem o crescimento, desenvolvimento e a maturação sexual; já no aspecto emocional, compreenderia, segundo esta autora, as adaptações desse corpo em transformação às novas relações com a sociedade, incluindo novas experiências com outros grupos sociais e uma readaptação à realidade familiar.

Interpretações psicológicas e psicossociais, discutidas a partir da primeira definição de Erickson (1976), associam a adolescência a um momento crucial de estruturação do indivíduo, quando este define a orientação de sua personalidade, visando o amadurecimento. Coimbra, Bocco e Nascimento (2005) chamam a atenção de que considerar a adolescência como um período de desenvolvimento configura uma percepção de um ponto de partida e de chegada (a vida adulta), predefinindo uma evolução a um estágio final alvo, desconsiderando a percepção foucaultiana de que existem diferentes formas de apreensão do mundo pelas consciências individuais e suas práticas (Coimbra, Bocco & Nascimento, 2005, p.5).

Bock (2007) destaca que a adolescência se tornou um tema de interesse para o qual se criou saberes específicos nos quais vários autores passaram a descrevê-la enquanto síndrome e a sistematizá-la, discutindo suas necessidades e geralmente a identificado como etapa de tormentos e perturbações. Heidemann (2006), assim como outros autores, aponta inclusive o período do adolescer como vulnerável e que, portanto, exige necessidade de uma atenção especial de forma a auxiliar os adolescentes a lidarem com situações e problemas que possam provocar danos e agravos a sua saúde.

Conferindo uma análise sócio-histórica à questão, Ariès (1978) aponta que todas essas denominadas “idades da vida” são determinadas socialmente. No caso, a infância e a adolescência passaram a ganhar contornos como construções sociais importantes e,

assim, identificadas, definidas e visibilizadas, respectivamente, a partir do início do século XX. A partir daí, os diferentes discursos de adolescência, surgiram com a função de pautar o novo interesse sobre os indivíduos adolescentes, visando conferir-lhes um papel social específico e necessário à construção da sociedade moderna (Bock, 2007).

Ariès (1978) destaca que, desde o séc. XVIII, já existiam noções precursoras da diferenciação entre infância e adolescência, a partir da necessidade de recrutamento militar, mas foi na modernidade que se inaugurou a necessidade de preparação e formatação deste indivíduo adolescentes pela família e pela escola, preparando seu futuro de cidadão ideal, geralmente pautado no modelo de homem-branco-burguês-racional-ocidental (Santos, 1996). Clímaco (1991) aponta o quão foi fundamental para a sociedade capitalista estender o período escolar, de forma a permitir o maior preparo técnico da mão de obra necessária a sua sustentação, necessidade frente a qual se tornou fundamental evitar comportamentos antigos, como a formação de famílias pelo(as) adolescentes – situação que passou a ser considerada da precoce e adequada apenas para os adultos; a sexualidade na adolescência passa a ser um grande alvo de preocupação social.

Com esses discursos e pautando a problemática da saúde física e mental, na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde conceitua a adolescência como o período entre os 10 e os 19 anos, procurando enfatizar políticas públicas e projetos nos diversos países voltados para este público (OMS, 1975).

De forma específica, a legislação civil brasileira adota, a partir de 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990a), para efeitos legais e de direitos, a definição de adolescentes como pessoas acima da faixa de 12 anos etários (até os quais se configura a infância), até os 18 anos incompletos. Feitos os 18 anos, a pessoa passa a adquirir o legalmente *status* de adultos.

O ECA também conceitua este período de adolescência como transitório e uma fase da “pessoa em desenvolvimento”:

“Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige [...] e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento”. (Brasil, 1990a, art. 6)

Por uma questão de discussão de direitos civis e atuação legal/penal dos Conselhos Tutelares abordadas neste trabalho, a definição de adolescente do ECA será usada para a discussão e análise da adolescência, bem como dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva a eles referentes.

I-2. Breve Histórico dos Direitos das Crianças e Adolescentes no Brasil

No Brasil, com o advento da Lei 8.069, que institui o ECA como nova lei civil que orienta ações dirigidas a crianças e adolescentes abaixo de 18 anos, os direitos desses cidadãos passaram a ser alvo de proteção, principalmente do Estado. Segundo o ECA:

“Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;*
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;*
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;*
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.”*

(ECA, Brasil, 1990a)

Esses princípios incorporaram a iniciativa do movimento popular liderados pelo Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMNR) e pela Pastoral do Menor, denominada “Criança, Prioridade Nacional” (Santos, 2008) e são também consagrados pela Constituição Federal de 1998:

“Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

(Constituição Federal, Brasil, 1998).

Segundo Santos (2008), antes do ECA, todas as legislações brasileiras focando crianças e adolescentes, desde as décadas coloniais, eram influenciadas pela concepção de “abandono”, advindo de práticas ordenadas pelas câmaras municipais que recolhiam órfãos das classes populares, geralmente filhos de mulheres negras e indígenas abandonados ou que viviam no espaço público urbano. A Lei do Ventre Livre de 1871 e, posteriormente, a abolição da escravidão, em 1888, teriam intensificado essa situação ao deixar milhares de negros dispensados das fazendas sem ter casa ou trabalho, motivando a aglomeração nas cidades, além da formação de cortiços, onde crianças e adolescentes pobres ficavam nas ruas. Isso teria feito surgir casas religiosas de assistência e acolhimento da orfandade e a preocupação com o potencial de delinquência juvenil desta população (Santos, 2008). O Código Criminal de 1830 já incluía itens que apontavam a preocupação com esses “menores”, definidos na época como aqueles meninos e meninas abaixo dos 14 anos de idade, que deveriam ser recolhidos e levados para as “Casas de Correção”, o que inaugurou a política pública brasileira de institucionalização de crianças e adolescentes (Silva, 2001; Silva Junior, 2002).

No período republicano, a situação de abandono e a prática de penalizar a criança e o adolescente se acirraram com o Código Penal de 1890, que estabeleceu que esses menores que perturbassem a ordem, a tranquilidade e a segurança pública deveriam ser detidos. Por isso, houve redução da responsabilidade criminal, que passou a ser considerada a partir dos 9 anos de idade. Nesse período, o jurista Candido Mota teve importante participação para a criação de uma instituição específica para crianças e adolescente, até então relegados a prisões comuns (Santos, 2008).

Em 1902, a Lei nº 947 passou a determinar que os menores órfãos abandonados nas ruas e os acusados criminalmente fossem internados em colônias correccionais até os 16 anos de idade. Em 1921, o Decreto nº 4.242 fixou a idade da responsabilidade penal em 14 anos (Silva, 2001) e neste período surgiu o primeiro Juizado de Menores do Brasil, organizado no Rio de Janeiro pelo magistrado Mello Mattos. Tal iniciativa deu origem ao primeiro Código de Menores, Decreto 17.943 de 1927, que determinou

medidas específicas para adolescentes entre 14 e 18 anos, alterando a idade penal geral para 18 anos (Santos, 2008).

Assim, todas as iniciativas jurídicas e legislativas brasileiras com relação à criança e ao adolescente não focaram, até então, os direitos desta população, mas sim seu controle e coerção, visando crianças e adolescentes pobres, de forma a garantir a almejada ordem social pela qual estes estavam marginalmente incluídos. O Governo Vargas foi quem introduziu o papel do Estado assistencialista no Brasil, criando em 1941, através do Decreto Lei nº 3.799, o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), estabelecido com o objetivo de fiscalizar todos os locais que atuavam com crianças e adolescentes, incluindo a investigação das motivações sociais para a delinquência infanto-juvenil e a criação e oferta de tratamentos e encaminhamentos sociais, psíquicos para os casos necessários, motivando a criação das primeiras escolas de Serviço Social do país. No mesmo período é redigido e passa a vigorar o Código Penal de 1940, que confirma a responsabilidade penal a partir dos 18 anos de idade (Silva, 2001).

Segundo Santos (2008), nesta época se explicita a distinção do conceito de “menores” do conceito de “crianças”; o primeiro designaria os filhos de trabalhadores e pobres, de origem negra e indígena e o segundo definiria os filhos das famílias “estruturadas”, ou seja, da elite.

Com o golpe de 1964, o Governo Militar assume o poder do Estado brasileiro e estabelece a Política Nacional de Bem-Estar do Menor, através da Lei nº 4.413 que cria Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FEBEM). Essa instituição passa a ter a atribuição de coordenar as entidades responsáveis por crianças e adolescentes nos diversos estados brasileiros, perpetuando, conforme Santos (2008), o caráter repressor e controlador da infância delinquente no país.

A partir da década de 1970, a discussão da necessidade de redemocratização do país dá origem a propostas e a pressão de movimentos sociais pelo direito à infância, visando à substituição do Código de Menores por uma nova norma que contemplasse não mais a contenção de adolescentes infratores, mas os direitos de crianças e adolescentes brasileiros como um todo e considerando a necessidade de promoção do

acesso dessas pessoas às condições estruturais de vida, educação e desenvolvimento, que deveriam ser de responsabilidade do Estado e da sociedade. Essa nova visão culmina na inclusão do artigo 227 na Constituição Federal de 1988 e na promulgada Lei Federal nº 8.069, de 1990 que institui o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (Santos, 2008).

O ECA, incorporando princípios da declaração dos Direitos do Homem, além da Declaração dos Direitos da Criança aprovadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1989, reorienta as legislações brasileiras no tratamento dado à criança e ao adolescente, inaugurando uma nova matriz que prioriza a cidadania desses indivíduos, foca seus direitos e rejeita a denominação criminalizadora de “menor” até então utilizada. Crianças e adolescentes passam a ser vistos finalmente como cidadãos de direitos pessoais e sociais e as esferas governamentais do Estado passam a ser responsáveis pela implantação de medidas que permitam o exercício desses direitos.

I.3. O Direito à Saúde de Crianças e Adolescentes

O Direito à saúde foi incorporado como direito humano associado ao direito à dignidade da pessoa humana no século XX (Aith, 2009), passando a fazer parte da Declaração de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948:

“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946).

Além da declaração da ONU, o direito a saúde é incluído também no Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (Aith, 2010) e na carta constitucional de diversos países.

No Brasil, o direito à saúde, como parte das conquistas dos direitos sociais (Aith, 2010), foi integrado constitucionalmente com o processo de lutas políticas rumo à democratização do país no período pós-Ditadura Militar, onde mobilizações de vários setores sociais influenciaram a adoção de um novo modelo de Estado Democrático-Social (Dallari, 2009). Assim, além de um novo patamar para a construção de um Estado integrando a participação política de todos os cidadãos, foi incorporado os direitos

humanos e, portanto, também da saúde como situações influenciadas pelas condições de vida, interligando fatores da organização social como determinantes para a cidadania (Aith, 2009).

A partir dessa noção, as pautas discutidas no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e na Conferência Nacional de Saúde, realizados em 1986 (Brasil, 1988) e que explicitam a responsabilidade do Estado pelo desenvolvimento de políticas sociais, enfatizando a saúde como direito conferido a partir de dependentes econômicas e sociais vigentes, foram incorporadas à Constituição Federal Brasileira de 1988 (Dallari, 2009) e, em 1990 também à Lei nº 8.080 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS):

“Art.7 - São condições para o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana¹, a proteção da integridade física e mental”.

(Brasil, 1990b).

A Constituição brasileira, também define a saúde como um direito social e um direito subjetivo público individual (Aith, 2010) e atribui ao Estado a responsabilidade pela efetivação deste direito, por meio de sua proteção, vigilância e promoção. Além da organização e garantia de acesso da sociedade e dos indivíduos à saúde, adotando um sistema de saúde público integral, universal e equânime – o SUS (Brasil, 1988 e 1990b) –, a ordem legislativa e sua construção, bem como o poder executivo e judiciário, passam a ter o dever de garantir a executabilidade deste direito na sociedade.

Integrando a percepção de adolescência, como um grupo populacional com especificidades, a Constituição Brasileira define o indivíduo pertencente a este grupo (tal como a criança), como sendo alvo de ações prioritárias do Estado, determinando que:

Art. 227 – “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

Por isso, o Estado:

Art. 227, I, § 1 – “...promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem”... (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010).

Também o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990a) afirma:

Art. 44, inc. VII – “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente atendimento no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e **assistência à saúde**” (grifo da autora).

Cabe ressaltar que, diferentemente da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que definem a adolescência a partir de “*aspectos psicossociais e de desenvolvimento físico-cognitivo que influenciam a saúde, com os limites cronológicos de 15 a 24 anos (youth) e de 10 a 19 anos (adolescents)*” (WHO, 1986), respectivamente, o ECA define que para termos de aplicação legal no Brasil, adolescentes são aqueles indivíduos que se encontram na faixa etária de 12 até menos de 18 anos de idade.

O ECA é fundamental na construção dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil, porque é a primeira lei que trata da criança e do adolescente enquanto cidadãos de direitos, dedicando toda uma seção (artigos 7º a 18º) sobre o direito à vida e a saúde destes (Brasil, 1990a); esses direitos antes não eram citados no Código do Menor de 1979 (Brasil, 1979), que era direcionado aos menores civis que “*se encontrem em situação irregular*” (art. 1º, § 1º), situação entendida como aqueles infratores, ou privados de liberdade, vítimas de maus tratos pela família ou responsáveis, em situação de perigo moral, privados de representação ou assistência por ausência de responsáveis, ou inadaptados à família ou comunidade (art.2º, inc. I a VI) (Brasil, 1979).

O ECA vai instituir que:

Cap.1 – Art. 1 – “A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Brasil, ECA, 1990a).

Assegurando, entre outras providências:

Cap. I, art. 11- *“...o atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”* (Brasil, ECA, 1990a).

A construção do ECA aporta a saúde como parte dos direitos fundamentais de adolescentes, sob os princípios de direito à liberdade, ao respeito e à dignidade:

Cap. II, art. 15 - *“A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”* (ECA, Brasil, 1990a).

O direito à integridade física é visto como integrante ao direito ao respeito:

Cap. II, art. 17 - *“O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”* (ECA, Brasil, 1990a).

O ECA enfatiza o papel da escola para efetivação dos programas de saúde públicos como importante estratégia de promoção à saúde dos adolescentes:

Cap. 1, art. 14 - *“promovendo programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos”* (ECA, Brasil, 1990a).

Esta associação crianças e adolescentes – escola, já era referida pela Constituição Federal:

Art. 209, VII - *“O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”* (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009).

Neste raciocínio, a Lei nº 9.394 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Brasil, 1996) contempla este papel da escola pública como local de promoção de saúde para o grupo etário de crianças e adolescentes, definindo sua responsabilidade institucional sobre os educando:

Art. 4, VIII - *“O dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”* (Brasil, LDB, 1996).

I.4. Conselhos Tutelares – como espaços de participação social visando à cidadania de crianças e adolescentes

Buscando garantir a continuidade do processo democrático brasileira, evitando possíveis retrocessos e concentração de poder no exercício das ações públicas e afirmando um modelo de gestão estatal que garantisse a participação popular em todos os níveis, a Constituição Federal de 1988 prevê uma série de mecanismos de participação e controle social (Di Pietro, 2000). A garantia de participação e controle foi estabelecida com a integração dos movimentos sociais adotando dispositivos de democracia direta, como os referendos, plebiscitos e propostas de leis pela população, mas também pela inclusão de representantes desta na Administração Pública (Di Pietro, 2000).

*Art. 204, § II - “As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:
...participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (Brasil, Constituição Federal, Brasil, 1988).*

Na área de saúde, além dos Conselhos de Saúde federal, estaduais e municipais, definidos para efetivação das políticas de saúde, destacam-se a participação dos conselhos de categorias profissionais na gestão pública (Di Pietro, 2000), nos quais o CFM – Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem (CFE) possuem presença fundamental devido às especificidades técnicas necessárias aos cuidados de saúde. Além desses conselhos envolvidos diretamente na gestão, vários outros conselhos que atuam direta ou indiretamente na efetivação do direito à saúde, participam da gestão, devido ao caráter interinstitucional e amplo da saúde: conselhos ligados ao meio ambiente, infraestrutura, etc.

Visando os direitos de indivíduos adolescentes, além da interface da saúde com a assistência social e a área de educação, que se mostram como áreas fundamentalmente ligadas ao bem-estar deste público, participam da gestão conselhos profissionais associados a essas áreas (como o conselho de educação) e os conselhos representativos da sociedade civil estabelecidos especificamente para a garantia dos direitos das

crianças e dos adolescentes: os conselhos tutelares e os conselhos da criança e do adolescente de esfera federal, estadual e municipal.

Os conselhos nacional, estaduais e municipais de direitos da criança e do adolescente, respectivamente, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA) e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), têm composição paritária conforme previsto no ECA (Brasil, 1990a) e são órgãos vinculados a secretarias executivas das três esferas de governos. Esses órgãos possuem função deliberativa de políticas de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, buscando dar apoio a conselhos tutelares, avaliar as políticas e atuação dos órgãos governamentais, inclusive propondo modificações nas estruturas públicas e privadas, oferecendo subsídios e acompanhando a elaboração de legislação e orçamentos dos direitos da criança e do adolescente, estabelecendo metas e procedimentos com base nestes índices para monitoramento das atividades relacionadas com o atendimento deste público e ampliar e aperfeiçoar mecanismos de participação e controle social, com esses fins.

A proteção de crianças e adolescentes definida a partir do ECA integrou também a responsabilidade e participação da sociedade civil nas ações do Estado, através da constituição do Conselho Tutelar. Este instrumento participativo, instituído regionalmente por representação popular a partir de eleições diretas, teve como objetivo, assim como outros conselhos propostos pela Constituição de 1988, integrar a participação social:

Art. 131 – “O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei” (Brasil, ECA, 1990a).

Os conselhos tutelares, assim, são órgãos autônomos e de composição popular, também ligados ao poder executivo. Têm atribuição consultiva de assessorar na elaboração de propostas de gestão e orçamento para os planos e programas voltados ao atendimento da criança e do adolescente e atribuição executiva de realizar ações de proteção sempre que os direitos dessas pessoas forem ameaçados ou violados por ação

ou omissão da sociedade ou do Estado, ou por omissão ou abuso dos pais ou responsáveis. Podendo agir, assim, com poder de polícia¹ (Di Pietro, 2011), enquanto órgão jurídico, para atender demandas feitas por crianças, adolescentes e famílias, realizando escuta e orientação, requisitando serviços públicos necessários e aplicando medidas protetivas e realizando encaminhamento ao Ministério Público de infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente, além de fiscalizar entidades governamentais e não governamentais de atendimento a crianças e adolescentes, junto com o Poder Judiciário e o Ministério Público.

Por isso, a constituição dos conselhos tutelares ocorre por representação livre e direta da sociedade, por via de eleições livres e diretas no municípios e localidades:

Art. 132 – “Em cada Município e em cada Região Administrativa do Distrito Federal haverá, no mínimo, 1 (um) Conselho Tutelar como órgão integrante da administração pública local, composto de 5 (cinco) membros, escolhidos pela população local para mandato de 4 (quatro) anos, permitida 1 (uma) recondução, mediante novo processo de escolha (Brasil, ECA, Redação dada pela Lei nº 12.696, de 2012).

O Artigo 136 do ECA, ao determinar as atribuições do Conselho Tutelar, aponta seu caráter orientador com relação às famílias (item II), representativo da criança e do adolescente em nível pessoal (itens III, VIII), ou em âmbito estatal (artigo IX) e “para-jurídico”, ao realizar representações e encaminhamentos judiciais (itens IV, V, VI, VII e X e XI e Parágrafo Único):

“I- atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos artigos. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;

II- atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;

III- promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

¹ A expressão aqui utilizada não se refere ao poder de polícia enquanto ação da corporação policial, mas ao uso na área do Direito que o define como exercício governamental de executar serviços voltados ao registro, fiscalização ou expedição de atos, que é uma atividade da administração pública que limita, disciplina e regula as práticas sociais em razão do interesse público definido pelo Estado.

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.

IV- encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;

V- encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;

VI- providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;

VII- expedir notificações;

VIII- requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;

IX- assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;

X- representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no art. 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal;

XI- representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.

Parágrafo único - Se, no exercício de suas atribuições, o Conselho Tutelar entender necessário o afastamento do convívio familiar, comunicará incontinenti o fato ao Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os motivos de tal entendimento e as providências tomadas para a orientação, o apoio e a promoção social da família”(Brasil, ECA, art. 136, já inclusas alterações da Lei nº 12.010, de 2009).

Ao mesmo tempo, a lei esclarece que o Conselho Tutela r não tem caráter judicial ou policial, não tendo como atribuição realizar ações de “*busca e apreensão de crianças, adolescentes ou pertences dos mesmos*” (item *a* do Artigo 136, ECA, Brasil, 1990), que é atribuição apenas do setor de Justiça, através da figura do oficial de Justiça designado pelo Fórum competente, embora sejam muitas as distorções vistas na atuação de juízes que desrespeitam o próprio ECA e a Constituição Federal a pedido dos conselhos tutelares, com mandatos de busca e apreensão (Folha, 26/11/2011), toques de recolher, etc. (OAB/SP, 2009) – ocorrências que vem sendo combatidas pelo Ministério Público (Folha, 04/03/2011).

De 1990 até hoje, foram efetivados diversos conselhos tutelares em municípios do país. Esses órgãos são permanentes, ou seja, uma vez criados não podem ser extintos, e têm autonomia em suas decisões. Apesar de não ter incumbência jurídica, os

conselhos tutelares são órgãos executivos encarregados de zelar e garantir o cumprimento dos direitos da criança e do adolescente.

Cada Conselho Tutelar é composto por cinco conselheiros eleitos pelo voto da comunidade para um mandato de três anos. O requisito geral para candidatura é que o indivíduo tenha idoneidade moral declarada e reconhecida pela comunidade, idade superior a 21 anos e resida no município.

A expectativa da representação desses sujeitos eleitos é de que sejam porta-vozes da comunidade e atuantes junto a entidades que asseguram os direitos das crianças e dos adolescentes. No município de São Paulo, esses conselhos tiveram convocação de eleições e as posses de seus respectivos conselheiros em 2011, em ato organizado pela Secretaria de Assuntos Jurídicos da Prefeitura do Município de São Paulo. A eleição é livre e universal para os cidadãos paulistanos, com voto secreto realizado em datas e locais divulgados oficialmente para o pleito que estabelece gestão até a eleição de 2014, portanto, estão em atividade 220 conselheiros tutelares no município.

I.5. Os Direitos Sexuais e Reprodutivos

a) Direitos Reprodutivos

Alguns autores, como Corrêa, Jannuzzi & Alves (2003, p.2), defendem que a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos está associada às questões de construção da cidadania moderna, surgidas a partir da Revolução Francesa. Da mesma forma, Gomes (2003, p.55) ressalta que os obstáculos filosóficos e psicológicos, que limitavam a participação da mulher como transformadora da sociedade, passaram a ser rompidos tanto na esfera pública, como na privada, por meio de um constante de conscientização e posicionamento feminino, conquistando direitos rudimentares como o voto, o acesso à educação, ao trabalho e à participação nas decisões familiares.

Outros autores, como Brauner (2003), atribuem à Declaração Universal dos Direitos do Homem pela ONU, de 1948, o marco dessa inclusão enquanto “Direitos Humanos das Mulheres”, de forma a incluí-las com suas especificidades reprodutivas, o que inclusive posteriormente motivou a renomeação desses direitos para *Direitos Humanos*.

Foi o processo de construção do Estado Democrático de Direito que possibilitou as discussões e as lutas feministas e do movimento de mulheres, pautando suas reivindicações. Entre essas demandas, a perspectiva de um novo papel da mulher frente à família, à sociedade e ao Direito, e o papel do Estado nestes processos, orientando debates de ordem filosófica, social e política, que permitirão a construção da nova concepção (Pergorerer, 2010). Esta estará presente na Declaração e o Programa de Ação da conferência Mundial de Direitos Humanos das Nações Unidas, realizada em Viena, de 1993, que define que os direitos das mulheres são direitos humanos, permitindo, pela primeira vez, a introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências da ONU da década de 90 (Barsted, 1994, p.87).

Ao reconhecer a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres como questões prioritárias para a comunidade internacional, começam a incorporar a participação e discussões feministas e pautadas pelos movimentos de mulheres de vários países que se organizam em peso para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada pela ONU no Cairo em 1994 passou a ser vista como importante componente dos Direitos Humanos, reforçados com Conferência da Mulher, realizada em Pequim, em 1995. Ambas as conferências tiveram suas declarações ratificadas pelo governo brasileiro e têm servido como marcos supraleais (Ventura, 2003) em nosso país.

A Conferência do Cairo (ONU, 2006a, p. 34) definiu que a “saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero”, por isso aponta que:

Princípio 8 - “Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde

reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer” (ONU, 2006a, p.43).

Essa abordagem promove um consenso entre a comunidade internacional sobre a responsabilidade dos países com relação à saúde reprodutiva e a saúde sexual, recomendando metas e programas de ação a serem adotados com esses fins.

Assim, o documento final da Conferência de Pequim (ONU, 2006b), define o conceito de direitos reprodutivos na seguinte formulação:

“Os direitos reprodutivos incluem certos direitos humanos que já estão reconhecidos nas leis nacionais e nos documentos pertinentes das Nações Unidas aprovados por consenso. Esses direitos firmam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaçamento dos nascimentos e o intervalo entre eles, e a dispor da informação e dos meios para tanto e o direito a alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva (...). A promoção do exercício responsável destes direitos de todos deve ser a base principal das políticas e programas estatais e comunitários na esfera da saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar” (ONU, 2006b).

Segundo Nascimento (2013), a integração desse direito reconhece a influência da sexualidade sobre a saúde e os direitos da mulher, surgindo num momento em que se reconhece a necessidade de intervenção pública sobre a saúde sexual e reprodutiva. Essa influência é percebida não apenas como um direito da mulher adulta, mas também das adolescentes que, na maioria das sociedades, mantêm vida sexual, tal como explícita o documento da Conferência do Cairo:

“As necessidades de saúde reprodutiva de adolescentes, como um todo, têm sido, em geral, ignoradas até hoje pelos atuais serviços de saúde reprodutiva. A reação das sociedades às necessidades de saúde reprodutiva de adolescentes deve ser baseada em informação que os ajude a atingir o nível de maturidade requerida para a tomada de decisões responsáveis. A informação e os serviços devem ser acessíveis, particularmente a adolescentes do sexo feminino, para ajudá-las a compreender sua sexualidade e protegê-las de gravidezes indesejadas, de doenças sexualmente transmissíveis e dos riscos subsequentes de esterilidade. Isso deve ser combinado com a educação do jovem para respeitar a autodeterminação de mulher e partilhar com ela a responsabilidade em matérias de sexualidade e de reprodução” (ONU, 2006a, p. 69).

Preocupação retomada no ano seguinte em Pequim:

“Como parte desse compromisso, deve-se prestar plena atenção à promoção de relações de respeito mútuo e igualdade entre os homens e mulheres e, particularmente, às necessidades dos adolescentes em matéria de informação e de serviços, a fim de que possam assumir sua sexualidade de modo positivo e responsável” (ONU, 2006b, p.178).

b) Direitos Sexuais e Reprodutivos

Já a questão dos direitos reprodutivos teve início com a questão do respeito à prática sexual e à diversidade surgida na luta contra a aids, a partir do final da década de 1980, incorporando-se a luta pelos direitos reprodutivos, por isso é relativamente recente (Pergorer, 2010). Ele inclui questões sexuais intrinsecamente ligadas às questões reprodutivas que já haviam sido pautadas (fecundidade, prevenção de gravidez, ocorrência de gestações, pré-natal, parto, além dos direitos relativos a tais situações), mas também as questões de natureza sexual não-reprodutiva (DSTs, situação sexual de homens e mulheres, violência, etc.) (Correia; Jannuzzi; Alves, 2003), incluindo uma visão mais abrangente que pauta a cidadania e a qualidade de vida dos sujeitos sexuais (Paiva, 2000). Portanto, configura-se como uma orientação para análise conceitual de pesquisas sobre a realidade, mas também de operacionalização para formulação de programas e políticas públicas.

Segundo a *Family Care International* (FCI, 2000), a saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade” (item a). No documento produzido pela *Health, Empowerment, Rights & Accountability*.(1999, cit. Correa, Jannuzzi & Alves, 2003):

“a saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual

informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa (...), inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações”.

Frente a tais definições, Corrêa, Jannuzzi & Alves (2003), aponta a ambivalência neste conceito, ora visto como questão subordinada à reprodução, ora como questão autônoma e importante por si só e sem ligação com a reprodução, conforme sua serventia.

I.6. Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente Vista sob a Ótica da Violência

Diferente das situações que envolvem a sexualidade cotidiana e suas ocorrências, normalmente pensadas nos direitos sexuais e reprodutivos, as situações de exceção, onde há uso da sexualidade de adolescentes e crianças de forma violenta ou abusiva (abuso ou violência sexual e prostituição) são tratadas de forma direta e explícita na legislação brasileira, demonstrando o empenho da sociedade e coibir e punir a ocorrência de tais práticas. No artigo 227, §4, a Constituição Federal (Brasil, 1988) responsabiliza o combate à violência à família, a toda a sociedade e ao Estado, que têm dever em colocar o público menor de 18 anos a salvo de qualquer forma de violência, crueldade e opressão.

Também o ECA, nos artigos 240 a 241 do Capítulo I, Seção II, aborda os crimes em espécie, salientando o combate ao voyeurismo sexual, à sedução, abuso e violência sexual e à prostituição de crianças e adolescentes:

Art. 240 – *“Produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica, envolvendo criança ou adolescente”* (Redação dada pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241 – *“Vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente”* (redação dada pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241-A - *“Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, distribuir, publicar ou divulgar por qualquer meio, inclusive por meio de sistema de informática ou telemático, fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente”* (artigo incluído pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241-A – *“Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, distribuir, publicar ou divulgar por qualquer meio, inclusive por meio de sistema de informática ou telemático, fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente”* (artigo incluído pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241-B – *“Adquirir, possuir ou armazenar, por qualquer meio, fotografia, vídeo ou outra forma de registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente”* (artigo incluído pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241-C – *“Simular a participação de criança ou adolescente em cena de sexo explícito ou pornográfica por meio de adulteração, montagem ou modificação de fotografia, vídeo ou qualquer outra forma de representação visual”* (artigo incluído pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241-D – *“Aliciar, assediar, instigar ou constranger, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso”* (artigo incluído pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 241-E. *“Para efeito dos crimes previstos nesta Lei, a expressão “cena de sexo explícito ou pornográfica” compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais”* (artigo incluído pela Lei nº 11.829, de 2008);

Art. 244 - *“Submeter criança ou adolescente, como tais definidos no caput do art. 2º desta Lei, à prostituição ou à exploração sexual”* (artigo incluído pela Lei nº 9.975, de 23.6.2000).

O Código Penal (Brasil, 1940), considerando todas as suas reformulações até 2009, estabelece os crimes sexuais nos artigos 213, 215 e 216, o que inclui obviamente, a sua ocorrência contra adolescentes:

Art. 213 - *“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”* (redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009);

Art. 215 – *“ Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”* (redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009);

Art. 216-A – *“Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função”* (artigo incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001).

Além desses, o Código Penal (Brasil, 1940), atribui especificidade a ocorrências sexuais envolvendo menores de 14 anos, considerando que, para efeitos legais, tais são reputados presumidamente pela idade, se configurando enquanto crimes contra “vulneráveis”, embora não precise o que significa esta característica de vulnerabilidade, que fica sugerida como similar a suscetibilidade:

Art. 217 - *“Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”* (artigo incluído pela Lei nº 12.015, de 2009);

Art. 218.- *“Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem”* (redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009);

Art. 218-A - *“Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem”* (artigo incluído pela Lei nº 12.015, de 2009).

O ECA não introduziu mudanças apenas no âmbito da proteção de adolescentes, mas sobretudo passou a reconhecê-los como sujeitos de direitos, ou seja cidadãos com aquisição de certo grau de autonomia, autonomia de jeito de ser e se comportar e se expressar. Apesar disso, o ECA (Brasil, 1990a) não trata do tema da sexualidade enquanto expressão pessoal ou atividade praticada por este público, como também não utiliza conceitos ou temas ligados aos direitos sexuais e reprodutivos exceto quando há referência a situações de violência de violência sexual (que serão discutidas mais à frente).

I.7. Políticas de Saúde em Prol dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes – uma construção em andamento

A partir do conceito amplo de saúde adotado pela OMS, foram se definindo os conceitos de saúde da criança, saúde da mulher e saúde materno-infantil adotados por

vários países. No Brasil, o primeiro documento que inclui itens de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes como direitos, é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983. Ao procurar incorporar a noção de “saúde integral da mulher” são relacionados aspectos incluindo as várias fases/etapas da vida feminina, ou seja, inclusive adolescência.

É importante salientar que a própria denominação “saúde da mulher” adotada no documento introduz o debate político e propostas feministas e do movimento de mulheres da década de 1970, porque além de reivindicar a responsabilidade do Estado sobre a atenção médica por pré-natal e parto de qualidade e uma política de acesso a métodos contraceptivos, os faz a partir de uma ótica do direito na qual a mulher tem o direito decidir sobre seu próprio corpo, deve ser vista em sua integralidade corporal e reprodutiva, ter respeitadas suas escolhas na forma de realizar o planejamento família – concepções distintas das que colocam as mulheres como objetos/alvo de ações de políticas de saúde materno-infantil adotadas, desde 1977, e nas iniciativas de controle populacional (Corrêa; Ávila, 2003).

Nas questões de concepção e contracepção, no entanto, conforme Formiga Filho (1999), só entre 1985 e 1986 o PAISM iniciou de fato suas atividades, que passaram a ser orientadas para a saúde da mulher durante seu ciclo vital e não apenas durante a gravidez e lactação, procurando atender a mais aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar, tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais. Contudo, em nível nacional é polêmico o alcance prático dos princípios teóricos do PAISM, bem como o programa focando as mulheres, o qual exclui práticas de saúde que associam os homens à reprodução.

Assim, antes omissos de programas nacionais, os direitos e a saúde sexual e reprodutiva do adolescente adentra as políticas públicas sob a ótica de direitos, incluindo comportamentos e a própria prática sexual advindas da união da reivindicação de direitos das mulheres.

Conforme Piovesan (2010), a Constituição Federal, no artigo 5º, § 2º, afirma que tratados de proteção de direitos humanos aprovados no Legislativo brasileiro e

ratificados pelo Executivo tem força constitucional, ou seja, passam à qualidade de ordenamentos supralegais a serem incorporados aos preceitos constitucionais, além de se estabelecerem enquanto suscetíveis de denúncia em caso de não cumprimento perante a comunidade internacional¹⁴. Nesse sentido, caberia ao país adequar seus documentos políticos e legislativos à ótica dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes.

Para além desses documentos internacionais, até 2012, a legislação brasileira fez pouca referência aos direitos sexuais e reprodutivos e situações que envolvem a sexualidade cotidiana de adolescentes.

De forma geral e sem fazer alusão específica a adolescentes, ou qualquer faixa etária, a Constituição Federal incluiu, em 1996, o Planejamento Familiar como um “direito de todo cidadão”¹⁵, definindo que:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (art. 226, § 71)⁵.

O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado pelo Ministério da Saúde em 21/12/1989, através da Portaria nº 980/GM (Ministério da Saúde, 1996), com a criação de uma área técnica específica em 1989. A partir disso o Ministério da Saúde brasileiro centrou esforço em incorporar a noção de direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos preconizados pelo ECA, passando a discutir e publicar uma série de manuais que vão orientar a política de atenção ao adolescente.

As “*Normas de Atenção Integral à Saúde do Adolescente*” (Ministério da Saúde, 1993), embora não abordem relações sexuais de adolescentes, aponta aspectos da sexualidade como normalidade no desenvolvimento do adolescente:

“Evolução sexual do autoerotismo até a heterossexualidade - oscilação permanente entre a atividade de caráter masturbatório e o começo do exercício genital aceitando sua genitalidade; o adolescente inicia a busca do parceiro de maneira tímida, mas intensa. Começam os contatos superficiais, os carinhos - cada vez mais profundos e mais íntimos - que enchem a sua vida sexual” (p.38).

Por isso, entre as condutas de risco de adolescentes, está destacada a atividade sexual com risco de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (Idem, Ibidem, p.39).

Da mesma forma, a publicação *“Programa Saúde do Adolescente - bases programáticas”* (Ministério da Saúde, 1996) ressalta a importância do tema da saúde sexual, apontando a sexualidade como específica deste grupo etário, embora não cite o conceito de saúde sexual e reprodutiva:

“A sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual e social que transcende sua base biológica (sexo)...” (Ministério da Saúde, 1996, p.17).

Ao mesmo tempo, atribui responsabilidade do Estado na promoção da prevenção de enfermidades associadas a esta sexualidade:

“A maioria dos jovens entrará na puberdade livre de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de graves problemas sexuais e será responsabilidade da sociedade e dos profissionais zelar para que essa condição se mantenha. Torna-se essencial num programa de saúde do adolescente o treinamento de profissionais para educação e aconselhamento sexuais, além da detecção, encaminhamento e/ou tratamento dos problemas relacionados com a sexualidade” (Ministério da Saúde, 1996, p.18).

Preconiza-se que as ações no SUS respeitem os princípios de autonomia e direitos igualitários de prevenção e cuidado com a saúde deste público, inclusive com relação a suas práticas sexuais e aos direitos de acesso a prevenção de gravidez não planejada e DST/aids (Ministério da Saúde, 2007e).

Esses princípios procuram garantir o princípio dos Direitos Reprodutivos dos quais o Brasil é signatário na Plataforma de Ação do Cairo resultante da Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (ONU, 2006a), que no capítulo VII declara:

§7.3 - *“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência”.*

Perspectiva reafirmada durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995 que também introduz as diretrizes de Direitos Sexuais (Ministério da Saúde, 2005b). Como Direitos Sexuais definem-se:

“Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do/a parceiro/a.

Direito de escolher o/a parceiro/a sexual.

Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.

Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.

Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.

Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.

Direito de ter relação sexual independente da reprodução.

Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/aids.

Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.

Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva”

(Ministério da Saúde, 2006b)

Em 2007 é lançada uma nova Política Nacional de Saúde do Adolescente (Ministério da Saúde, 2014) que entre seus eixos-foco prioritários inclui a saúde sexual e reprodutiva deste público. A Política refere que a abordagem dos temas será feita pelos pressupostos da cidadania e igualdade, orientando a atenção à saúde dos adolescentes através da promoção de saúde, da prevenção de agravos e do fortalecimento das diversas redes de proteção social que atingem e/ou os atendem.

Essa política dá espaço especial à sexualidade, com a publicação “Saúde do Adolescente: competências e habilidades” criando um capítulo específico sobre o tema, e enfatizando a questão de gênero² sobre a análise e intervenção em saúde reprodutiva, principalmente feminina (Brasil, 2008):

“Aplicar uma perspectiva de gênero a favor da mulher tem revelado as múltiplas formas com que a construção social de gênero prejudica a atenção à sua saúde; desde barreiras para o acesso aos serviços médicos devido a esta discriminação até a falta de uma abordagem sensível às necessidades da mulher

² Gênero aqui entendido como as atribuições dadas pela sociedade à formação, papel expectativa do padrão ideal de homens e mulheres, que termina por naturalizar o que seriam atributos masculinos e femininos (Scott, 1995).

por parte dos profissionais de saúde. Embora falte muito no Brasil, e no mundo inteiro, para melhorar o status e as condições sociais das mulheres adultas e adolescentes, a aplicação de uma perspectiva de gênero tem sido sumamente importante” (Brasil, 2008, p.223).

Esses princípios, portanto, não apenas incluem o exercício pelos adolescentes do Planejamento Familiar, garantido na Constituição Federal, mas incluem a atenção em Saúde Reprodutiva durante a gestação, a prevenção contraceptiva e também para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), incluindo a aids, através do acesso facilitado a preservativos masculinos sem a necessidade de apresentação de documentos de identificação que atestem qualquer situação civil ou etária, conforme nota técnica do Programa Nacional de DST/Aids (Ministério da Saúde, 2009).

Por isso, a *“Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens”* (Ministério da Saúde, 2004), define a saúde sexual e a saúde reprodutiva como uma das três linhas prioritárias de ação, a partir do reconhecimento das questões de maior relevância na atenção à saúde de adolescentes e jovens. Procura enforçar assim, o que o ECA dispõe sobre o direito à saúde:

Artigo 4 - “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (ECA, Brasil, 1990a).

O ECA destaca o papel da escola e dos programas de saúde públicos na promoção da saúde do adolescente, dando ênfase ao papel da escola e de ações de educação em saúde como estratégia:

“promovendo programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos” (cap. 1, art. 14)⁶.

Esta associação de crianças e adolescentes com a escola, já era referida pela Constituição Federal, no artigo 208, VII:

“O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009).

Neste raciocínio, a Lei nº 9.394 que define a LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996), define o papel da escola como espaço de responsabilidade da saúde dos seus educandos:

“O dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (art. 4, VIII) (grifo da autora).

Apesar da LDB não fazer alusão à sexualidade ou a saúde sexual e reprodutiva, esta inclusão ficou a cargo das diretrizes técnicas implementadas pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, MEC, 1998), que determinam a discussão da sexualidade e da reprodução como “assunto de grande interesse e relevância social, aprofundando-se diferentes conteúdos em conexão a Orientação Sexual”¹⁷. No entanto, esses foram regulamentados, apenas em 2001, pelo Decreto-Lei nº 7.083, que dispõe sobre o Programa “Mais Educação” (Brasil, MEC, 2010):

*Art. 2, VI “São princípios da educação integral, no âmbito do Programa Mais Educação: a afirmação da cultura dos direitos humanos, estruturada na diversidade, na promoção da equidade étnico-racial, religiosa, cultural, territorial, geracional, **de gênero, de orientação sexual**, de opção política e de nacionalidade, por meio da inserção da temática dos direitos humanos na formação de professores, nos currículos e no desenvolvimento de materiais didáticos” (Brasil, MEC, 2010) (grifo da autora).*

A Lei nº 10.172, que aprova o Plano Nacional de Educação (Brasil, MEC, 2001), onde se estabelece o prazo de três anos para integração desses nos objetivos e metas da formação de docentes de cursos superiores³:

*Parte B, item 4.3, § 12 - “Incluir nas diretrizes curriculares dos cursos de formação de docentes temas relacionados às problemáticas tratadas nos temas transversais, especialmente no que se refere à abordagem tais como: **gênero, educação sexual**, ética (justiça, diálogo, respeito mútuo, solidariedade e tolerância), pluralidade cultural, meio ambiente, saúde e temas locais” (Brasil, MEC, 2001), (grifo da autora).*

³ Apesar de recentemente, em 2014, ter havido um retrocesso onde os temas de sexualidade e gênero não entraram no Plano Nacional de Educação aprovados pela Lei nº 13.005/2014.

I.8. Respeito à Diversidade Sexual como Direito à Saúde

Da mesma forma, procurando contemplar os itens do ECA referentes à liberdade e ao direito ao respeito e a dignidade, o Ministério da Saúde foca a sexualidade, explicitando a garantia de seu livre e pleno exercício, a salvo de coerções e violências e a liberdade de escolhas de parceria, associação e regulação de fertilidade, respeitando os “princípios de confidencialidade e de privacidade e que contemplem as especificidades da adolescência” (Ministério da Saúde, 2005b).

O respeito à diversidade sexual, como identidade pessoal, forma de expressão e parceria, está explicitamente expresso nos Direitos Sexuais que se referendam pelos princípios de liberdade e igualdade que garantem a dignidade da pessoa humana, conforme o artigo 1, inciso III da Constituição Federal (Rios, 1998). Da mesma forma, esses princípios, no que se refere à sexualidade, em especial, dão garantias de proibição e proteção frente a qualquer discriminação sexual infundada, explícitas na aplicação do artigo 5º, inciso I, que assegura a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres; assim, ao concretizar igualdade em matéria de sexo, se alcança o âmbito da orientação sexual homossexual, na medida em que a discriminação de um ser humano em virtude de sua orientação sexual constitui precisamente a discriminação sexual (Rios, 1998).

Não à toa, esta interpretação embasou a formulação em 2001, no Estado de São Paulo, da Lei nº 10.948, que dispõe sobre a discriminação sexual devido à orientação transexual e de gênero em espaço públicos e privados e na ação de servidores públicos dessas minorias sociais (São Paulo, 2001).

A estigmatização de indivíduos por orientação, identidade ou postura sexual também se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil. Apesar de não haver ainda registros oficiais de ocorrências de saúde física e psicológica por estes motivos ligados à homofobia, apenas considerando os assassinados, o GGB – Grupo Gay da Bahia (2008) aponta que a cada dois dias um brasileiro é assassinado devido a sua orientação sexual, o que apenas em 2009 totalizou 195 mortes. Também o disque “Disque Defesa Homossexual”, implementado pela Secretaria de Segurança Pública do

Estado Rio de Janeiro em 1999, registrou 500 denúncias de homofobia, sendo 20,2% por discriminação, 18,7% por agressão física e 10,3% por extorsão, além de 6,3% denúncias de assassinato (Brasil, 2004).

Essa realidade não atinge apenas a população adulta, mas também adolescentes. Estudos vêm demonstrando ocorrências de violências homofóbicas expressas na forma comportamental, verbal ou física em boa parte das escolas brasileiras, como demonstram vários autores (Figueiredo *et al*, 2012; Asinelli-Luz & Cunha, 2012; Souza & Silva, 2011); obviamente situações que afetam o bem estar, a segurança e a saúde desses das vítimas e que, portanto, deveriam também ser alvo de ações de atuação em prol do direito de adolescentes.

No estado de São Paulo, a Lei nº 12.284 (São Paulo, 2006) e no estado do Rio de Janeiro, a Lei nº 5096 (Rio de Janeiro, 2007), assim, como cerca de doze outros municípios brasileiros (Jusbrasil, s/d), também implementaram nos currículos de escolas públicas de suas administração a abordagem da sexualidade e da reprodução como temas associados à saúde.

No mais, o tema da sexualidade é referido nas legislações nacionais enquanto a necessidade de combate à homofobia, através dos Decretos nº 384, que cria o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) (Brasil, 2007) e pelo Decreto nº 6.387 (Brasil, 2008), que aprova o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Em âmbito estadual, o Rio de Janeiro com a Lei nº 3406 (Rio de Janeiro, 2000) e São Paulo com a Lei 10.948 (São Paulo, 2001), além de vinte e quatro outros municípios que configuram leis locais pelo seu combate (Jusbrasil, s/d).

Essas legislações são importantes porque, de uma forma ou de outra, abarcam o tema da sexualidade por uma ótica que inclui e assume a possibilidade de vivência da sexualidade entre adolescentes como ocorrência factual, seja propondo discuti-la em ações de educação em saúde escolar visando a prevenção de gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis (inclusive a aids), seja pelo combate à manifestações de discriminação quando ela é expressa em parceria homossexual – já

que as leis de proteção à discriminação homofóbica atingem todas as faixas etárias, incluindo adolescentes.

Antes do ECA, o controle e a condução pela família e/ou responsáveis legais pela criança e pelo adolescente eram realizados independentemente da opinião do adolescente. conforme orientava o antigo Código do Menor de 1979 (Brasil, 1979 e 1964).

Essa perspectiva refletia concepções morais e religiosas vigentes na sociedade brasileira, derivadas dos princípios de patrimonialidade, pátrio poder e honra familiar de culturas centradas no modelo patriarcal (Figueiredo & Peixoto, 2011). Essas concebiam a subalternidade de mulheres, homossexuais, crianças e adolescentes, vistos como objetos de regulação e não como sujeitos de direitos (Collier, 1995), aprimorando um discurso sexista de violação de direitos de igualdade (Rios, 2006), dirigida principalmente à sexualidade feminina, incluindo crianças e adolescentes, impondo constante desrespeito ao desenvolvimento da sexualidade destes, focando a repressão da sexualidade para a formatação e controle de seus corpos e comportamentos (Foucault, 1988; Reich, 1974).

A construção desses discursos está presente nos conceitos anteriormente utilizados para definir ocorrências com relação a práticas sexuais de adolescentes, principalmente mulheres: desonra, sedução, defloração, etc.; ou, conceitos mais técnicos mais velados como: prática sexual precoce, gravidez precoce, assédio, etc.

No mais, todas as outras legislações que referem à sexualidade e à prática sexual de adolescentes, que se constituem muito mais numerosas, pautam este tema por sua proteção de ocorrências de violência, abuso ou prostituição.

A interpretação de ocorrências da prática sexual de adolescentes abaixo de 18 anos e as importantes atualizações técnicas e modificações jurídicas que vêm ocorrendo nas últimas décadas no Brasil, ainda geram controvérsias e não são conhecidas por toda a população, nem propagadas pela mídia e, muitas vezes, são alvo de desconhecimento

de conselheiros e de discordâncias na sua aplicabilidade pelo Poder Judiciário, conforme atestam exemplos recentes:

- caso de jovem de 19 anos que teve relações consensuais com namorada adolescente de 12 (PJSC, 2012);

- caso de professor que teve relações consensuais com aluna de 14 anos e foi enquadrado não como assédio, mas como abuso sexual (Revista Consultor Jurídico, 2012);

- caso julgado pelo Superior Tribunal de Justiça que julgou prostituição de menores e desconsiderou a alegação de estupro de vulneráveis no caso da prática de sexo com prostitutas menores de 14 anos (Empresa Brasileira de Comunicação, 2012).

Nesse sentido, o estudo da percepção dos conselheiros tutelares quanto ao assunto se faz necessário, apontando as percepções e pré-disposições desses atores na sua atuação pública enquanto zeladores dos direitos dos adolescentes.

II - METODOLOGIA

Isolda tinha 12 anos, Tristão 15? (Tomás da Inglaterra, 1170)

Julieta, 14 anos... Romeu, 16? (William Shakespeare, 1591-95)

Helena de Tróia, 11 anos... Teseu, 16 anos... (Homero na Ilíada e Odisséia, séc. VI a.C.)

II.1. **O**bjetivos do Projeto

O projeto buscou analisar as representações e opiniões de conduta de conselheiros tutelares frente a **práticas sexuais voluntárias** que envolvem adolescentes de 12 a 18 anos incompletos, tanto as hetero, como homoafetivas.

Especificamente objetivou:

a - Conhecer representações e predisposição para atuação de conselheiros tutelares com relação a casos de prática sexual voluntária que envolvem adolescentes na faixa etária de 12 anos a 18 anos incompletos;

b - Conhecer representações e predisposição de ordem moral e/ou legal que orientam as opiniões de conselheiros tutelares sobre sua atuação frente a práticas sexuais voluntárias de adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos incompletos;

c - Conhecer a representação e opinião de conselheiros tutelares sobre o dever de atuação do Conselho Tutelar frente a casos que envolvem práticas sexuais voluntárias de adolescentes de 12 a 18 anos incompletos;

d - Verificar se essas atuações propostas ao Conselho Tutelar pelos conselheiros pesquisados estão amparadas em critérios legais ou morais de análise da prática sexual voluntária entre adolescentes de 12 a 18 anos incompletos;

e - Verificar o conhecimento e a livre utilização de princípios legais quanto aos Direitos Sexuais e Reprodutivos pelos conselheiros tutelares para embasar a análise de casos e a sua prática de atuação no Conselho Tutelar frente aos casos de prática sexual voluntária desses adolescentes.

II.2. **M**etodologia de Pesquisa

O estudo foi realizado no município de São Paulo (SP, Brasil), através de utilização da **metodologia qualitativa e quantitativa**, de análise de Discurso do Sujeito Coletivo.

A metodologia quali quantitativa de análise do Discurso do Sujeito Coletivo procura registrar a diversidade de representações sociais compartilhadas por determinado grupo de pessoas sobre determinado tema, no caso, a opinião de conselheiros tutelares frente às práticas sexuais voluntárias de adolescentes de 12 a 18 anos incompletos. A escolha desta técnica priorizou a sua possibilidade de explorar a amplitude de discursos dos conselheiros tutelares sobre o tema, identificando opiniões e representações sociais mais comuns em seu meio. Ao mesmo tempo, permite o registro de discursos que facilita a construção posterior de materiais educativos de intervenção a partir do enfoque de representações e discursos dos sujeitos pesquisados, facilitando a sua identificação com o tema, resultados obtidos e, portanto, discussão e reflexão sobre o tema, conforme já foi realizado em estudos anteriores (Lefèvre & Lefèvre, 2010).

Ao fazer levantamento das representações sociais, os Discursos do(s) Sujeito(s) Coletivo(s) (DSC) são acessados, permitindo sua visibilidade qualitativa.

a) O conceito de Representações Sociais

Em 1912 Durkheim criou o conceito de representações coletivas, procurando dar ênfase à questão simbólica da sociedade humana (Filho, 2004). Essas representações expressam o pensamento, o conhecimento e o julgamento que os seres humanos fazem sobre tudo, sobre as coisas, as pessoas, as relações etc. Como os indivíduos vivem em sociedade e a partir dela constroem seu imaginário, as representações individuais expressam sempre representações coletivas, isto é, formas de pensar existentes na sociedade.

Jodelet acredita que essas construções mentais que denomina como **representações sociais** surgem da necessidade de orientar o dia-a-dia, constituindo-se enquanto “teorias do senso comum” (Jodelet, 2001, p. 22). Para Moscovici (*apud* Nóbrega, 2003, p.63), enquanto sistema de valores que guia noções práticas instaura uma ordem pela qual os indivíduos se guiam e detêm o meio social e material, permitindo a comunicação social e trocas.

Bourdieu (1992) ressalta que a construção dessas representações sociais se dá dentro de campos onde o indivíduo transita, que lhe inferem referências não só educacionais adquiridas pela tradição (*habitus*), mas de denominação e percepção da realidade absorvidas pela comunicação social, que terminam por guiar os modos de ser, escolhas e práticas de vida desses indivíduos. Nesse sentido, entender as representações sociais, permite entender a forma de pensar, agir e tomar decisões dos indivíduos.

Por isso, a pesquisa de representações sociais possibilita acessar, usando os indivíduos como veículos de expressão do grupo, as diversas representações sociais e opiniões presentes no conjunto social sobre determinado tema, uma vez que toda expressão de natureza simbólica seria em si coletiva e compartilhada socialmente. Para Lefèvre e Lefèvre (2010), a opinião/ação de uma pessoa, nunca é apenas sua, mas representa um conjunto de indivíduos de determinado grupo, ou seja, o indivíduo sempre “reproduz valores” ao pensar um tema (Lefèvre & Lefèvre, 2010).

Essa abordagem que abrange e enfatiza os discursos e experiências dos indivíduos para descrição das percepções, valores e códigos sociais de forma a descrever o imaginário social faz parte da corrente da Antropologia Interpretativa (Geertz, 2008). Busca-se abordar os fenômenos sociais e culturais sem uso à priori de pressupostos teóricos para a coleta de dados, buscando reduzir interferências e pré-conceitos e vieses do pesquisador que possam se sobrepor aos do grupo estudado.

b) Levantamento de Dados

No caso desta pesquisa, foi definido para a coleta dessas representações sobre o tema proposto foi utilizado o uso de questionários individuais contendo questões

fechadas de perfil e percepção de concepção de responsabilidade de adolescente (ex: idade penal ideal, idade para dirigir, idade para beber, etc) e questões abertas que abordaram 5 casos apresentados (histórias fictícias), visando a análise e comentário escrito pelos pesquisados – ver questionário anexo II. Esta coleta foi realizada em visita agendada e realizada pela pesquisadora, onde era feita a apresentação do projeto e seus principais objetivos e aguardada o preenchimento e entrega dos questionários.

c) Conteúdo do Questionário

O questionário utilizado (ver Anexo 1) para o levantamento de dados contou com perguntas sobre o perfil geral do entrevistado, além da apresentação dos temas pesquisados apresentados em casos (histórias), seguidos de questões abertas para livre resposta (ver questionário anexo), abordando situações de prática sexual consensual que envolvam adolescentes (12 a 18 anos incompletos) entre si ou em relações estabelecidas com adultos jovens (acima de 18 até 25 anos):

CASO A - sexo consensual heterossexual envolvendo adolescentes:

Vera tem 13 anos Ela faz 14 anos em dezembro.

Ela namora Rubens de 16 anos há seis meses.

De uns tempos pra cá, a relação começou a ficar mais “quente”, passaram a se agarrar mais e já fizeram sexo duas vezes.

Isso acontece na casa dela à tarde, depois da aula, quando não tem ninguém E Rubens sempre usa camisinha, como aprendeu na escola.

CASO B - sexo consensual homoerótico envolvendo um adolescente e um jovem adulto:

Luís tem 15 anos.

Ele já percebeu que não é como os outros garotos: não se sente atraído por meninas Até já deu alguns beijos e teve relação sexual com uma amiga, mas não sentiu grande emoção.

No ônibus, conheceu Pedro que mora no bairro vizinho.

Pedro tem 18 anos e, após várias trocas de torpedos, chamou-o para dormir com ele em sua casa.

CASO C - sexo consensual heterossexual envolvendo um adolescente e um adulto jovem com desejo de concepção:

Luana mora com a mãe e o padrasto e três irmãozinhos.

Ela tem 16 anos e namora Edu desde os 12 anos.

Agora que Edu fez 18 anos, ela quer engravidar e ir morar com ele.

Além desses casos, 2 (D e E) envolvendo menores de 12 anos estão no instrumento visando análise em estudos posteriores, por isso não serão aqui relatados.

Após cada caso apresentado no questionário, seguem-se 4 questões sobre o mesmo para serem respondida pelos entrevistados (ver questionário - Anexo 1). As questões 1 foram concebidas para todos os casos (A1, B1, C1, D1 e E1) apenas para que os pesquisados distinguíssem sua opinião pessoal sobre os casos, da posição e opinião que teriam enquanto conselheiros tutelares, por isso foram descartadas da análise, já que o objetivo do estudo é descrever e analisar suas opiniões enquanto função de conselheiros tutelares, referentes as questões 2, 3 e 4 de todos os casos. Essas interrogam: - *se o conselheiro acredita que está sendo violado algum direito de algum dos participantes da história relatada* (questões 2); - *qual a atitude que o conselho tutelar deveria ter mediante tal caso* (questões 3); e - *quem seria o possível denunciante da situação, caso fosse levada ao conselho tutelar* (questões 4).

d) Seleção de Participantes e Amostra

Foram selecionados para participar do estudo os conselheiros tutelares presentes em visitas realizadas nos conselhos tutelares existentes no município de São Paulo, formando uma amostra aleatória de conveniência para estudo exploratório e não probabilístico. Atualmente no município de São Paulo existem 44 Conselhos Tutelares locais na cidade de São Paulo.

Zona Central:

1. Bela Vista
2. Sé

Zona Oeste

3. Butantã (Raposo Tavares, Vila Sônia, Morumbi)
4. Lapa (Vila Leopoldina, Barra Funda, Perdizes, Jaguaré, Jaguará)
5. Perus (Anhanguera)
6. Pinheiros (Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista)
7. Pirituba (Jaraguá, São Domingos)
8. Rio Pequeno

Zona Norte

9. Brasilândia
10. Casa Verde (Cachoeirinha, Limão)
11. Freguesia do Ó
12. Jaçanã (Tremembé)
13. Santana (Tucuruvi, Mandaqui)
14. Vila Maria (Vila Medeiros)

Zona Leste:

15. Aricanduva (Vila Formosa, Vila Carrão)
16. Cangaíba
17. Cidade Tiradentes
18. Ermelino Matarazzo (Ponte Rasa)
19. Guaianases
20. Itaim Paulista (Vila Curuçá)
21. Itaquera (Cidade Líder)
22. Jardim Helena
23. José Bonifácio
24. Lajeado
25. Mooca (Belém, Tatuapé, Água Rasa, Brás, Pari)
26. Penha (Vila Matilde, Artur Alvim)
27. São Mateus
28. São Miguel Paulista (Vila Jacuí)
29. São Rafael
30. Sapopemba
31. Vila Prudente (Parque São Lucas)

Zona Sul

32. Campo Limpo (Capão Redondo)
33. Capela do Socorro (Cidade Dutra)
34. Cidade Ademar
35. Grajaú I
36. Grajaú II
37. Ipiranga (Cursino, Sacomã)
38. Jabaquara
39. Jardim São Luiz
40. M'Boi Mirim (Jardim Ângela)
41. Parelheiros (Marsilac)
42. Pedreira
43. Sto. Amaro (C. Grande, V. Andrade, C. Belo)
44. Vila Mariana (Saúde, Moema)

CONSELHOS TUTELARES DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

1. Bela Vista	24. Santana
2. Sé	25. Vila Maria
3. Aricanduva	26. Butantã
4. Cangaíba	27. Lapa
5. Cidade Tiradentes	28. Pinheiros
6. Ermelino Matarazzo	29. Perus
7. Gualanases	30. Santo Amaro
8. Itaim Paulista	31. Vila Mariana
9. Itaquera	32. Jabaquara
10. Jardim Helena	33. Pirituba
11. José Bonifácio	34. Rio Pequeno
12. Lageado	35. Campo Limpo
13. Mooca	36. Cidade Ademar
14. Penha	37. Grajaú I
15. São Mateus	38. Grajaú II
16. São Miguel Paulista	39. Parelheiros
17. São Rafael	40. Pedreira
18. Sapopemba	41. Jd São Luiz
19. Vila Prudente	42. M'Boi Mirim
20. Brasilândia	43. Ipiranga
21. Casa Verde	44. Lapa
22. Frequesia do Ô	
23. Jacaã	

e) Questões Éticas Envolvidas no Estudo

Foram pesquisados apenas conselheiros que confirmaram participação no estudo por meio de termo de livre consentimento esclarecido (TLCE), com resposta ao questionário em situação de isolamento da pesquisadora e com possibilidade de não entrega, abandono ou pulo de questões em suas respostas. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer N° 405.105 de 16/08/2013 (ver anexo III), conforme orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), resolução Nº 466, (Ministério da Saúde, 2012).

f) Análise de Dados

Os dados foram digitados e processados com uso do SPSS para cruzamentos quantitativos e do Qualiquanti *software*, permite o processamento quantitativo e qualitativo dos dados, através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre & Lefèvre, 2010), permitindo comparação de resposta e sua qualificação através da abertura de discursos do sujeito coletivo (DSC) mais comuns, e, posterior quantificação em frequências simples. Isso permite não apenas a identificação dos diferentes discursos emitidos por um mesmo sujeito, mas também a repetição desses discursos no grupo, ao mesmo tempo em que se consegue cruzar tais discursos pelas variáveis de perfil e formatar discursos-sínteses por semelhança de cada categoria de DSC, representando de forma não matemática, nem metalinguística, a expressão de determinado tipo de pensamento sobre o tema (Lefèvre & Lefèvre, 2010).

Para os dados quantitativos que expressão a posição “conservadora” ou não dos conselheiros quanto à autonomia dos adolescentes (questões 13 a 14⁴) foram considerados como parâmetros as idade atualmente atribuídas pela lei e a média das idades atribuídas pelos conselheiros para os diferentes atos/situações, sendo que abaixo

⁴ Excluindo questão 14e que interroga sobre a idade apta para responder criminalmente que costuma ser inversamente proporcional, ou seja, pessoas que tendem a querer restringir a autonomia dos adolescentes, dando-lhes liberdade mais tarde, tendem a querer que respondem criminalmente mais cedo; ao contrário, pessoas que pregam maior autonomia de ações para adolescentes, consideram que a idade para serem criminalizados não deve ser alterada, pois acreditam mais em medidas socioeducativas.

da idade atribuída seriam pessoas com opinião de dar mais autonomia ao adolescente e, acima desta, aqueles com opinião mais restritiva quanto à autonomia do adolescente:

Quadro de Parâmetro base para Avaliar Opinião de Conselheiros sobre Autonomia dos Adolescentes

	Opinião de dar autonomia para o adolescente mais cedo/mais autonomia	Idade hoje atribuída legalmente sem discussão	Opinião de dar s autonomia para adolescentes mais tarde / menos autonomia
Questão 13 - deveria ser considerado como adolescente alguém com...	< 12 anos	= 12 anos	> 12 anos
Questão 14a – deveria poder viajar no país sem necessidade de autorização	< 12 anos	= 12 anos	> 12 anos
Questão 14b – deveria poder dirigir	< 18 anos	= 18 anos	> 18 anos
Questão 14c – deveria poder consumir bebidas alcoólicas	< 18 anos	= 18 anos	> 18 anos
Questão 14d - ter relações sexuais ⁵	< 14 anos	= 14 anos	> 14 anos
Questão 14f – poder residir só	< 18 anos	= 18 anos	> 18 anos

Para a análise da presença ou não de recomendações de direitos e saúde sexual e reprodutiva dos discursos coletivos (DSCs) emitidos pelos conselheiros nos diferentes casos, foram considerados os 12 direitos sexuais e reprodutivos (WAS, 1999; IPPF, 2008):

Quadro dos 12 Direitos Sexuais e Reprodutivos

<p>“1 - Direito à vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nenhuma mulher, em virtude da gravidez, deve ter a sua vida ameaçada ou em risco; - Nenhuma criança deve ter a sua vida ameaçada ou em perigo, em razões de sexo; - Nenhuma pessoa deve ver a sua vida ameaçada ou em risco por falta de acesso aos serviços de saúde e/ou à informação, conselhos ou serviços de saúde sexual e reprodutiva. <p>2. Direito à liberdade e segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toda a pessoa é livre de poder desfrutar e de controlar a sua vida sexual e reprodutiva, no direito pelo respeito dos outros; - Toda a pessoa tem o direito de não ser submetida a intervenção médica relativa à sua SSR, sem o seu pleno consentimento e informação; - Toda a pessoa tem direito de não estar sujeita ao assédio sexual, ao medo, vergonha, culpa ou outros fatores psicológicos que prejudiquem o seu relacionamento sexual ou resposta sexual.
--

⁵ Idade utilizada metodologicamente já que há toda uma discussão sobre a interpretação de 14 anos e atribuição de menores de 14 anos como vulneráveis que é feita no capítulo de Discussão deste trabalho.

3. Direito à igualdade/e de ser livre de todas as formas de discriminação

- *Ninguém deve ser discriminado em relação à sua vida sexual e reprodutiva e no acesso aos cuidados de saúde;*
- *Todas as pessoas têm o direito à igualdade de acesso à educação/informação, incluindo ao aconselhamento e serviços SSR;*
- *Nenhuma pessoa deve ser discriminada, ou vítima de violência, nomeadamente no quadro da vida sexual e reprodutiva.*

4. Direito ao respeito pela vida privada

- *Todos os serviços de SSR, incluindo a informação e o aconselhamento, devem ser prestados com privacidade e garantia de confidencialidade das informações pessoais dos utentes;*
- *Todas as mulheres têm direito de efetuar a escolha autónoma em matéria de reprodução, incluindo as opções relacionadas com o aborto seguro;*
- *Toda as pessoas têm o direito de exprimir a sua orientação sexual, sempre respeitando o bem estar e o direito dos outros;*
- *Todos os serviços de SSR devem estar disponíveis para todos os indivíduos, casais e em particular jovens, na base do respeito pelos seus direitos à vida, privacidade e confidencialidade.*

5. Direito à liberdade de pensamento

- *Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento e de expressão relativa à sua vida sexual e reprodutiva;*
- *Toda a pessoa tem direito à proteção contra quaisquer restrições por motivos de pensamento, crença e religião, no acesso à educação e informação relativas à sua saúde sexual e reprodutiva;*
- *Os profissionais de saúde (não) têm o direito de invocar a objeção de consciência para recusar o fornecimento de serviços de contraceção ou aborto e o dever de encaminhar os utentes para outros profissionais dispostos a prestar o serviço solicitado (não contemplado nos casos de emergência quando esteja em risco a vida de uma pessoa).*

6. Direito à informação e educação

- *Toda a pessoa tem direito a receber uma educação e informação corretas sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, sem estereótipos ou sexismo, de forma objetiva, crítica e pluralista; z Toda a pessoa tem o direito de receber uma educação e informação suficiente, de forma a assegurar que quaisquer decisões relacionadas com a sua saúde sexual e reprodutiva, sejam exercidas com o seu consentimento pleno, livre e informado;*
- *Toda a pessoa tem direito de receber informações completas quanto às vantagens, eficácia ou riscos associados a todos os métodos de regulação da fertilidade e prevenção da gravidez não desejada.*

7. Direito de escolher casar ou não e de planejar a família

- *Toda a pessoa tem direito de ser protegida contra a obrigação de se casar sem o seu pleno consentimento e de aceder aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo casos de infertilidade.*

8. Direito de decidir ter ou não filhos e quando

- *Toda a mulher tem o direito de acesso à informações, à educação e aos serviços necessários a uma maternidade e aborto sem risco, que deve ser acessível, prático e aceitável.*

- *Toda a pessoa tem direito ao acesso à gama mais ampla possível de métodos seguros, eficazes e aceitáveis de regulação de nascimentos;*

- *Toda a pessoa é livre de escolher e de utilizar um método seguro de proteção contra a gravidez não desejada que seja seguro e aceitável para ela.*

9. Direito aos cuidados e à proteção da saúde

- *Toda a pessoa tem direito de beneficiar de um gama completa de serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, incluindo a informação, o aconselhamento em matéria de gravidez e esterilidade, o acesso a todos os métodos de regulação da natalidade e aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, bem como a continuidade na prestação dos mesmos.*

10. Direito de beneficiar dos progressos da ciência

- *Toda a pessoa devem poder beneficiar das novas tecnologias em matéria de saúde reprodutiva seguras e reconhecidas, incluindo as relacionadas com a esterilidade e a contraceção.*

- *Toda a pessoa deve estar protegida contra todos os efeitos nocivos para a saúde e bem-estar, de técnicas empregues e estar informada sobre o assunto.*

11. Direito à liberdade de reunião e de participação política

- *Toda a pessoa tem direito de associação que visa promover o bem estar em matéria de sexualidade e reprodução, e de influenciar os governos para que a saúde e os direitos nessa matéria sejam uma prioridade dos mesmos.*

12. Direito de não ser submetido a tortura e a tratamento desumano ou degradante

- *Todas as crianças têm o direito à proteção contra todas as formas de exploração, especialmente da exploração sexual, da prostituição infantil e de todas as formas de abuso, violência e assédio sexuais; Toda a pessoa tem direito à proteção contra a violação, a agressão, o abuso e assédio sexuais”.*

Por fim toda essa análise é discutida com referenciais teóricos das ciências humanas, principalmente sócio-antropológicos, numa discussão macroanalítica, de forma a atingir os objetivos do estudo.

Para esta tese de Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foram selecionados para análise apenas os dados referentes aos casos A, B e C da pesquisa, que tratam exclusivamente de práticas sexuais de adolescentes (indivíduos conforme o ECA acima de 12 e abaixo de 18 anos).

Os dados relativos aos casos D e E serão analisados posteriormente, já que se configuram como práticas ligadas à sexualidade de crianças e não alvo desta primeira proposta de análise.

III - RESULTADOS

Capitu, 14 anos... Bentinho, 17?
(Machado de Assis, em Dom Casmurro, 1899)

Carlinhos, 12 anos tem sua primeira relação sexual com a negra Zefa Cajá e pega “doença de homem”
(José Lins do Rego, em Menino de Engenho, 1932)

III.1. **C**onselhos Tutelares do Município de São Paulo

Todos os conselhos tutelares localizados no Município de São Paulo foram visitados de 23 de Outubro a 20 de Dezembro de 2013, com agendamento anterior por telefone informando a apresentação da pesquisa.

Desses conselhos, a maioria (25; 56,8%) possui sede própria, mas muitos (15; 34,1%) se localizam nas próprias subprefeituras aos quais pertencem, 3 (6,85) em outros equipamentos públicos, sendo que 1 (2,3%) desses fica dentro de uma delegacia de polícia. A localização em geral é de fácil acesso em centros dos subdistritos com bastante transporte no caso de 23 (52,3%) conselhos, de acesso regular com alguma caminhada em 18 (40,9%) e de difícil acesso, longe de locais de transporte público em 2 (4,5%) dos casos.

Registraram-se ainda 2 (4,5%) conselhos que, apesar do fácil acesso, exigem documentação para entrada no prédio, o que dificulta o livre acesso de adolescentes.

No momento da entrevista, 39 (88,6%) desses equipamentos contavam com viatura própria, 28 (63,6%) com auxiliares administrativos para apoio ao trabalho e 12 (27,2%) com estagiários da área de psicologia.

III.2. **P**erfil dos entrevistados

Responderam à pesquisa 80 (36,4%) conselheiros tutelares de um total de 220 que atuam no município de São Paulo, integrantes de 29 (65,9%) dos 44 Conselhos Tutelares localizados na cidade e visitados. A maioria deles se situa nas regiões mais populosas dos municípios, as zonas leste, sul e norte.

Tabela 1 – Localização de Conselhos Tutelares que responderam à Pesquisa

	responderam		não resp.		total	
	n	%	n	%	n	%
centro	1	2,3	1	2,3	2	4,5
oeste	3	6,8	1	2,3	4	9,1
norte	5	11,4	3	6,8	8	18,2
sul	6	13,6	5	11,4	11	25,0
leste	12	27,3	5	11,4	17	38,6

sudeste	2	4,5	0	0,0	2	4,5
total	29	65,9	15	34,1	44	100,0

Dos 80 conselheiros pesquisados 23 (28,8%) já haviam tido algum mandato anterior como conselheiro tutelar.

Esses conselheiros são, em 2/3, mulheres:

Tabela 2 – Sexo dos Conselheiros Tutelares

Sexo:	Amostra		Conselheiros da Cidade	
	n	%	N	% no N
homens	26	32,5	85	30,6
mulheres	53	66,3	135	39,6
não respondeu	1	1,3	-	-
total	80	100,0	220	36,4

Possuem, no geral, entre 30 e 59 anos, mais da metade tem até ensino superior, sendo que os homens tem escolaridade mais baixa, com Ensino Médio. Entre os que fizeram faculdade, a área de humanas predomina na formação de todos, principalmente Pedagogia (32,6%) e Assistência Social (15,2%). Pouco mais da metade (55,0%) é de religião católica e cerca de 20% evangélicos, metade deles, frequentando esses cultos semanalmente. Do total, 75,0% são casados ou residem com parceiros; 55,0% com filhos, sendo que desses 25,0% tem filhos crianças até 11 anos, 11,4% com filhos adolescentes, 29,5% filhos adultos jovens de 18 a 25 anos e 34,0% filhos adultos acima de 25 anos.

Tabela 3- Nível de Escolaridade, Formação Universitária, Religião e Situação de Conjugalidade

	Masculino		Feminino		não resp.		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária								
até 29 anos	1	3,8	3	5,7	0	0	4	5,0
30 a 39 anos	8	30,8	11	20,8	0	0	19	23,8
40 a 49 anos	5	19,2	20	37,7	0	0	25	31,3
50 a 59 anos	11	42,3	15	28,3	1	100,0	27	33,8
+ 60 anos	1	3,8	3	5,7	0	0	4	5,0
não resp.	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
Total	26	100,0	53	100,0	1	100,0	80	100,0
Escolaridade								
Fundamental 2 compl./incompl.	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
até Ensino Médio compl.; incompl.	13	50,0	19	35,8	0	0	32	40,0
até Superior compl. ou incompl.	12	46,2	31	58,5	1	100,0	44	55,0

pós-graduação	0	0,0	2	3,8	0	0	2	2,5
Total	26	100,0	53	100,0	1	100,0	80	100,0
Profissão por Área								
Humanas	7	58,3	27	81,8	1	100,0	35	76,1
Biológicas	1	8,3	1	3,0	0	0	2	4,3
não resp.	4	33,3	5	15,2	0	0	9	19,6
Total	12	100,0	33	100,0	1	100,0	46	100,0
Formação								
Pedagogos	0	0	15	48,4	0	0	15	34,1
Assistência Social	0	0	6	19,4	1	100,0	7	15,9
Psicologia	0	0	3	9,7	0	0	3	6,8
Direito	3	25,0	1	3,2	0	0	4	9,1
Outros cursos	5	41,7	3	9,7	0	0	7	15,9
não resp.	4	33,3	5	16,1	0	0	0	0,0
Total	12	100,0	31	100,0	1	100,0	44	100,0
Situação de Parceria Afetiva Atual:								
Sem parceria fixa	2	7,7	9	17,0	0	0	11	13,8
Parceria fixa sem residência (namoro/ casamento em casas separ.)	6	23,1	1	1,9	0	0	7	8,8
Parceria fixa com residência	18	69,2	41	77,4	1	100,0	60	75,0
não resp.	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
	26	100,0	53	100,0	1	100,0	80	100,0
Faixa etária dos filhos								
Até 7 anos	2	12,5	0	0	0	0	2	4,5
de 8 a 11 anos	6	37,5	3	10,7	0	0	9	20,5
de 12 a 17 anos	0	0	5	17,9	0	0	5	11,4
18 a 25 anos	3	18,8	10	35,7	0	0	13	29,5
acima de 25 anos	5	31,3	10	35,7	0	0	15	34,1
Total	16	100,0	28	100,0	0	0	44	100,0
Religião								
Católica	15	57,7	29	54,7	0	0	44	55,0
Espírita	3	11,5	4	7,5	0	0	7	8,8
Afrobrasileira (umband /candomb)	3	11,5	1	1,9	0	0	4	5,0
Evangélico pentecostal/ neopentecostal (Assembl. de Deus	2	7,7	11	20,8	1	100,0	14	17,5
Evangélico tradicional não pent.l (Batistas, Metodistas e	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
Outras religiões	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
Ateu/ agnóstico / sem religião	2	7,7	2	3,8	0	0	4	5,0
não resp.	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
Total	26	100,0	53	100,0	1	100,0	80	100,0
Frequência da prática religiosa								
Semanal	11	42,3	29	56,9	1	100,0	41	52,6
Mensal	4	15,4	6	11,8	0	0	10	12,8
Esporádica (casam, batiz, eventos)	8	30,8	10	19,6	0	0	18	23,1
Não frequenta	3	11,5	6	11,8	0	0	9	11,5
Total	26	100,0	51	100,0	1	100,0	78	100,0

A maioria estava na situação de conselheiro tutelar pela primeira vez, porém quase 1/3 (28,8%) estavam num segundo mandato.

Em geral, os casos mais comuns que afirmam receber no Conselho Tutelar são encaminhamentos, na metade dos casos, de abuso e violência sexual (50,0%), seguido por problemas escolares: principalmente baixa frequência e evasão (28,8%), não especificados (25,0%), rebeldia e mau comportamento (6,3%), conflito de professores, alunos e pais (1,3%) além de transferência escolar e demanda por creches (22,5%).

Problemas citados explicitamente envolvendo a sexualidade são referenciados por mais da metade dos conselheiros (referido por pelo menos 50,0%), sendo eles principalmente relativos à violência e abuso sexual:

III.3. **C**oncepção de Adolescência dos Entrevistados

Nem todos os conselheiros tutelares entrevistados tem clareza sobre qual idade define a adolescência na legislação brasileira, 14 (17,5%) deles apontaram idade diferente de 12 anos para esse início, alguns confundindo essa definição com a idade de invulnerabilidade de 14 anos prevista no código penal (3;1,3%); com a idade de 16 anos de autonomia para participação política em votações (1; 1,3%), ou com a maioridade civil de 18 anos (3; 3,8%).

Tabela 4 - Na lei brasileira, adolescentes são pessoas a partir de qual idade?

	n	%
11 anos	4	5,0
12 anos	66	82,5
14 anos	3	3,8
16 anos	1	1,3
18 anos	3	3,8
não resp.	3	3,8
total	80	100,0

Esses conselheiros, em sua maioria, 47 (58,8%) deles) tem opinião de que a idade que deveria definir a adolescência deveria ser distinta da de 12 anos que atualmente é apontada pelo Código Civil brasileiro, sendo idealmente acima dos 13 ou 14 anos.

Tabela 5 - Opinião pessoal de qual deveria ser a idade que definira o adolescente pela lei brasileira

	n	%
10 anos	5	6,3
11 anos	4	5,0
12 anos	22	27,5
13 anos	8	10,0
14 anos	18	22,5
15 anos	7	8,8
16 anos	4	5,0
21 anos	1	1,3
depende	5	6,3
não respondeu	6	7,5
total	80	100,0

Para questões complementares sobre qual consideram a idade ideal para definir a autonomia dos adolescentes quanto a diferentes temas, os conselheiros se posicionaram em todas as opções apontando idades acima da atualmente seguidas pelas legislações:

Tabela 6 – Opinião sobre idade “ideal” para permitir aos adolescentes situações de vida

	viajar no país s/ autorização		dirigir		beber alcoólicos		fazer sexo		residir sozinho		responder criminalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 ou menos	6	7,5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6,3
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,3
12	7	8,8	1	1,3	1	1,3	0	0	0	0	1	1,3
13	0	0	0	0	0	0	2	2,5	0	0	0	0
14	14	17,5	0	0	0	0	9	11,3	1	1,3	5	6,3
15	11	13,8	1	1,3	0	0	6	7,5	0	0	3	3,8
16	19	23,8	10	12,5	5	6,2	14	17,5	10	12,5	10	12,5
17	2	2,5	1	1,3	0	0	5	6,3	2	2,5	0	0
18	15	18,8	48	60,0	32	40	26	32,5	37	46,3	37	46,3
19	0	0	2	2,5	0	0	0	0	0	0,0	1	1,3
20	1	1,3	4	5,0	6	7,5	2	2,5	6	7,5	2	2,5
21 ou +	1	1,3	10	12,5	23	28,8	1	1,3	20	25,0	5	6,3
depende	1	1,3	1	1,3	1	1,3	3	3,6	1	1,3	2	2,5
não resp./não sabe	2	2,5	2	2,5	12	15,0	12	15,1	3	3,8	8	10,0
Total	80	100,0	80	100,0	80	100,0	80	100,0	80	100,0	80	100,0
média	14,9		18,1		18,9		16,6		18,6		16,8	
mediana	15,5		18		18		17		18		18	
moda	16		18		18		18		18		18	

* foram excluídos sempre, em qualquer idade, depende, nunca/não respondeu

Utilizando um ranking de opinião sobre autonomia, formado apenas pelas categorias que indicam autonomies de interesse na área de socialização associadas aos temas abordados na pesquisa (fazer sexo, consumir bebidas alcoólicas, e residir sozinho), temos que 26 (32,5%) dos conselheiros tutelares entrevistados:

Tabela 7 – Opinião de Conselheiros Tutelares sobre situação autonomia de Adolescentes, conforme média de opinião das idades para fazer sexo, consumir bebidas alcoólica e residir sozinho

	n	%
daria mais autonomia ao adolescente	26	32,5
manteria autonomia atual	21	26,3
restringiria mais a autonomia do adolescente	31	38,8
Não respondeu	2	2,5
Total	80	100,0

III.4. **P**ercepções e Opiniões de Conselheiro Tutelares sobre o Caso A

*Vera tem 13 anos. Ela faz 14 anos em dezembro.
Ela namora Rubens de 16 anos há seis meses.
De uns tempos pra cá, a relação começou a ficar mais “quente”, passaram a se agarrar mais e já fizeram sexo duas vezes.
Isso acontece na casa dela à tarde, depois da aula, quando não tem ninguém. E Rubens sempre usa camisinha, como aprendeu na escola.*

Conforme os entrevistados, se casos como esse (A) surgissem no Conselho Tutelar, a maioria teria origem por parte dos pais – pai e mãe- (48,8%), ou só mãe (26,3%) ou familiares não especificados (45,0%), mas também muito por vizinhos (37,5%) e escola (33,8%):

Obs – percentuais não cumulativos.

Com relação a avaliação do desrespeito/prejuízo legal gerado aos envolvidos, os conselheiros se dividem entre aqueles que acreditam ou não que o caso se enquadra numa situação ilegalidade/prejuízo aos direitos dos adolescentes. A maioria dos que creem que não há desrespeito de direitos de adolescentes (entre os que afirmaram “não”) justifica a questão pelo consenso da situação (8,8%), mas se dizem preocupados com a saúde do adolescente frente à possibilidade de exposição a uma gravidez não planejada ou DST, além de outros que justificaram preocupação com implicações no desenvolvimento. Há também os que remetem a exposição da imagem da menina frente à sociedade, justificando que sua prática a deixaria “falada” ou “mal vista” (3,8%).

Já frente aos que acreditam que a situação provoca danos legais aos direitos da adolescente expressam a sua idade menor de 14 anos (6,3%)⁶, por questões relativas à

⁶ Pautada na percepção de necessidade de aplicação do princípio de crime de estupro de vulnerável (artigo 217a do Código Penal (Brasil, 1988), frente ao sexo praticado contra “vulneráveis” (ver capítulo Discussão).

saúde (desenvolvimento, gravidez e DST)⁷, mas também à questão ligadas à preocupações de imagem da menina pautadas no discurso de gênero que remete que elas ficariam “faladas”, “marcadas”, etc. (opinião de 2,5%).

Tabela 8 - Consideram que o Caso apresenta prejuízo ou desrespeito legal aos envolvidos?
(Questão A2)

	Masculino		Feminino		não resp.		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A - Não (não especificou o motivo).	5	19,2	9	17,0	0	0	14	17,5
B - Não, pois não vai contra a lei.	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
C - Não, mas possível gravidez atrapalharia estud	1	3,8	6	11,3	0	0	7	8,8
D - Não, mas há o risco de contraírem uma DST	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
E - Não, mas causa problemas p/ desenvolv./ não é próprio p/ idade dos envolvidos	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
F - Não, mas menina ficará mal-vista/questão de gênero/machismo	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
G - Não, porque foi consensual.	1	3,8	6	11,3	0	0	7	8,8
H - Não, porque estão se prevenindo.	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
J - Não, só problemas psicológicos.	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
K - Não, por outros motivos.	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
Sub-Total “Não” =	11	42,3	30	56,6	0	0,0	41	51,3
L - Não sabe.	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
M - Sim, porque a menina é menor de 14 anos	5	19,2	0	0	0	0	5	6,3
N - Sim (não especificou o motivo).	3	11,5	4	7,5	0	0	7	8,8
O - Sim, há o risco de gravidez não planejada.	2	7,7	4	7,5	0	0	6	7,5
P - Sim, há o risco de contraírem uma DST	0	0	1	1,9	1	100	2	2,5
Q - Sim, causa problemas p/ o desenvolvimento	0	0	7	13,2	0	0	7	8,8
R - Sim, por questões de gênero/machismo	2	7,7	0	0	0	0	2	2,5
S - Sim, pode causar danos psicológicos	0	0	0	0	1	100	1	1,3
T - Sim, pois gravidez prejudicaria os estudos	2	7,7	2	3,8	0	0	4	5,0
U - Sim, prejuízos à família	2	7,7	1	1,9	0	0	3	3,8
V - Não respondeu.	2	7,7	5	9,4	0	0	7	8,8
Sub-Total “Sim”=	18	69,2	24	45,3	2	100,0	44	55,0

Esses discursos relativos aos caso A foram emitidos com tendências do perfil dos pesquisados nas seguintes situações:

Quadro 1: Perfil de Conselheiros Tutelares conforme Categoria de Discurso Emitido Caso A, Questão A2

⁷ Itens mais explorados no item VII de Resultados e no capítulo Discussão.

DSC Questão A2– Tipos de Discurso	Perfil do Pesquisado
A - Não (não especificou o motivo).	Conselheiros que dariam mais autonomia para o adolescente (71,4%), principalmente psicólogos e pedagogos (62,5%), em situação de primeiro mandato (78,6%).
B - Não, pois não vai contra a lei.	Conselheiras mulheres (100%), com ensino superior (100,0%).
C - Não, mas possível gravidez atrapalharia estudos	Conselheiros, em sua maioria mulheres (85,7%), na faixa de 40 a 49 anos (57,1%), com ensino superior ou pós (100,0%), principalmente pedagogos (33,3%), em situação de primeiro mandato, que possuem filhos na faixa etária de adultos jovens (66,7%), que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (71,4%).
D - Não, mas há o risco de contraírem uma DST	que possuem filhos na faixa etária de adolescência ou de adultos jovens (100,0%), com ensino médio (100,0%)
E - Não, mas causa problemas p/ desenvolv./ não é próprio p/ idade dos envolvidos	Conselheiras mulheres (100%), com faixa etária acima de 50 anos, com menos escolaridade (100,0%), em situação de primeiro mandato (100,0%) que acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (100,0%).
F - Não, mas menina ficará mal-vista/questão de gênero/machismo	Conselheiras mulheres (100%), com faixa etária entre 40 e 49 anos (100,0%), com menos escolaridade (100,0%), em situação de primeiro mandato (100,0%).
G - Não, porque foi consensual.	com escolaridade de Ensino Médio (57,11%), em situação de primeiro mandato (71,4%), e que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter igual ou mais autonomia (71,4%).
H - Não, porque estão se prevenindo.	Conselheiros com ensino superior (66,7%), em situação de primeiro mandato (71,4%), que possuem filhos na faixa etária adulta (100,0%), que acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (100,0%).
J - Não, só problemas psicológicos.	Conselheiras mulheres (100%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), em situação de primeiro mandato (100,0%), com ensino superior (100,0%).
K - Não, por outros motivos.	Conselheiras mulheres (100%), em sua maioria acima dos 60 anos (40,0%) e com ensino médio (100,0%), em situação de primeiro mandato (100,0%).
L - Não sabe.	indiferente
M - Sim, porque a menina é menor de 14 anos	Conselheiros homens (100%), da área de Direito (33,3%), que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (80,0%).
N - Sim (não especificou o motivo).	Conselheiros em sua maioria entre 40 e 49 anos (42,9%), que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (66,7%).
O - Sim, há o risco de gravidez não planejada.	Conselheiros da área de Direitos (50,0%), que possuem filhos na faixa etária adulta (100,0%), que acreditam que adolescentes deveriam ter igual ou menos autonomia (100,0%).
P - Sim, há o risco de contraírem uma DST	Conselheiros que já tiveram mandato como conselheiros (100,0%) e que acreditam que adolescentes deveriam ter igual ou menos autonomia (100,0%).
Q - Sim, causa problemas p/ o desenvolvimento	Conselheiras mulheres (100%), em sua maioria entre 40 e 49 anos (42,9%), da área de Direito (50,0%) que já tiveram mandato como conselheiros (57,1%), ue possuem filhos na faixa etária adulta (100,0%) e que em maioria acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (66,7%).
R - Sim, por questões de gênero/machismo	Conselheiras homens (100%), em sua maioria entre 40 e 59 anos (100,0%), Com ensino médio.
S - Sim, pode causar danos psicológicos	Perfil indiferente.
T - Sim, pois gravidez prejudicaria os estudos	Conselheiros em sua maioria entre 50 e 59 anos (100,0%), com ensino superior (100,0%), pedagogos (100,0%), que acreditam que adolescentes deveriam ter igual ou menos autonomia (100,0%).
U - Sim, prejuízos à família	Conselheiros em sua maioria entre 40 e 59 anos (100,0%), pedagogos (100,0%)
V - Não respondeu.	Da área de Pedagogia ou Assistência Social (50,0%).

OBS - ranking sobre autonomia baseado na média de opiniões sobre idade para fazer sexo, consumir bebidas alcoólicas, e residir sozinho.

Nesse sentido, a atitude do Conselho Tutelar frente ao Caso A deveria ser para a maioria não se meter no caso e apenas orientar a família ou realizar encaminhamentos de cuidados, principalmente à adolescente menina: orientar em geral, encaminhar para um psicólogo, para serviços de saúde, para prevenção de gravidez, prevenção de DST, etc⁸. De forma mais dura, 15,2% (DSC M + N + R) dos conselheiros encaminhariam à Polícia Judiciária, ao Ministério Público definindo a situação de “estupro de vulnerável”.

Tabela 9 – Se Conselho Tutelar deveria tomar uma atitude? Qual seria? (Questão A3)

	Masculino		Feminino		não resp.		Total	
	n	%	n	%	não resp.	%	n	%
A - Não (não especificou o motivo).	6	23,1	13	24,5	0	0	19	23,8
B - Não, a responsabilidade é da família.	1	3,8	3	5,7	0	0	4	5
C - Não, pois foi consensual	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
D - Não, porque é na casa da menina	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
E - Só orientar sobre o desenvolvimento e o futuro	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
F - Só orientar (geral)	2	7,7	5	9,4	0	0	7	8,8
G - Só orientar os adolescentes	0	0	5	9,4	0	0	5	6,3
H - Só orientar a família	3	11,5	10	18,9	0	0	13	16,3
I - Só orientando/encaminhando p/ saúde	3	11,5	7	13,2	0	0	10	12,5
J - Só orientar sobre prevenção de gravidez	2	7,7	3	5,7	0	0	5	6,3
K - Só orientar sobre risco de contrair DST	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
L - Só encaminhar ao psicólogo	3	11,5	2	3,8	0	0	5	6,3
M - Encaminhar estupro de vulnerável	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
N - Encaminhar para a polícia judiciária	2	7,7	0	0	0	0	2	2,5
O - Encaminhar p/ outros serviços pertinentes	3	11,5	3	5,7	0	0	6	7,5
Q - Sim (não especificou o motivo)	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
R - Encaminhar ao Ministério Público	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
P - Não respondeu	1	3,8	4	7,5	1	100	6	7,5

Os diferentes DSC - Discursos do Sujeito Coletivo expressos em cada uma dessas categorias sobre a atitude que o Conselho Tutelar deveria tomar frente ao caso A são:

DSC A = “Não, Conselho Tutelar não teria o que fazer nesse caso”.

⁸ Itens relativos à saúde mais explorados no item VII de Resultados e no capítulo Discussão.

DSC B = *“Isso tem que ser orientado pelos pais ou responsáveis. O conselho não deveria porque a responsabilidade deles, cabe aos genitores orientar seus filhos quanto aos cuidados que ele devem ter. É problema da família orientar seus filhos em relação ao sexo”.*

DSC C = *“Em se tratando de consenso dos adolescentes não entenderia como violação de direito”.*

DSC D = *“Não, porque eles estão em casa e na residência dela”.*

DSC E = *“Aconselhando a não ter relações tão jovem, porque isso vai atrapalhar o futuro”.*

DSC F = *“Orientando, mas a responsabilidade será dos pais. Se formos procurados, apenas para orientar de como poderiam agir, mas nunca proibir pois os dois são adolescentes”*

DSC G = *“Nossas atribuições estão expressas no artigo 136 do ECA, porém caso chegasse até o conselho, teríamos que conversar e aconselhar os adolescentes. Se a família da adolescente procura orientação sim, ajudar sobre sua sexualidade. Na minha opinião não caberia a intervenção do conselho, a não ser que os pais nos procurassem, neste caso seriam orientados quando aos acompanhamentos ginecológicos da adolescente e orientá-la, mostrar para o próprio adolescente seus deveres e direitos”.*

DSC H = *“Nessa situação os pais deixaram de fazer sua parte. no máximo, chegando ao conselho, deveríamos orientar os pais, procurando pela família. No caso tirar dúvida e orientar, uma vez que já está rolando a transa. Orientar os responsáveis sobre o caso.. para que os pais dialoguem mais com os filhos. Porque a responsabilidade são dos pais. só oriento a mãe principalmente porque chega até nós completamente transtornada. Depois de conversarmos ela sai daqui mais tranquila. Aconselhar sobre o que está acontecendo ...”*

DSC I = *“Com orientação a procurar sempre um orientador sobre o assunto ... acompanhamento na UBS e quando não faz o acompanhamento cobramos dos pais.. Realizar requisições junto à Rede de atendimento que possam desenvolver o processo de orientação à saúde sexual dos adolescentes em questão. Seria função saúde, que no momento não temos respaldo. Os envolvidos necessitam de serviços de saúde, de orientação etc, eles podem usar do Conselho Tutelar pra fazer seu direito valer”.*

DSC J = *“No dia-a-dia, durante o atendimento com os jovens. colocamos situações que reflitam. E caso venha acontecer, que tenham bastante cuidado, pois a gravidez precoce pode trazer muitas complicações. E encaminhar a adolescente a um ginecologista, mesmo com o parceiro usando preservativo... orientando em relação para se prevenir com gravidez, uma provável gestação precoce.... indesejada”.*

DSC K = *“Com orientações nas escolas e aos pais. Na prevenção... se a adolescente manteve relação sem prevenção ela fará os exames necessários de doenças sexualmente transmissíveis... para se prevenir doenças...”*

DSC L = *“Aconselhando, encaminhar ao psicólogo. O conselho tutelar ele irá orientar e encaminhar a família para atendimento da UBS para psicólogo... Acompanhamento social e psicológico para toda a família”.*

DSC M = *“Como conselheira tutelar esse fato segue como estupro de vulnerável como segue a lei que menor que 14 anos considera não apta de escolhas. A legislação Código Penal diz "estupro de vulnerável" mesmo com consentimento.., assim deverá ser apurado pela polícia judiciária”.*

DSC N = *“Teria que orientar a ambos bem como os responsáveis, aplicando as medidas de proteção pertinentes, e até orientando os pais da menina para elaborarem boletim de ocorrência policial bem como orientar Rubens e seus genitores. Uma vez que por tratar-se de crime, deverá ser de competência da polícia judiciária”.*

DSC O = *“Através de orientação e encaminhamento dos adolescentes para serviços de apoio ... encaminhamos para profissional. ...adolescentes e familiares para órgãos especializados em orientá-los sobre a educação sexual. para órgãos competentes... serviços de proteção da criança e do adolescente”*

DSC Q = *No caso de ser menor e sem autorização da pessoa responsável pela menor”.*

DSC R = *“O conselho sendo acionado poderá ouvir as partes encaminhando relatório ao ministério público...”.*

III.5. Percepções e Opiniões de Conselheiro Tutelares sobre o Caso B

Luís tem 15 anos

*Ele já percebeu que não é como os outros garotos: não se sente atraído por meninas
Até já deu alguns beijos e teve relação sexual com uma amiga, mas não sentiu grande emoção*

No ônibus, conheceu Pedro que mora no bairro vizinho

Pedro tem 18 anos e, após várias trocas de torpedos, chamou-o para dormir com ele em sua casa

Caso situações como essa (B) chegassem ao Conselho Tutelar seriam, em sua maioria, conforme os entrevistados, encaminhados por familiares (36,6%) ou por pais (33,8%):

Obs – percentuais não cumulativos

Com relação ao desrespeito/prejuízo legal gerado aos envolvidos alegaram em sua maioria (61,3%) que o caso não implica em prejuízo legal para os direitos dos adolescentes envolvidos, visto que a relação é consensual (alegação de 7,5%), os adolescentes envolvidos terem mais de 14 anos⁹ (3,8%), que se trata de orientação sexual (2,5%), etc. Chama a atenção os 3,8% que apontam que a situação seria um problema para a família (3,8%) e as que referem que os envolvidos sofreriam preconceito homofóbico na sociedade (3,8%), além daqueles que referem preocupação com a saúde e necessidade de prevenção de DST¹⁰. Entre aqueles que consideram a situação crime com relação a adolescentes, os argumentos mais utilizados são o fato de uma pessoa adulta (maior de 18 anos) estar se relacionando com um adolescente, o que consideram abuso sexual contra o menor (afirmado por 7,5%, além de outros prejuízos que poderiam afetar a saúde, principalmente psicológica (6,3)¹¹ e o preconceito (16,3%):

⁹ O que, portanto, não configuraria crime envolvendo estupro de vulnerável definido no artigo Art. 217, conforme artigo incluído pela Lei nº 12.015, (Brasil, 2009).

¹⁰ Item que será mais explorados no item VII de Resultados e no capítulo Discussão.

¹¹ Item que será mais explorados no item VII de Resultados e no capítulo Discussão.

**Tabela 10 – Consideram que o Caso apresenta prejuízo ou desrespeito legal aos envolvidos?
(Questão B2)**

	Masculino		Feminino		não resp		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A - Não (não especificou)	9	34,6	15	28,3	1	100	25	31,3
B - Não infringe nenhuma lei	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
C - Não há prejuízo, mas é necessário o consentimento dos pais	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
D - Não, mas devem se prevenir c/ camisinha e/ou orientados em relaç. à saúde	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
E - Não, se trata da orientação sexual do adol	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
F - Não, mas há prec. homofóbico pela socied.	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
G - Não, pois foi consensual	2	7,7	4	7,5	0	0	6	7,5
H - Não, pois acima de 14 anos há a liberd sexual	2	7,7	1	1,9	0	0	3	3,8
I - Não, só para a família	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
J - Não, só é necessário orientar o adolescente	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
Sub-totais "não"	18	69,2	30	56,6	1	100,0	49	61,3
K - Não sei	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
L - Sim, se adol. se colocar em risco (não espec)	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
M - Sim, abuso sexual do maior contra o adolec	1	3,8	5	9,4	0	0	6	7,5
N - Sim (não especificou)	3	11,5	1	1,9	0	0	4	5
O - Sim, prejuízo psicológico/encaminh. Psicol.	2	7,7	3	5,7	0	0	5	6,3
P - Sim, há o risco de doenças / DSTs	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
Q - Sim, pois o adolec. é responsab. dos pais	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
R - Sim, por causa do preconceito	0	0	13	24,5	0	0	13	16,3
Sub-totais "não"	7	26,9	25	47,2	0	0,0	32	40,0
S - Não respondeu	2	7,7	4	7,5	0	0	6	7,5

Esses discursos do caso B, foram emitidos por conselheiros com o seguinte perfil:

**Quadro 2: Perfil de Conselheiros Tutelares conforme Categoria de Discurso Emitido Caso B,
Questão B2**

DSCs Questão B2– Tipos de Discurso	Perfil do Pesquisado
A - Não (não especificou)	Conselheiros na maioria em primeiro mandato (76,0%), em sua maioria mulheres (60,0%) assistentes sociais ou pedagogas (61,6%), opinião comum entre 35,7% dos evangélicos.
B - Não infringe nenhuma lei	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), com ensino superior completo (100,0%) e que acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (50,0%).
C - Não há prejuízo, mas é necessário o consentimento dos pais	Conselheiros que já tiveram outro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), com ensino superior completo (100,0%), pedagogas (100,0%), opinião comum entre 100% dos evangélicos e entre aqueles que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (100,0%).
D - Não, mas devem se prevenir c/ camisinha	Conselheiros com ensino médio (100,0%).

e/ou orientados em relaça. à saúde	
E - Não, se trata da orientação sexual do adol	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%) e que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (100,0%).
F - Não, mas há prec. homofóbico pela socied.	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), com filhos na faixa etária adulta (100,0%), metade deles que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (50,0%).
G - Não, pois foi consensual	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), em sua maioria mulheres (75,0%), na faixa etária de 40 a 59 anos (100,0%), em grande parte Assistentes Sociais (50,0%), com filhos na faixa etária adulta (100,0%) e que em maioria acreditam que adolescentes ter menos autonomia (75,0%).
H - Não, pois acima de 14 anos há a liberd sexual	Conselheiros em sua maioria homens (66,7%), a maioria com ensino superior completo (66,7%), que em maioria acreditam que adolescentes ter igual ou menos autonomia (66,7%).
I - Não, só para a família	Conselheiros mulheres (100,0%), com filhos na faixa etária adulta (100,0%) e que acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (100,0%).
J - Não, só é necessário orientar o adolescente	Conselheiros com filhos na faixa etária adulta (100,0%).
K - Não sei	Conselheiros em sua maioria mulheres (66,7%), a maioria com ensino médio completo (66,7%), pedagogas (100,0%), com filhos na faixa etária adulta (100,0%), opinião comum entre 25,0% dos evangélicos e entre conselheiros que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (66,7%).
L - Sim, se adol. se colocar em risco (não espec)	Conselheiros mulheres (100,0%), na faixa etária até 29 anos (100,0%), pedagogas (100,0%) com pós-graduação (100,0%), sem filhos (100,0%), que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (100,0%).
M - Sim, abuso sexual do maior contra o adolec	Conselheiros em sua maioria mulheres (66,7%), a maioria com ensino superior completo (66,7%), com filhos na faixa etária adulta (100,0%) e que acreditam em maioria que adolescentes deveriam ter menos autonomia (66,7%).
N - Sim (não especificou)	Conselheiros em sua maioria homens (75,0%) metade com curso superior em Direito (50,0%), em sua maioria com filhos na faixa etária infantil (66,7%).
O - Sim, prejuízo psicológico/encaminh. Psicol..	Conselheiros homens (100,0%), na faixa etária de 40 a 59 anos (100,0%), com ensino médio completo (100,0%), com filhos na faixa etária adulta (100,0%), metade deles que acreditam que adolescentes deveriam ter igual ou menor autonomia (100,0%).
P - Sim, há o risco de doença	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), sem filhos (100,0%).
Q - Sim, pois o adolec. é responsab. dos pais	Perfil indiferente.
R - Sim, por causa do preconceito	Conselheiros mulheres (100,0%), metade pedagogas (50,0%), a maioria com ensino superior completo (72,7%).

OBS - ranking sobre autonomia baseado na média de opiniões sobre idade para fazer sexo, consumir bebidas alcoólicas, e residir sozinho.

Nesse sentido, a atitude do Conselho Tutelar frente ao Caso B deveria ser:

Tabela 11 – Se Conselho Tutelar deveria tomar uma atitude? Qual seria? (Questão B3)

	Masculino		Feminino		não resp		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A- Não (não especificou o motivo)	8	30,8	17	32,1	0	0	25	31,3
B- Não, probl. que família deve resolver	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
C- Não, trata-se da liberd. sexual do adol.	2	7,7	3	5,7	0	0	5	6,3
D- Não, CT não atua no ir e vir do adolesc	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
E- Não, pois não há violação de direitos	3	11,5	1	1,9	0	0	4	5
F- Sim, orientar (em geral, não especif.)	3	11,5	2	3,8	0	0	5	6,3
G- Sim, orientar o adolescente	1	3,8	3	5,7	0	0	4	5
H- Sim, orientar a família	2	7,7	9	17	0	0	11	13,8
I- Sim, encaminhar para serviços de saúde	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
J- Sim, atuar na prev. do preconceito/homof	2	7,7	6	11,3	0	0	8	10
K- Sim, orientar relações saud.e risco DST	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
L- Sim, encaminhar para acomp. Psicol.	2	7,7	7	13,2	1	100	10	12,5
M- Sim, pois é relação entre um maior de idade e outro menor	1	3,8	3	5,7	0	0	4	5
N- Sim, encam. maior a resp.criminalmente	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
O- Sim, encam. p/ serviços especializados	0	0	5	9,4	0	0	5	6,3
P- Não respondeu	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
Q- Sim (não especificou como)	2	7,7	1	1,9	0	0	3	3,8
R- Não, conselho não tem função de punir	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
S- Sim, verificar o rendimento escolar	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
T- Tem dúvidas/não sabe	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3

Os diferentes DSC - Discursos do Sujeito Coletivo expressos em cada uma dessas categorias sobre a atitude que o Conselho Tutelar deveria tomar frente ao caso B são:

DSC A = *“Não, não há motivo”.*

DSC B = *“Não, cabe aos genitores orienta-lo quanto aos cuidados. A primeira manifestação deve partir da família....”.*

DSC C = *“Trata-se de descobrimento da opção sexual, é caso é particular de cada um, a sexualidade, tentando tratar a situação de maneira que enxerguem com naturalidade. O conselho não proíbe, não se envolve com a "opção sexual" dos jovens e adolescentes”.*

DSC D = *“O conselho tutelar não atua as escolhas de ir e vir do adolescente, só quando se configura a violação de seus direitos”.*

DSC E = *“Não, porque não existe violação de direitos,... ele já responde por seus atos. Os dois já tem idade para ter decisões que não prejudiquem a sociedade. Não sendo um caso que fira os direitos do Luís, não deve haver intervenção do conselho tutelar”.*

DSC F = *“Somente de orientar... procurar conversar. Ajudá-lo, somente para manifestar na questão da orientação e nos cuidados”.*

DSC G = *“Chamando os pais, orientando os mesmos e o adolescente... conversando com o adolescente....”*.

DSC H = *“Comunicando os pais. Orientar os responsáveis sobre o assunto... diria ao familiar ou responsável que o único direito violado é o risco da sua integridade física por dormir fora na casa de um desconhecido sem conhecer a índole e a intenção do rapaz. Chamar os responsáveis e o adulto envolvido... Fazer a família, entendo que muita coisa mudou, principalmente com relação a direitos”*.

DSC I = *“À família sim, de encaminhar para se fazer um tratamento, pois muitas vezes o caso é de saúde, fazer os encaminhamentos que se fizerem necessários na UBS”*.

DSC J = *“O adolescente não pode ser colocado em situação vexatória ou em constrangimento... ficando do lado do oprimido e não do opressor. E com muito feito fazer a família entendo que muita coisa mudou, principalmente com relação a direitos. Então iria orientar a respeito do preconceito. Caso Luiz venha a sofrer com preconceito iria aconselhar os envolvidos para sentirem-se seguros. O direito do adolescente ser preservado”*.

DSC K = *“verificar se ambos têm conhecimento para dar início em uma relação saudável e segura...”*.

DSC L = *“Se houvesse "denúncia" sim. Provavelmente o orientaríamos quanto à descoberta de sua sexualidade e encaminhamento ao psicólogo,...Se o adolescente procurar o conselho ou a família a escola, para ajuda nós faremos o trabalho de psicológico. Encaminhando a família para uma triagem com psicólogo, buscando ajuda, tanto para o adolescente, caso manifestar estar sofrendo por sua opção sexual, quanto para os pais, e familiares aceitarem a situação.... passar no psicólogo, muitas das vezes saúde mental e também a mãe que queria que abrigássemos o filho pela opção não aceita pela mesma. Entendemos que homossexualismo não é caracterizado pela OMS como doença psiquiátrica já há algum tempo e Luís tem direito de receber ajuda do Estado caso também queira deixar de ser homossexual”*.

DSC M = *“Sim, porque o Pedro pela lei já é maior e o Luís é um adolescente. Inicialmente conversando com Pedro em busca de nos informar se o mesmo corre algum tipo de risco, pois está buscando se relacionar com uma pessoa de maior idade. O CT poderia notificar Pedro ou chamá-lo para que o mesmo fosse orientado...”*.

DSC N = *“Se o caso chegar como forma de denúncia, seja por parte da vítima ou anônimo. Encaminhar aos órgãos competentes, delegacia (o denunciado). Pedro pode responder criminalmente”*.

DSC O = *“Caso a situação chegasse ao Conselho Tutelar... encaminharia para o CRAS... encaminhando Luís para programa especializado em orientação sexual....”*

ajudando o adolescente e familiares a esclarecer dúvidas e encaminhar para órgãos competentes que possam esclarecê-los de forma adequada em serviço especializado que pudessem ajudar a se dar com esta situação...”.

DSC Q = *“Acho muito difícil porque nem todos pensamos igual. Temos que nos manifestar sim”*.

DSC R = *“Não, porque o conselho não tá para punir, sim parar proteger”*.

DSC S = *“Pediríamos relatório na escola e passaríamos para outro órgão...”*.

DSC T = *“Não sei, tenho dúvida”*.

III.6. **P**ercepções e Opiniões de Conselheiro Tutelares sobre o Caso C

***Luana mora com a mãe e o padrasto e três irmãozinhos
Ela tem 16 anos e namora Edu desde os 12 anos
Agora que Edu fez 18 anos, ela quer engravidar e ir morar com ele***

Caso situações como essa (C) chegassem ao Conselho Tutelar seriam, conforme os entrevistados, em sua maioria, encaminhadas por pais (33,8%), ou só mães (12,5) e outros familiares (20,0%) ou vizinhos (10,0%):

Obs – percentuais não cumulativos

Com relação ao desrespeito/prejuízo legal gerado aos envolvidos alegaram que a situação não gera tal prejuízo, embora possa gerar outros problemas como prejudicar os estudos (5,0%). Para aqueles que acreditam que implique em prejuízo legal aos envolvidos, foram salientados o fato de ainda serem adolescentes e prejudicar o estudo de ambos:

Tabela 12 – Consideram que o Caso apresenta prejuízo ou desrespeito legal aos envolvidos?
(Questão C2)

	Masculino		Feminino		não resp		Total	
	n	%	n	%	não resp	%	n	%
A- Não (não especificou o motivo)	11	42,3	20	37,7	1	100	32	40,0
B- Não, pois não vai contra a lei	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
C- Não, mas prejudica os estudos	0	0	4	7,5	0	0	4	5,0
D- Se a menina pode tirar título e trabalhar, não há probl.	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
E- Não, mas é cedo para ter filhos	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
F- Não, pois ela é maior de 16 anos	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
G- Não, porque é livre vontade e consenso	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
H- Não, mas deve haver algo errado na família para ela querer sair de casa	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
I- Não, desde que haja consentimento da família	2	7,7	1	1,9	0	0	3	3,8
J- Não, porque o tempo de relacionamento é longo	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
K- Depende de terem consciência da respons. que arcarão	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
Sub-total "Não"	15	57,7	34	64,2	1	100,0	50	62,5
L- Tem dúvida	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
M- Sim, porque são menores de idade	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
N- Sim (não especificou o motivo)	3	11,5	4	7,5	0	0	7	8,8
O- Sim, pois é muita responsabilidade	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
P- Sim, gera constrangimentos	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
Q- Sim, porque não têm maturidade	2	7,7	2	3,8	0	0	4	5
R- Sim, o Estado não atende demandas singulares deles	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
S- Sim, para a menina que poderia ficar sem apoio do parceiro, caso ele não assumisse a paternidade	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
T- Sim, pois afeta os estudos	0	0	3	5,7	0	0	3	3,8
U- Sim, pois prejudica os planos para o futuro	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
Sub-total "Sim"	8	30,8	16	30,2	0	0,0	24	30,0
V- Não respondeu	4	15,4	7	13,2	0	0	10	12,5

Salienta-se na argumentação 1,3% dos conselheiros que referiram (DSC S) preocupação específica com a adolescente que gestaria devido à possibilidade da mesma ficar sem apoio do parceiro pai da criança.

Esses discursos do caso C foram emitidos pelos conselheiros com o seguinte perfil:

Quadro 3: Perfil de Conselheiros Tutelares conforme Categoria de Discurso Emitido Caso C, Questão C2

DSC C2 – Tipos de Discurso	Perfil do Pesquisado
A- Não (não especificou o motivo)	Conselheiros, em sua maioria em primeiro mandato (80,6%), na maioria das vezes mulheres (61,3%), na faixa etária de 40 a 59 anos (74,2%), a maioria com ensino superior (61,3%), em sua maioria psicólogas e assistentes sociais (45,0%).
B- Não, pois não vai contra a lei	Conselheiros que já tiveram mandato (100,0%), que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (100,0%), na faixa etária de 40 a 59 anos (100,0%), pedagogos (100,0%).
C- Não, mas prejudica os estudos	Conselheiros, em sua maioria em primeiro mandato (75,0%), na faixa etária de 30 a 49 anos (100,0%), a maioria com ensino superior (75,0%), com filhos na faixa etária de 18 a 25 anos (100,0%).
D- Se a menina pode tirar título e trabalhar, não há probl.	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), a maioria com ensino superior (75,0%).
E- Não, mas é cedo para ter filhos	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 40 a 49 anos (100,0%), com ensino superior (100,0%), pedagogas (100,0%), com filhos na faixa etária de 18 a 25 anos (100,0%).
F- Não, pois ela é maior de 16 anos	Conselheiros que já tiveram mandato (100,0%), mulheres (100,0%), com ensino superior (100,0%).
G- Não, porque é livre vontade e consenso	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 40 a 49 anos (100,0%), com ensino médio (100,0%), com filhos na faixa etária de 18 a 25 anos (100,0%).
H- Não, mas deve haver algo errado na família para ela querer sair de casa	Perfil indiferente.
I- Não, desde que haja consentimento da família	Conselheiros em sua maioria mulheres (75,0%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), a maioria com ensino médio (75,0%), metade sem filhos (50,0%).
J- Não, porque o tempo de relacionamento é longo	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 40 a 49 anos (100,0%), a maioria com ensino superior (100,0%), que acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (100,0%).
K- Depende de terem consciência da respons. que arcarão	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), com ensino médio (100,0%).
L- Tem dúvida	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), com ensino médio (100,0%), com filhos acima de 25 anos (100,0%).
M- Sim, porque são menores de idade	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), na faixa etária de 50 a mais anos (100,0%), com filhos na faixa etária adulta, acima de 18 anos (100,0%).
N- Sim (não especificou o motivo)	Conselheiros a maioria com ensino superior (66,7%), metade com formação em Direito (50,0%), com filhos na faixa etária adulta, acima de 18 anos (66,7%), que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (66,7%).
O- Sim, pois é muita responsabilidade	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), com formação em Direito (100,0%), com filhos acima de 25 anos (100,0%).

P- Sim, gera constrangimentos	Conselheiros que já tiveram mandato (100,0%), mulheres (100,0%), com ensino superior (100,0%), sem filhos (100,0%), que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (100,0%).
Q- Sim, porque não têm maturidade	Conselheiros que em maioria já tiveram mandato (75,0%), com filhos na faixa etária adulta, acima de 18 anos (100,0%).
R- Sim, o Estado não atende demandas singulares deles	Conselheiros que já tiveram mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 50 a 59 anos (100,0%), com ensino superior (100,0%) e que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter mais autonomia (100,0%).
S- Sim, para a menina que poderia ficar sem apoio do parceiro, caso ele não assumisse a paternidade	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), homens (100,0%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), sem filhos (100,0%) e que em sua maioria acreditam que adolescentes deveriam ter menos autonomia (100,0%).
T- Sim, pois afeta os estudos	Conselheiros que já tiveram mandato (100,0%), na faixa etária de 30 a 39 anos (100,0%), sem filhos (100,0%).
U- Sim, pois prejudica os planos para o futuro	Conselheiros em primeiro mandato (100,0%), mulheres (100,0%), na faixa etária de 30 a 49 anos (100,0%) , psicólogos (100,0%).

OBS - ranking sobre autonomia baseado na média de opiniões sobre idade para fazer sexo, consumir bebidas alcoólicas, e residir sozinho.

Nesse sentido, a atitude do Conselho Tutelar frente ao Caso C deveria ser:

Tabela 13 – Se Conselho Tutelar deveria tomar uma atitude? Qual seria? (Questão C3)

	Masculino		Feminino		não resp		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A - Não (não especificou o motivo)	11	42,3	14	26,4	1	100	26	32,5
B - Não, a responsabilidade cabe só à família	2	7,7	4	7,5	0	0	6	7,5
C - Não, eles já namoram há anos e é normal na idade	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
D - Esclarecer sobre a lei, que exige consentimento dos responsáveis	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
E - Orientar em relação à importância dos estudos, para que não sejam interrompidos	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3
F - Orientar/aconselhar (em geral, não especificado quem e nem como)	5	19,2	7	13,2	0	0	12	15
G - Sim, orientar/aconselhar os adolescentes	2	7,7	10	18,9	0	0	12	15
H - Sim, orientar/aconselhar a família	5	19,2	7	13,2	0	0	12	15
I - Sim, encaminhar para serviços de saúde	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
J - Sim, encaminhar para acompanh. ginecológico	0	0	3	5,7	0	0	3	3,8
K - Orientar sobre cuidados e saúde	1	3,8	1	1,9	0	0	2	2,5
L - Encaminhar para acompanhamento psicológico	1	3,8	2	3,8	0	0	3	3,8
M - Sim, porque ela é menor de idade	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
N - Sim, atuando com prevenção em escolas	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
O - Encaminhar p/ serviços especial./órg. comp	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
P - Não respondeu	1	3,8	3	5,7	0	0	4	5
Q - Sim (não especificou como)	2	7,7	0	0	0	0	2	2,5
R - Verificar relação dos adolescentes com famílias e motivos que a levaram à decisão	0	0	2	3,8	0	0	2	2,5
S - Orientar a emancipação da menina	0	0	1	1,9	0	0	1	1,3
T - Encaminhar uma advertência à família	1	3,8	0	0	0	0	1	1,3

Os diferentes DSC - Discursos do Sujeito Coletivo expressos em cada uma dessas categorias sobre a atitude que o Conselho Tutelar deveria tomar frente ao caso C são:

DSC A = *“Não! Neste caso, o Conselho Tutelar não teria que se manifestar”.*

DSC B = *“Nesta questão os maiores responsáveis por esta situação são os pais, que devem orientar e acompanhar o desenvolvimento dos filhos. O problema da família, ela tem que fazer a orientação, são os responsáveis legais dos adolescentes....”.*

DSC C = *“Não, principalmente por eles já namorarem desde os 12 anos”.*

DSC D = *“Não, porque tem dúvidas se adolescente de 16 anos pode se casar e apenas informamos o que pode ser feito ou não dentro da lei. Isso considerando que haja o consentimento da genitora”.*

DSC E = *“Orientar em relação aos estudos...”.*

DSC F = *“Sim, orientar... que a vida não é brincadeira... aconselhar da melhor maneira possível alguns encaminhamentos de apoio. Pois neste caso não podemos empatar... cada um tem o direito de escolher o que é melhor desde que com responsabilidade e avaliar se este é o melhor momento para tal, mas nunca proibir”.*

DSC G = *“Sim, com orientação ao casal.... teremos que conversar com os adolescente para saber se vamos ficar bem..., deixar a família em harmonia, se for o caso. Orientar Luana conversando com a adolescente....que barriga, filho, é uma coisa muito séria, é para sempre , é uma grande responsabilidade e que ia mudar completamente a vida dos dois e acabar com a liberdade....”.*

DSC H = *“Orientando a família... principalmente os pais da adolescente. Orientar os genitores quanto ao diálogo com os adolescentes envolvidos, para que os mesmos vejam se não está muito cedo pra tal responsabilidade.... orientar os responsáveis para que não ocorra nova gravidez”.*

DSC I = *“Se chegar ao conselho, orientação e encaminhamento para UBS. Acompanhar o caso e encaminhar para acompanhamento da área da saúde”.*

DSC J = *“Sim, orientando a adolescente e encaminhando para o ginecologista, para uma avaliação e preparação,... para ter orientação sexual e acompanhamento ginecológico.... encaminhar ao pré-natal”.*

DSC K = *“Sim...os cuidados a serem tomados. Orientação para saúde...”.*

DSC L = *“Sim. Encaminhando para ajuda psicológica... acompanhamento psicológico”.*

DSC M = *“Sim, porque ela ainda é menor”.*

DSC N = *“Sim. O conselho atua com trabalhos preventivos, palestras nas escolas, com os alunos e em outros momentos com os adolescentes... através de visitas ... nas escolas, dando palestras...”*.

DSC O = *“Se acionado sim, orientando e encaminhando para os órgãos competentes... para o CRAS acompanhar Luana”*.

DSC R = *“Sim, procurar saber o motivo que ela quer engravidar para ir embora com o namorado... através de visitas na família... procurando ver como é o relacionamento dos adolescentes com a família, etc”*.

DSC S = *“Apenas se não houve acordo entre os responsáveis, aonde orientaríamos a emancipação e principalmente um diálogo familiar”*.

DSC T = *“....responsabilizar s pais em relação desse namoro, que já tem 4 anos. advertir os pais...”*.

III.7. Percepções e Opiniões de Conselheiro Tutelares Com Relação à Saúde em Geral e à Saúde Sexual e Reprodutiva

Considerando as respostas dos diferentes casos com relação às categorias (DSCs) ligados à saúde temos que:

a) Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva no Caso A:

Itens relativos à saúde são utilizados (Questões A2) como preocupação por aqueles que consideram o caso como uma situação de não criminalidade frente aos direitos do adolescente nos DSCs C (risco de gravidez), D (risco de DST), E (problemas de desenvolvimento) e E (problemas psicológicos), totalizando 12,7% de referências no total. Aqueles que veem criminalidade na situação também utilizam discursos relativos à saúde nos DSCs O (apenas haveria risco de gravidez), P (apenas haveria risco de DST), Q (apenas poderia/iria prejudicar desenvolvimento), S (apenas poderia causar/causaria dano psicológico) e T (ocorrência de gravidez poderia prejudicar os estudos), totalizando 45,1%. Isso totaliza a presença do argumento saúde em 57,8% das justificativas, sendo que relativos à saúde sexual e reprodutiva especificamente (C + D + O + P + T) temos cerca de menos de 1/3 (31,5%) dos argumentos.

Frente a essas percepções, os encaminhamentos (Questão A3) relativos à saúde totalizam também quase 1/3 (28,9%) dos encaminhamentos sugeridos: itens I (encaminhar à saúde – não especificou que serviço), J (encaminhar prevenção de gravidez), K (encaminhar para a prevenção de riscos de DST) e L encaminhamento psicológico; sendo que excluindo este último DSC, portanto, 22,6% referem-se a encaminhamentos em saúde sexual e reprodutiva.

b) Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva no Caso B:

Itens relativos saúde são utilizados (Questões B2) como preocupação daqueles que não consideram o caso como uma situação de criminalidade ou desrespeito aos direitos do adolescente nos DSCs D (devem se prevenir com camisinha frente ao risco de DST), somam 2,5%. A criminalidade utiliza discursos relativos à saúde nos DSCs O (problemas psicológicos) e P (risco de doenças /DST), totalizando 8,8%. Portanto foram referidos 11,3% argumentos explicitamente relativos à saúde no total, 5,0% (DSCs N + P) explicitamente ligados à saúde sexual e reprodutiva.

Frente a essas percepções, os encaminhamentos (Questão B3) relativos à saúde totalizam também quase 1/3 (28,9%) dos encaminhamentos sugeridos: itens I (encaminhar à saúde – não especificou que serviço), J (encaminhar prevenção de gravidez), K (encaminhar para a prevenção de riscos de DST) e L encaminhamento psicológico; sendo que excluindo este último DSC, portanto, 22,6% referem-se a encaminhamentos em saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, podemos salientar utilizando o conceito de vulnerabilidade social que o item R (orientar/proteger o preconceito homofóbico) bastante significativo, com presença de 16,3% (questão B2), que remete a (Questão B3), também se conforma como uma ação de saúde sexual e reprodutiva na medida em que promove empoderamento da expressão de minorias sexuais amplamente vulneráveis em saúde devido ao preconceito.

c) Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva no Caso C:

Itens relativos à saúde não são explicitados (Questões C2) como **justificativa para determinar a situação de criminalidade ou não do caso** e desrespeito aos direitos do adolescente. Somente são discutidos impactos gerais sociais de uma possível gravidez, principalmente nos estudos. No encaminhamento da situação (Questão C3), os conselheiros tutelares citam encaminhamentos de saúde (DSCs I, J, K e L) em 12,6% das justificativas, incluindo busca de ginecologistas (DSC J) e encaminhamento psicológico (DSC L), com 3,8% das opiniões.

Ou seja, com relação à percepção de riscos e proteção de saúde sexual e reprodutiva envolvidos nos 3 casos que envolvem práticas sexuais de adolescentes, os conselheiros tutelares (mas não todos) têm até certa percepção de impacto quando envolvem relações heterossexuais e praticamente nenhuma percepção quando envolve relações homossexuais. Porém apenas uma minoria efetivamente se preocuparia em fazer esses encaminhamentos em prol da proteção da saúde sexual e reprodutiva desses adolescentes:

Quadro 4 – Percepção de Impactos e Atitudes frente a Saúde Sexual e Reprodutiva (para os Casos A, B e C)

Caso	Percepção de impactos de Saúde	Percepção de impactos na Saúde Sexual e reprodutiva	Fariam encaminhamentos de Saúde Sexual e Reprodutiva
A – Situação de relação sexual de adolescente envolvida em contato heterossexual	57,8%	31,5%	22,6%
B – Situação de relação sexual de adolescente envolvida em contato homossexual	11,3%	5,0%	22,6%
C – Situação de relações sexuais entre adolescentes heterossexuais com desejo de engravidar	16,3%	38,9%	12,6%

IV – DISCUSSÃO

Carlinhos, 11 anos, descreve sexo entre meninos...
(Raul Pompéia, em O Ateneu, 1988)

Maria mãe de Jesus engravidou aos 13/14 anos?
(Evangelho de Mateus, ano 70 dC.)

IV.1. Qual Papel o Conselho Tutelar vem Desempenhando na Promoção da Saúde e nos Direitos e Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes?

A pesquisa aponta o plano simbólico do sistema de crenças e representações (Lefèvre & Levrefre, cit. Jodelet, 2012, p.21) dos conselheiros tutelares e suas dificuldade dos Conselhos Tutelares em lidar com as práticas sexuais de adolescentes, o que implica, portanto, dificuldade em promover os direitos e a saúde sexual e reprodutiva deste público. Como aponta Scheinvar (2009), há falta de qualificação e preparação dos conselheiros em vários âmbitos dos direitos humanos. Quanto à saúde e os direitos sexuais e reprodutivos destacam-se todos aqueles casos que se colocam fora do trinômio lugar comum “vítima-violência-violador” para o qual, normalmente, essas instituições e membros são preparados; por este motivo, esses representantes têm dificuldade de se posicionar na defesa dos adolescentes como sujeitos de direitos pelo novo trinômio “sujeito-direito-executor do direito”.

Uma das razões observadas para tal dificuldade é a preparação dos conselheiros, geralmente voltada para averiguar casos de abuso físico e violência sexual¹² onde o/a adolescente é vítima de outro ser humano, o que não inclui ocorrências onde este é interessado/a pela prática sexual, quando normalmente é tolhido por desejá-las por várias instituições (como a família, a comunidade, a escola e a igreja), que não respeitam seus direitos e se omitem nas orientações de condutas de promoção de direitos, principalmente quanto a sua saúde preventiva¹³. Ao enxergar em suas ações toda prática sexual de adolescentes como violência, os conselheiros tutelares terminam empregando a mesma lógica de violência aplicada às ocorrências de abuso infantil contra crianças, desconsiderando o desenvolvimento e o desejo dos/as adolescentes quanto à sexualidade e, invariavelmente, orientando-os/as com a mesma lógica de

¹² Cabe salientar que a autora deste trabalho não considera menos importante a preparação, iniciativas e a realização de ações da sociedade em geral, incluindo as do poder público e dos Conselhos Tutelares, frente às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes ‘reais’ que também são um problema de saúde pública (Habigzang, Azevedo, Koller & Xavier, 2006), porém essas não são alvo deste trabalho.

¹³ Com relação à atenção e postura dos conselheiros tutelares frente a essas situações sexuais consensuais que envolvem adolescentes, a autora não encontrou nas plataformas de pesquisa gerais (LILACS BIREME, etc.) nenhuma produção bibliográfica que fizesse tal análise com relação a atuação dos Conselhos Tutelares para esses casos.

moralidade da sociedade, realizando *“o julgamento sobre o comportamento sexual dos jovens e a forma como este deve ser”*, como apontam Nascimento & Scheinvar (2007, p.153).

Essas situações também são de difícil levantamento, dependendo de uma análise de caso a caso, Conselho a Conselho, uma vez que a síntese dos registros disponibilizadas pelos Conselhos Tutelares costuma registrar a situação genericamente como “abuso” ou “violência sexual” (Bazon, 2008).

Outro aspecto importante verificado nos resultados do estudo é a falta de tempo dos conselheiros tutelares para buscar informações e atualizações sobre esses temas que envolvem as práticas sexuais “de desejo” dos/as adolescentes, aquelas consensuais, bem como os encaminhamentos necessários visando garantir à saúde e os direitos sexuais e reprodutivos que seriam intrinsecamente ligados a essas situações. Esses profissionais, além de não serem formados em suas funções para estes casos, não contam com apoio técnico de profissionais especializados da área Social, de Direitos, Psicologia, etc. (Neves, 2014, p.45) e no cotidiano são “atropelados” por uma série de atribuições extras que lhes são designadas e que lhes sobrecarregam o tempo (Gracia, 1995), situação que se agrava quando observamos que mais de 1/3 dos Conselhos pesquisados se encontram dentro de prédios da administração pública (subprefeituras).

Essas outras tarefas observadas, que colocam os Conselhos Tutelares num papel entre o “técnico e o político” (Moraes, 1997), claramente se observam atividades que seriam de incumbência de órgãos executivos públicos ligados à administração direta e não a um conselho de leigos representantes da sociedade civil, como por exemplo, o controle de evasão escolar que vem lhes sendo atribuído – que repleta de fluxos burocráticos entre escolas e conselhos, pouco soluciona os casos –, situação em que secretarias de educação municipais se isentam de executar tal monitoramento visando solucionar a origem dos problemas; também o acompanhamento de adolescentes infratores em situação de semiliberdade é atribuído inadequadamente como função do Conselho Tutelar, isentando que secretarias de segurança incorporem em suas ações relativas aos adolescentes em situação criminal a obrigatoriedade de monitorar as condições de pós-condenação, pós-internação e inserção ou reinserção familiar e social desses indivíduos, solidificando a tendência de atribuições de caráter punitivo dessas

secretarias; não à toa, a pesquisa aponta que um dos Conselhos Tutelares pesquisados estava localizado dentro de uma delegacia de polícia.

Se questões relativas à prática sexual em geral envolvendo adolescentes, já são de difícil lida pelos conselheiros quando não envolvem abuso e violência propriamente dita, pelo menos se observa que existe certa convergência de posições e opiniões dos conselheiros frente às relações heterossexuais de meninas com meninos – provavelmente devido a grande ocorrência social nas localidades e entre os públicos que recorrem a esses Conselhos, visto que namoros, práticas sexuais e até gestações entre adolescentes são na população brasileira que se utiliza de equipamentos públicos. De forma inversa, com relação à ocorrência de práticas sexuais que envolvem meninos adolescentes com outros meninos ou rapazes (relações homossexuais), observa-se muito maior divergência na opinião/representação dos conselheiros quanto às condutas que devem ser adotadas e orientadas.

Antes de discutir cada item dessas práticas sexuais adolescentes, cabe salientar que o Conselho Tutelar é o único conselho constituído após o processo de democratização do Estado brasileiro que não tem em sua constituição representantes dos próprios interessados, isto é, crianças e adolescentes. Sua composição é formada por “outros”: os adultos – que são delegados para lhes representar. Especificamente no caso dos adolescentes, esse detalhe não deve ser desconsiderado, visto que é fundamental para a discussão do tema deste trabalho, uma vez que invariavelmente adultos podem (por questões morais, má formação de sua função no Conselho, conhecimento próximo das redes familiares, etc.), não vir a representar os interesses dos/as adolescentes, mas sim representar os interesses dos próprios adultos e famílias da comunidade e sua moralidade contrariando os interesses de adolescentes, já que a “sociedade adulta” nem sempre corrobora com as vontades e as práticas deste público, principalmente no que tange à sexualidade e, no geral, até se opõe a elas, principalmente quando se tratam de adolescentes meninas e homossexuais. Nesse sentido, o Conselho Tutelar, na prática, passa a representar interesses da “sociedade adulta” ao invés dos interesses e direitos da “sociedade adolescente” quando se tratam de temas tabus, visto que vêem adolescentes como indivíduos subordinados e

dependentes da vontade adulta e semi-incapazes, adotando a mesma lógica que os definia antes como “menores”.

Assim, cabe o questionamento: qual seria o papel dos Conselhos Tutelar frente aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes que inerentemente estão em fase de início de suas práticas afetivas e sexuais, inclusive homossexuais? Eles veem esses sujeitos como indivíduos com direitos à vivência da sexualidade ou reproduzem um discurso antigo destes enquanto pessoas que devem ter sua sexualidade tutelada aos desejos da família?

De forma geral, para outros assuntos, os dados da pesquisa realizada apontam que a maioria dos conselheiros possui um padrão que pode ser considerado “conservador” com relação à autonomia de adolescentes, apontando que deveriam ter, em geral, igual ou menor liberdade do que exercem atualmente em diferentes temas. Com exceção da maioridade penal, que muitos defendem para considerar a possibilidade de puni-los mais severamente caso pratiquem ações criminosas, todos os outros itens que indicam liberdade de decisão e ir e vir, que circundam o tema alvo desta pesquisa (fazer sexo, dormir fora, dirigir, consumir bebidas alcoólicas, etc.), foram considerados competências/atitudes que deveriam ser adquiridas/permitidas mais tardiamente aos adolescentes.

Com relação às práticas sexuais, especificamente, vários conselheiros tutelares reproduzem discursos morais presentes socialmente que reafirmam discriminações sociais e culturais frente ao adolescente sexuado, além de ter pouca percepção de riscos e atitudes de encaminhamento para garantir a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos desses adolescentes, sobretudo as ignoram quando se trata de relações sexuais de parceria homoerótica. Igualmente aos problemas de falta de comunicação com outras áreas e órgãos públicos já notadamente descritos nas situações de violência sexual (Habigzang, Azevedo, Koller & Xavier, 2006), os Conselhos Tutelares não tem interlocução com equipamentos de saúde e assistência social para orientar e cobrar atendimentos às necessidades de saúde e direitos sexuais dos adolescentes que mantém relações sexuais em consensualidade.

IV.4. Prática Sexual Adolescente: problema ou fenômeno recorrente?

Com relação à situação de vivência da prática sexual por adolescentes, é importante ressaltar que os conselheiros apontam divergências em suas opiniões, embora no geral possamos considerar que a questão de gênero¹⁴ esteja presente em suas posições, apontando mais preocupação com relação à prática sexual das meninas, remetendo que as mesmas podem levar à gravidez, prejudicando o desenvolvimento escolar delas, afetando seu preparo profissional, fatores que poderiam refletir em menores padrões sociais e econômicos, além de prejudicá-las com relação à saúde, principalmente com aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Porém, chama a atenção que além desses prejuízos, os conselheiros apontem que a prática sexual de adolescentes meninas poderia prejudicá-las moralmente, frente à desqualificação pública e a má falação social ou comunitária a que ficariam sujeitas. Tais respostas demonstram que os conselheiros tutelares em quase sua totalidade reproduzem os padrões de gênero dominantes em nossa sociedade, que naturaliza a sexualidade, desejo e manutenção de relações sexuais por adolescentes homens, porém considera a sexualidade, desejo e relações sexuais por adolescentes mulheres inadequadas e problemáticas.

a) Reflexões sobre o Caso A - Prática Sexual de Meninas e a Questão de Gênero

Desde o primeiro censo demográfico brasileiro, realizado em 1872 ainda realizado no Império, pouco depois da Lei do Ventre Livre de 1871 (Paiva *et al*, 2012), constata-se que no Brasil, mulheres abaixo dos 18 anos já eram casadas e muitas tinham filhos, descortinando a prática sexual das adolescentes no total de 10 milhões de habitantes da época (15,24% representado pela população escrava). Autores apontam que também no Brasil Colônia, a mulher era vista como jovem reprodutora e instruída para o casamento, tanto pela Igreja como pelo Estado (Benini, 2011), que as educavam

¹⁴ Gênero aqui entendido como as atribuições dadas pela sociedade à formação, papel expectativa do padrão ideal de homens e mulheres, que termina por naturalizar o que seriam atributos masculinos e femininos (Scott, 1995).

e vigiavam desde a infância para a ocorrência deste evento (casamento) que ocorria na própria adolescência, em média aos 14 e 15 anos, geralmente com homens mais velhos (Oliveira *et al.*, 2011). Da mesma forma, durante a República, incluindo a virada para o século XX, a Constituição Brasileira de 1922, procurando dar limite mínimo para o casamento feminino, define a idade ideal para a mulher se casar e ter seu primeiro filho, os 16 anos (Oliveira *et al.*, 2011), ou seja na adolescência.

O conceito de liberdade em situações de prática sexual de adolescentes, portanto, sempre foi relativo e associado ao interesse social do momento histórico, mas sempre houve severa disciplina ou vigilância moral da família, que considerava não cumprir tais recomendações socialmente definidas como “adequadas” um atentado à honra familiar (Abreu, 2000). Em situações fora da regularidade, ou seja, do casamento não recomendado ou não consentido pela família, eram instituídas legislações e processos jurídicos que tornavam criminosa a prática sexual realizada – definida geralmente como “defloração” –, de forma a caracterizar e a garantir a educação ou os considerados “bons comportamentos” de uma adolescente, já que a sexualidade adolescente era vista como patrimônio da família, parentes ou patrões (Joffily & Costa, 2005). Embora a idade de casamento pudesse ser até abaixo de 18 anos, casamentos eram associados à interferência familiar, pois menores de 21 anos necessitavam de consentimento paterno e materno para realizá-los (Abreu, 2000).

No início do século XX, segundo Joffily & Costa (2005), os valores de honra e virgindade exerciam pressão sobre as adolescentes, pois representavam proteção e controle social simbólicos sobre elas; adolescentes que seguiam seus desejos sexuais ou amorosos não deixavam de existir, mas eram consideradas “em desgraça”, dano que só seria reparado pelo casamento. A moça “desvirginada” era condenada moralmente; apesar disso, passava a ser vista como adulta independente, por isso o peso da estigmatização era a única forma de ter o controle de sua própria sexualidade, com certas liberdades não permitidas às virgens (Joffily & Costa, 2005).

Essa visão de construção patriarcal sobre os corpos femininos formulou uma educação de gênero incutida enquanto hábito social na sociedade brasileira até hoje. Antigas denominações utilizadas pelas adolescentes sexualizadas são apenas atualizadas

com outros jargões: de “desgraçada”, “perdida”, “desvirginada”, “da vida”, “meretrizes”, hoje são chamadas “fáceis”, “vadias” ou “galinhas” e “vacas”, utilizando aproximação com comportamentos de animais “parideiros” (Rector, 1994), ou até mesmo de “putas”. Demonstrando a grande ascendência das opiniões sociais sobre os comportamentos sexuais de adolescentes meninas atualmente.

A questão de gênero é tão expressiva nesta questão que na pesquisa nenhum conselheiro tutelar referiu argumento associando desvantagens da prática sexual de adolescentes homens, como atribuiu a das meninas, nem com relações a expectativas e frustrações subjetivas. A única preocupação psicológica quanto ao início de práticas sexuais masculinas referidas enquanto necessidade de algum apoio emocional, geralmente “apoio psicológico”, tange às ocorrências que envolvem meninos que estabelecem relações sexuais e parcerias homoafetivas.

Com relação às adolescentes meninas, os Conselheiros Tutelares ainda aferem à prática sexual como um evento automaticamente associado à exposição à gravidez não planejada, mantendo discursos criados quando não havia ou havia pouca disponibilidade de contraceptivos disponíveis no país. Ao invés de dissociarem o sexo da gravidez, divulgando a disponibilidade ampla dos mais de sete tipos de métodos contraceptivos reversíveis, cientificamente indicados e encontrados nos postos de saúde localizados em praticamente todas os bairros e comunidades do país, multiplicando esta informação e disponibilidade fruto do exercício de um novo padrão existente atualmente de conquistas sociais no campo dos direitos sexuais e reprodutivos¹⁵, recaem na mesma culpabilidade naturalista dos discursos seculares que apontam que a prática sexual de meninas leva automaticamente à gravidez e, portanto, cabe a todos tolhê-las desses impulsos e culpabilizar seus comportamentos pelo risco “inerente” que correm.

¹⁵ Nas UBS – unidades básicas de saúde, que compõem a rede de Atenção Primária de Saúde do SUS brasileiro, estão disponibilizados gratuitamente os seguintes contraceptivos reversíveis que podem ser indicados para adolescentes sexualmente ativos, segundo critérios de elegibilidade de que deve ser feita pelo médico, conforme o Ministério da Saúde: preservativos masculinos, pílula anticoncepcional oral, injetável contraceptivo mensal, injetável contraceptivo trimestral, diafragma, DIU – dispositivo intra-uterino, além da contracepção de emergência (Ministério da Saúde, 2009, p. 16 e 48).

Mas, será que em pleno século XXI, o risco de gravidez não planejada seria realmente naturalmente inerente às práticas sexuais? Ou, está sendo perpetuado por discursos sociais e até do poder público, como verificamos entre os conselheiros tutelares ou quando observamos discursos e atuações de serviços de saúde dificultando a oferta de contraceptivos às meninas adolescentes? (Figueiredo, Castro Filho & Kalckmann, 2014; Figueiredo, Bastos & Telles, 2012). Inegavelmente, estas ocorrências apontam a pouca capacitação, além da interferência de esferas pessoais na conduta de profissionais de saúde que trazem concepções tradicionais ao invés de se guiarem por normativas públicas.

Realizando outra análise, alguns autores, como Ávila (1998) justificam a sexualidade da adolescente como forma de buscar afeto para sanear carências do processo de crescimento, ou mesmo, rebeldia ou para haver aceitação pelo grupo de pares. Questiona-se aqui se tal busca de afeto também não é feita por mulheres adultas? Se não é a reprodução de uma interpretação dos padrões de gênero transposta para a análise dos fenômenos da sexualidade supor que meninos não busquem nunca afeto, mas que entre eles o sexo seja sempre realizado por curiosidade e prazer, enquanto que as meninas sempre buscariam afeto e nunca seguir sua atração e desejo sexual. Será? Seria tão difícil aceitar que meninas adolescentes também podem buscar sexo por terem desejo sexual?

Inquéritos com adolescentes de Ensino Médio (Figueiredo & Segri, 2014) registram que as relações sexuais iniciaram-se, em média, aos 15 anos, em ocorrências voluntárias. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nacionalmente (IBGE, 2006), aponta que a idade da primeira relação sexual no Brasil é de 15 anos para meninos adolescentes e 16 para meninas adolescentes, sendo que, na região Sudeste, estas últimas também iniciam tal prática, em média, aos 15 anos.

Tal média aponta que várias adolescentes, portanto, têm relação sexual, inclusive com 14 anos ou menos de forma voluntária. Como pesquisou Zagury (1999) a presença efetiva da prática sexual envolvendo menores de 14 anos é considerável parte (20%) da população adolescente brasileira; esses contatos são realizados na quase totalidade das vezes com outro adolescente e nem sempre são aqueles com as quais

estão envolvidas afetivamente ou em parceria (Figueiredo & Segri, 2014). Com isso questiona-se se é adequada a interpretação de presunção de violência e abuso quanto às relações sexuais de adolescentes com 14 anos ou menos.

Pode-se considerar que impingir o critério de abuso e violência na interpretação de uma prática desejada pelas adolescentes denuncia a intromissão de esferas morais pautadas na ideologia de gênero sobre legislações sociais vigentes, uma vez que na prática, tais casos só são denunciados quando o menor de 14 anos envolvido é mulher, já que quando é homem, ao contrário, há valorização extrema da prática. Como aponta Andrade (2014):

“Se, com meninos, pais e órgãos acusadores relaxam a vigilância, com as meninas, ao contrário, se clama crescente controle. O filho pode ser precoce, a menina só pode ser ingênua e violentada”.

Assim, desconsidera o livre exercício da prática sexual pelas adolescentes meninas que assim o desejarem, configurando-se explicitamente como uma estratégia sexista de controle da sexualidade feminina. Portanto, adotando um pressuposto contraditório que ao invés de proteger a liberdade sexual do adolescente e sua dignidade sexual, termina por tolhê-la, pressupondo uma situação de violência.

D’Elia complementa o raciocínio, baseando-se na premissa da dignidade sexual da pessoa humana, demonstrando que a vulnerabilidade expressa na Lei nº 12.015/2009 se situa dentro do capítulo “Dos Crimes contra a Dignidade Sexual”, não presume automaticamente mais que seja violência, mas passa a dar proteção ao vulnerável menor de 14 anos, como *“um crime contra a dignidade pessoal e não mais contra os costumes”* (D’Elia, 2014, p.17), já que, segundo Delmanto, *“A liberdade e a dignidade sexuais integram, necessariamente, a dignidade da pessoa humana, fundamento maior do Estado de Direito Democrático”* (cit. D’Elia, 2014, p.12), portanto, segue D’Elia:

“Uma presunção de vulnerabilidade absoluta (...) viola disposições existentes no próprio ordenamento jurídico e subtrai do interprete da lei penal a análise real das situações de vulnerabilidade em que se encontram os crimes contra a dignidade sexual” (D’Elia, 2014, p. 19)

Nesse sentido, completa o autor, é fundamental as mudanças legislativas que vêm ocorrendo onde as leis penais quanto à sexualidade cada vez menos se pautam na

moralidade e passam a se importar com a dignidade sexual e humana das pessoas (D'Elia, 2014, p.29). Assim somente quando o cidadão é lesado e sente que sua autodeterminação foi afetada é que deve haver descrição de violência e intervenção (Idem, Ibidem, p.35 e 56).

b) Reflexões sobre o Caso C: Maternidade e Paternidade entre Adolescentes: destino ou ocorrências contingenciais decorrentes de vulnerabilidades socioculturais?

Com relação à situação de **desejo de gravidez por uma adolescente**, analisar a posição/opinião dos conselheiros tutelares se torna ainda mais complexa, pois diferente da sociedade que predominou até o começo do século XIX, esse evento é atualmente totalmente mal visto.

Sabemos que estudos históricos apontam que na sociedade brasileira, a questão de crianças filhas de mães adolescentes era até poucas décadas recorrente e vista com naturalidade (Oliveira *et al*, 2011). A preocupação não se dirigia a este evento, mas à preocupação de que essa mãe não estivesse casada, nos conformes das regras familiares, ou seja, fosse mãe-solteira, como apontaram Joffily & Costa (2005).

Historicamente no Brasil, o evento de uma adolescente ou mulher adulta solteira (tanto faz a idade) grávida ou com filho(s) era considerado uma aberração, porque apontava a prática sexual da mulher numa situação anterior e fora do casamento, demarcando sua defloração antes do sacramento que supostamente a autorizaria. Essa autorização era fundamental porque punha em jogo a respeitabilidade e a manutenção das tradições pelas famílias, onde a situação patriarcal conferia à mulher uma posição de elementos de troca social e correspondiam à honra de seus pais e membros masculinos (Joffily & Costa, 2005). Caso ocorressem gestações seguidas por propostas de casamento ou arranjos de casamento, mesmo em situações de estupro como já foi apontado, a gravidez não era vista mais como um problema, dado que não resultaria em desonra. Por isso, constata-se que as próprias legislações permitiam o casamento na adolescência (Roland, 1994) e, até o recomendavam, evitando possíveis riscos de

descontrole dos desejos sexuais femininos em caso de postergá-lo e garantindo que a primeira gravidez estivesse sob a ordem do matrimônio.

Relatos de mulheres adolescentes enviadas a conventos, monastérios (Miranda, 2014), ou até emparedadas (Albuquerque, 2014; Pessoa, 2009), não são incomuns nos relatos e na literatura brasileiras, denunciando ocorrências de gestação adolescente indesejada e sumariamente julgadas pela moral cultural das famílias. Era assim, um assunto de âmbito do espaço privado, a ser resolvido sem necessariamente a interferência do Estado, principalmente quando impossibilitava a aplicação da lei de casamento que sanearia a “vergonha” familiar. O Estado se omitia nas condutas que não envolviam negociação e reparos entre as partes masculinas envolvidas, mesmo que isso levasse à exclusão, ao exílio forçado e até à morte dessas meninas gestantes. Por isso ressalta Sacramento (2006), o “privado é político” em qualquer situação, ou seja, a forma que a sociedade organiza ou não a intervenção e atribuição do Estado e sobre o privado é uma política pública sancionada, mesmo que não legalmente.

Roland (1994) aponta que a gravidez adolescente passa a significar um problema em larga escala principalmente quando quebra os padrões de normalidade construídos, o que no Brasil teria ocorrido com o surgimento dos discursos pautados nos ideais de controle de natalidade, entrada tardia na maternidade, escolarização prolongada e modelo ideal de família. No Brasil, propostas baseadas na teoria malthusiana de controle populacional (Malthus, 1959), visando à redução da pobreza, apesar de terem sido lidas desde sua concepção no século XVIII, passaram a estar mais presentes após a industrialização do país, que gerou a necessidade de escolarização das mulheres e sua entrada no mercado de trabalho, o que reforçou a mentalidade de adiamento das recomendações de casamento e maternidade. As adolescentes precisavam preparar-se e tornarem-se adultas trabalhadoras, para depois realizar estes eventos de construção da família brasileira.

Alves aponta (2004, p.22-38) que até o Estado Novo, na década de 1930, a política predominante era de expansionismo pró natalista, que complementavam as políticas migratórias latino-americanas dos séculos XIX e XX reforçando a necessidade de mão de obra humana para o desenvolvimento das economias desses países que

eram essencialmente agrícolas. O Decreto Federal nº 20.291, de 11 de janeiro de 1932, vedava ao médico qualquer *“prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação”*, no Brasil, assim como no artigo 124 da Constituição do Estado Novo, orienta que o Estado dê proteção ao casamento indissolúvel e às *“famílias numerosas”*, *“na proporção de seus encargos”*. Não por acaso, tais discursos ganhavam apoio da postura da Igreja Católica, que sistematicamente se posicionava pelo natalismo e contra qualquer tipo de controle de fertilidade (Souza Junior, 2006).

Segundo Correa, Jannuzzi & Alves (2003), foi apenas após a 2ª Guerra Mundial, que a política internacional pautou de forma mais empenhada propostas baseadas no neomalthusianismo, procurando conter uma imaginada e possível explosão demográfica da população. Entre essas propostas está a prática de disseminação de métodos contraceptivos e esterilizações, visando conter a fecundidade adotada por pela BEMFAM – Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil, CPAIMC - Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança (Costa, 1996), o CEPARH - Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana, que recebiam recursos de varias agências e fundações internacionais como *International Planning Parenthood Federation (IPPF)*, *Pathfinder Foundation*, *Rockefeller Foundation*, etc. (Pereira, 2011). A percepção de que o acesso à contracepção é um direito de decisão e escolha das mulheres que deve ser inerente às políticas públicas veio a ser disseminado apenas posteriormente, na década de 1980, com o conceito de ‘Planejamento Familiar’, difundido por feministas e organização de mulheres que pautavam o direito das mulheres à livre-escolha quanto aos assuntos sexuais e reprodutivos.

A partir daí, embora tenha havido avanços que propuseram toda uma política de planejamento familiar (incorporada na proposta do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), Berquó (1998) chama a atenção às preocupações com o “descontrole populacional” ainda vigentes e que voltariam explicitadas dez anos depois como posição oficial da Conferência Internacional de População das Nações Unidas, realizada no México em 1984, discurso que apontava o controle populacional como a maneira de permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento.

O neomalthusianismo, portanto, será o berço para a construção de toda uma gama de discursos científicos criados para embasar tal ideologia na área de saúde e em outras áreas ligadas às demais políticas públicas, fazendo surgir novos conceitos-problemas até então inexistentes: ‘gravidez precoce’, ‘gravidez indesejada’, ‘gravidez problema’ etc. De forma geral, as razões e contextos sociais para tais gestações ficam de fora dessas discussões que geram intervenções de saúde e invariavelmente desconsideram também as razões das práticas sexuais desprotegidas de contracepção que ocorrem inclusive pela falta de acesso à contracepção, ao mesmo tempo em que não discute quais as motivações para que várias adolescentes queiram ter filhos. Quais são hábitos, estratégias e expectativas de vida que orientam esses quereres, como diria Bourdieu (1992).

Entre as propostas de análise das razões da gravidez na adolescência, o discurso do desejo de maternidade, ou melhor, de uma gravidez “inconsciente” fruto da carência feminina é recorrentemente e citado por diversos autores, principalmente da área da Psicologia (Deutsch, 1977), incluindo a necessidade de seguir o instinto maternal (Langer, 1981). Da mesma forma que o discurso de carência ou inconsciente biológico adotado para justificar o início das práticas sexuais das adolescentes mulheres, o argumento do desejo feminino da gravidez jamais é utilizada para analisar o “engravidamento” realizado por meninos adolescentes e sua real (mesmo que não praticada) paternidade quando engravidam alguém.

Podemos questionar porque a análise dos comportamentos femininos é sempre psicologizante em suas explicações, alegando que as adolescentes mulheres fariam sexo e produziram suas consequências (gestações e filhos) porque são carentes, sentem solidão e desejam “naturalmente” filhos e parceiros para se completar, análise que desconsidera constantemente o desejo sexual feminino e não utilizada na análise das práticas sexuais de meninos adolescentes que geram essas mesmas gestações, que igualmente são analisadas naturalizando a biologicista de que esses apenas buscam prazer na prática sexual e ela nunca.

Dessa forma, percebemos que até a análise intelectual recai na naturalização da simbologia de gênero construída culturalmente da mulher frágil e carente e, portanto

vítima, e dos homens dissociados dessas questões de sentimento, portanto mais autônomos e independentes. Quantas dessas situações justificadas como “gestações decorrentes de falta de um projeto de vida” não seriam gestações não planejadas, ou então gestações exatamente desejadas como um projeto de futuro numa realidade específica de uma sociedade que dá status e maior autonomia, inclusive sexual e afetiva às mulheres que já são mães, representando assim para essas adolescentes um passo para a autonomia como aponta Paula (1992). Embora esses comportamentos demonstrem formas de lidar com uma realidade de vulnerabilidade social e de emancipação bastante diferente daquelas formas almejadas pelos discursos institucionais e oficiais que não chegam ao contexto cotidiano de grande parte da população adolescente brasileira, são formas alternativas que adotam para ficarem livres da exploração do trabalho doméstico às que costumam estar sujeitas em suas famílias de origem, também por motivos de cultura de gênero que leva a uma desigualdade na divisão sexual do trabalho doméstico, que sempre as sobrecarrega.

c) Sexualidade de Adolescentes como Problema Atual

Concebendo a adolescência como conceito recente e sociológico, como diria Cavalcanti (1988), fruto da ressignificação dos espaços e papéis dos indivíduos púberes no meio social e cultural, a adolescência se concretiza hoje, para o campo da Saúde Pública, conforme aponta Ayres (1990), como uma realidade uniforme e típica e objeto de discurso e intervenção.

Peres e Rosenberg (1998) apontam que adolescência definida, enquanto fase do desenvolvimento humano entre a fase infantil e adulta e de período crítico e inseguro e bases médico-biológicas justificativa intervenções e a construção de projetos de:

“...conteúdo moral socialmente constituídos, que disciplina/dociliza os corpos para manter uma dada ordem no pensar e agir “adolescente” e, assim, possibilita prevenir os desvios durante o curso natural/social, que rumam para uma dada concepção de maturidade, quer dizer, a um dado perfil adulto necessário para a continuidade da ordem natural-social constituída” (Peres & Rosenurg, 1998, p. 83).

Citando Torres Rivas (cit. Peres & Rosenberg, 1998, p. 59) o período da adolescência vem sendo cada vez mais postergado em sociedades desenvolvidas,

diferentemente das sociedades camponesas onde a passagem pela puberdade já introduzia indivíduos às responsabilidades adultas. Segundo esses autores foi a realização da cooperação técnica movida pela OPAS – Organização Panamericana de Saúde e o apoio da Fundação Kelloggk que introduziram nas políticas nacionais da América Latina e Caribe a problemática de atuar com relação a saúde dos adolescentes (Peres & Rosenburg, 1988, p. 54). Para Pergorer (2010) a intervenção na liberdade reprodutiva feminina, incluindo essas iniciativas e a intervenção estatal são meramente questões de política e economia, que servem a interesses históricos, antes voltados ao natalismo e agora ao não-natalismo, ou seja, são preocupações de atuação estatal por meras questões político-populacionais (Dora & Silveira, 1998, p. 37).

Talvez por esta razão a preocupação esteja sempre voltada às relações heterossexuais e comportamentos femininos que possibilitam a reprodução populacional, ignorando relações homossexuais, embora estas também envolvam adolescentes, sua saúde e seu bem-estar, característica de discursos também presentes nas opiniões e condução de condutas dos conselheiros tutelares.

d) Reflexões sobre o Caso B - Homossexualidade na Adolescência: sedução ou expressão de uma minoria?

Embora ainda discriminada na prática, a minoria homossexual brasileira vem ganhando espaços políticos e conquistas sociais decorrentes da luta por direitos e cidadania, juntamente a outros grupos que apresentam comportamento de diversidade sexual. Esse fato ocorreu principalmente após o início da mobilização da sociedade civil e participação desses setores no combate a epidemia de HIV/aids em nosso país (Pereira & Inichiata, 2011). Anteriormente, decisões importantes como a medida do Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 1985, que retirou a homossexualidade do rol de transtornos psíquicos e desvios sexuais no Brasil e a atitude tomada em 1990 pela OMS de retirar a homossexualidade das doenças mentais constantes no Código Internacional de Doenças (CID) (Barbero, 2009) haviam sido simbolicamente fundamentais, mas não trouxeram tantas mudanças sociais práticas de status e de cidadania e direitos de homossexuais em nosso país.

No entanto, essas conquistas não deixam de sofrer ainda entraves numa sociedade com histórico patriarcal, hierarquizada sexualmente e de extrema violência contra homossexuais, onde a família e o modelo tradicional de parceria heterossexual são almejados e há uma educação ainda fortemente voltada para a demarcação de papéis de gênero e de conduta para cada sexo (Heilborn, 1992). Os frutos dessa estigmatização não são diferentes quando a homossexualidade se manifesta entre adolescentes, embora pesquisas registrem as relações sexuais voluntárias envolvendo pelo menos de 1,1% de parcerias homossexuais tanto femininas quanto masculinas entre adolescentes na fase até os 18 anos (Figueiredo & Segri, 2014). Tais práticas não deveriam ser inesperadas, uma vez que a estimativa é a presença de homossexuais na sociedade brasileira ultrapasse 10% da população do país, representando cerca de 18 milhões de pessoas (Correia, 2014).

Segundo Leardini (2012), adolescentes homossexuais anseiam e são levados a descobertas sexuais, tanto quanto os heterossexuais; porém, por uma questão de normas sociais, geralmente tentam adaptar-se às parcerias heterossexuais majoritárias, até se libertarem da culpa impetrada pela sua especificidade de desejo diferenciada. Os que se descobrem homossexuais tendem a permanecer a margem do grupo social, já que a mentalidade predominante aponta os “perigos” ligados às práticas sexuais “desviantes”; dessa forma, segundo Leardini (2012), espaços fundamentais para o desenvolvimento saudável dos adolescentes como a família e a escola dificultam o lidar do adolescente e do entorno com a homossexualidade, assistindo e reproduzindo dogmas culturais.

Podemos avaliar que os Conselhos Tutelares têm sido mais um espaço onde esses dogmas sociais são reforçados e transmitidos, visto que 40% dos conselheiros tutelares atribuem esta prática a um problema quando envolva adolescentes, mesmo aqueles com mais de 14 anos, principalmente quando esses adolescentes tendem a estabelecer parceria sexual ou afetiva homossexual com algum adulto, mesmo que seja jovem; situação considerada para 40% desses conselheiros como crime, embora maiores de 14 anos não sejam adolescentes que possam se enquadrar na legislação penal como aquele “vulnerável” e, portanto, com margem a interpretação de presunção de estupro. Ao considerar abuso sexual contra o menor (justificativa de 7,5%), ou

prejuízo psicológico (6,3%), ou até ser crime por passarem a ser alvo de preconceito (16,3%), esses conselheiros revelam extremo desconhecimento da iniciação sexual comum de homossexuais, que geralmente também ocorre na adolescência.

Segundo Rios (2013), entre parcerias homossexuais, a diferença de idade é recorrente, assim como nos relacionamentos heterossexuais. A diferença é que entre os homossexuais essas diferenças que correspondem a uma diferença de três anos de idade costumam ser marcantes desde a adolescência (Rios, 2004); por serem minoria, suas “redes sexuais” são específicas e orientadas pela procura de suas necessidades de parceria homossexual específica e espaços onde essas poderiam ser exercidas. Incluindo contatos com parceiros mais velhos.

Cabe salientar que os conselheiros tutelares, apesar de não explicitarem que consideram as práticas homossexuais incomuns, quando avaliam o início da vida sexual de homossexuais relacionando-a, várias vezes, a danos psicológicos. Desta forma, reproduzem o pensamento tradicional que considera que tendências e desejos desviantes da normalidade heterossexual são problemáticos, expressivamente associando-os à conduta marginal e à saúde mental, já que a área de saúde da psicologia a mais apontada como serviço/profissional adequado para o encaminhamento e a resolução dessas ocorrências. Reforçam a estigmatização social ainda vigente em certos setores religiosos, como o de grupos evangélicos (Natividade, 2006), que continuamente emitem discursos que associam a homossexualidade à doença e ao mal; embora o Conselho Federal de Psicologia que responde por essa área da saúde tenha emitido norma proibindo qualquer atitude que corrobore ou rotule a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, uma vez que as mesmas não se configuram enquanto transtorno mental. (CFP, 1999).

Por isso é importante ressaltar o conceito de “liberdade sexual” apontado por Franco (2009, p.4), referindo-se ao sexo feito com autodeterminação. Nesse sentido, supor qualquer dano seria uma interpretação equivocada de uma moral sexual que se impõe sobre a liberdade do indivíduo. Historicamente, as ligações homoafetivas vêm sendo recriminadas e punidas, não é, portanto, condizente com o modelo democrático de órgãos que se digam defensores de direitos, como os Conselhos Tutelares, pratiquem

essas mesmas atitudes e nem respaldem encaminhamentos jurídicos ou decisões legais que possam incidir sobre sua autodeterminação sobre o uso do corpo e do seu desejo. Se o contato e relação sexual forem consentidos numa situação de livre e espontânea vontade, não há vítima (D'Elia, 2014, 61-66).

IV.3. Conselhos Tutelas como Espaços de Perpetuação do Poder de Polícia?

Em toda sociedade o Estado desenvolve estratégias e poderes de intervenção social, utilizando inclusive legislações como o direito penal. Se a posição social for de um direito penal mínimo, o Estado passa a intervir apenas na produção e condução de processos que considerar estar em desordem. Quando a intervenção aponta um uso do direito penal máximo, o Estado passa a intervir sempre, marcando presença nas relações frente às temáticas tuteláveis. (D'Elia, 2014, p. 35-43).

Na sociedade atual, segundo Augusto (2012), diversos dispositivos vêm servindo às práticas de penalização e julgamento de crianças e aos jovens. Conforme este autor, tal característica de 'juridicalização da vida', com posturas características a um Poder Judiciário "plenipotente", pois extrai qualquer possibilidade de autodeterminação (Nascimento & Scheinvar, 2007, p.154), conforme serve à disciplinarização das condutas desses indivíduos, mas também de suas famílias, ganhando caráter oculto na democracia contemporânea através de palavras como "participação" e "empoderamento", mas que da mesma forma que os dispositivos de controle apontados por Foucault (1997):

"... produzem sentenças e refazem a centralidade necessária à produção de corpos e mentes assujeitados, ao manter exatamente a necessidade de um julgamento, de uma sentença, agora produzida de maneira coletiva, democrática, inclusiva e participativa" (Augusto, 2012, p.33).

Partindo da teoria da "sociedade de controle policia em fluxos", de Passetti (2006), para a discussão da contenção da violência urbana, Augusto (2010, p.165) aponta que as sociedades vêm ultrapassando o nível de controle para além das instituições públicas, envolvendo a participação de setores da própria comunidade em

novos controles plurais que se utilizam de líderes comunitários e/ou agentes, atuação de ONGs e outras regulações, para demarcar controle nas chamadas áreas de “vulnerabilidade social”:

“Por isso interessam-se por associações de bairros, paróquias de igrejas e ministérios protestantes ou pentecostais, escolas estatais, como via de acesso para promover atividades culturais e laborais, fazendo com que as famílias se envolvam a partir de uma preocupação com seus filhos” (Augusto, 2010, p.266).

No Brasil, esse fortalecimento das políticas de participação popular veio no bojo das lutas pela redemocratização das décadas de 1970-80, visando a descentralização político-administrativa isso deu maior poder à sociedade civil na esfera pública (Pinto, 2004). Assim, o Conselho Tutelar, como seria o espaço de exercício da democracia participativa, da gestão conjunta e do controle social sobre as ações do Estado (Ferreira, 2002).

Atualmente, autores como Scheinvar (2009) alertam para a idealização da representação que coloca a sociedade civil e sua participação no poder, como a expressão autêntica, o caminho correto, portadora do “bem”, em oposição ao Estado regulador da sociedade. Para essa autora tal perspectiva é fruto de uma interpretação liberal que considera a participação da sociedade civil como fundamental para a implementação de uma democracia participativa e naturaliza sua posição, desconsiderando ser esta própria sociedade também parte constituinte do Estado. Assim, o papel do Estado como planejador da economia e responsável pela correção das desigualdades sociais, tarefa primordial do Estado de Bem-Estar Social, termina sendo tachado por intervencionista e de caráter negativo (Augusto, 2010).

Para Scheinvar (2009), opor a sociedade civil ao Estado, explicita uma relação de dominação, onde, se por um lado, não se aceita apenas imposições do Estado, dá margem para que a sociedade civil se imponha de forma autoritária sobre toda a sociedade. Na análise das ações dos Conselhos Tutelares, essa discussão seria imprescindível, pois este equipamento é definido por uma legislação que o habilita e o legitima para funcionar em todos os municípios, conforme a autora, com abrangência geográfica comparável aos postos de saúde ou às delegacias de polícia. Eles têm poder coercitivo de convocação, autuação, encaminhamento de deliberações e representação

e poder de testemunho junto aos órgãos jurídicos, embora não esteja submetido a nenhum poder público, nem mesmo ao Ministério Público, ou ao CMDCA - Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, já que se constitui em um conselho totalmente autônomo.

Confome Scheinvar (2009), embora o argumento de formação dos grupos e conselhos da sociedade civil tenha sido a intenção da Constituição Federal (Brasil, 1988) de incluir a participação popular no poder, os Conselhos Tutelares têm feito pouca representação da sociedade (Neves, 2014) e servido à necessidade de desjudicializar as práticas voltadas à criança e ao adolescente (até então concentrada nas mãos do Poder Judiciário). Por isso, talvez menos por incoerência e mais pelos limites da concepção liberal de democracia, anos após a implantação desses conselhos várias de suas práticas são questionadas, tidas como abusivas, desviantes e até, improcedentes, como exemplo o apoio de diversos Conselhos Tutelares municipais a toques de recolher impostos a adolescentes (como o implementado na cidade paulista de Fernandópolis) (Tavares, 2010), ou a iniciativa de apreensão de adolescentes em parques públicos pela alegação de que estariam no horário de aulas (como ocorrido no Parque do Estado no município de São Paulo) (Bedinelli & Ramos, 2011).

A retirada do Estado da prestação de serviços e de sua condição de garantidor de direitos, terminou por colocá-lo na arbitragem do controle, onde a população civil, representada por esses conselhos, assume responsabilidades de polícia e, sem contar com recursos para lidar com tal questão, se tona numa força conservadora que garante a própria conservação. Por isso também na área de temas tabus, como a sexualidade e a saúde sexual e reprodutiva, não seja de surpreender que representem discursos e práticas de opressão contra os próprios adolescentes aos quais deveriam promover direitos. Não à toa, essa postura invariavelmente provoca reações violentas por parte da população e até violência e morte contra conselheiros (ACONTEMIG, 2015).

Scheinvar (2009) aponta assim, que esse conceito de democracia é produzido como um “salvo-conduto” para a convivência de grupos com forças políticas desequilibradas, acreditando que essa relação por si garantiria a defesa dos direitos legalmente instituídos, sem entrar nos fundamentos. Na verdade, a autora aponta que o

ideal transformador dos Conselhos Tutelares terminou gerando o exercício do poder tradicional, caritativo e filantrópico, ao contrário do almejado e proposto no ECA (Brasil, 199a). Na prática, as ações desses conselhos punem e criminalizam, ao invés de voltar-se às condições de transformação social que reduziriam suas vulnerabilidades causadas pelas injustiças sociais.

Assim, como aponta Foucault (1997, p.89):

“num sistema preocupado com o respeito aos sujeitos de direito e à liberdade de iniciativa dos indivíduos, como será que o fenômeno ‘população’, com seus efeitos e seus problemas específicos, pode ser levado em conta? Em nome de quais regras é possível geri-lo?” (Foucault, 1997, p.89).

A atuação principal é a mediação de conflitos, encarando-os como questões pessoais e comportamentais, não produzindo reivindicações, propostas ou práticas éticas que levariam a cessação da violação dos direitos. Por isso, Passetti (2006, p.91) atribui a esse tipo de intervenção social a característica de “conservadorismo moderado”, que por meio da participação popular produz práticas de “assujeitamentos” por “assujeitados”; além da delegação de poderes, já que a participação social nesses conselhos só ocorre no momento da votação, passando depois a ser alvo de procura individual como prestador de serviços (Neves, 2014).

Para Foucault (1997, p.92) essa distinção entre Estado e sociedade civil seria uma “forma de esquematização própria a uma tecnologia particular de governo” para os interesses do sistema político e social em vigor, ou seja, “instâncias de controle político” (Scheinvar, 2001, p.34). Embora se utilizem de discursos como segurança, saúde, bem comunitário, para efetivar, dirigem condutas dos que compõem a população garantindo a moralidade e obediência dos cidadãos (Foucault, 1997).

Também cabe lembrar que os Conselhos Tutelares são alvo de poder local e não necessariamente apresentam-se internamente como um grupo democrático em suas posições. Muitas vezes há distorções que vão desde fraudes nas eleições desses representantes (Araújo, 2015), até uso do Conselho Tutelar para outros fins políticos, como obtenção de vantagens/renda, uma vez que a salário atual de R\$ 1.416,77 (na época da pesquisa) (PMSP-SP, 2014) é significativo na realidade social brasileira. A

imprensa noticia também essas distorções políticas em vários locais do país, como o seu uso formação de base política para futuros vereadores (Meneguetti, 2015), financiamento de candidatos conselheiros por vereadores locais ou partidos políticos (Silva, 2015) e até disputas internas após a eleição que atrapalham ou sabotam os trabalhos seu próprio funcionamento, já que a maioria dos Conselhos Tutelares brasileiros têm adotado a estruturas hierárquicas com conselheiros-presidentes (Nascimento & Scheinvar, 2007, p.157). Por isso, segundo Scheinvar (2009), mesmo quando não se concorda com as atitudes adotadas ou realizadas por conselheiros tutelares, não se deve avaliá-las como se essas estivessem fugindo a sua função, uma vez que suas práticas *“não tem uma natureza dada, nem refere qualidades pessoais”* (p.4), mas são fruto de expectativas acumuladas em processos históricos e de subjetivação que são perpetuados socialmente.

Podemos questionar, inclusive, se a busca de participação nesses espaços socialmente definidos não aponta a necessidade de participação das pessoas, movidas individualmente para se sentirem “empoderadas”, ou conferidas de “autoridade social” (como diria Bourdieu, 1989), quando adentram essas instituições (tal como vemos os conselheiros). Numa sociedade complexa pós-moderna como a nossa, onde há a sensação de anonimato, desprestígio e isolamento Bauman (2008)¹⁶, poder participar da resolução de questões e problemas sociais esferas coletivas poderia gerar a sensação de importância, segurança, tornando a própria participação democrática um amparo simbólico.

Finalizando, Passetti (1999) aponta que a sociedade de controle não eliminou ou substituiu a sociedade disciplinar anterior, mas elegeu novas prioridades, redimensionando os interesses sobre o corpo. Isso inclui, obviamente, a intervenção sobre a saúde e a sexualidade humanas, com propostas de comportamento hegemônico, genérico, universal, certo, que entende todos como iguais, homogeneizando as pessoas, condição para dar-lhes a liberdade individual propagada, ignorando as diferenças entre elas e reforçando as desigualdades sociais (Nascimento e Scheinvar, 2007, p.158).

¹⁶ Mal estar definido por esse autor como “medo líquido” (Bauman, 2008).

IV.4. Substituindo a Noção de “Objetos de Controle” pela de “Sujeitos de Direitos Sexuais e Reprodutivos”

O ECA (Brasil, 1990a) introduziu, pela primeira vez, no rol legislativo brasileiro a noção do adolescente como cidadão, sujeito de direitos (Kaminski, 2002). Essa conscientização a respeito de crianças e adolescentes foi uma construção histórica resultado de esforços do movimento social brasileiro (Longo, 2009), que avançou em suas reivindicações como outros setores sociais no processo democrático. O produto dessas conquistas foi um reordenamento do espaço social ocupado pelas denominadas “minorias” sociais antes politicamente excluídas (Barsterd, 1994), configurando espaços políticos que vêm se concretizando em mudanças legislativas no país. Assim como a reforma do Código Civil (Brasil, 2006) incluiu uma série de reformulações a respeito do tratamento dado às mulheres na família (Segura, D’Alkmin & Amara, 2010), as demandas do movimento negro orientaram a lei contra o racismo (Brasil, 1997) e a luta dos grupos homossexuais tem proposto a pauta de leis contra a homofobia (Figueiredo & Peixoto, 2011), os direitos de adolescentes vêm sendo inseridos paulatinamente no ordenamento jurídico.

O ECA (Brasil, 1990a) configurou, assim, a inclusão dos preceitos expressos no artigo 3º da Constituição Federal (Brasil, 1988), de que todos os cidadãos devem ser beneficiados sem discriminação, inclusive quanto à idade e a proteção ao indivíduo prevista no inciso XLI, que afirma a necessidade de punição a qualquer discriminação aos direitos e liberdades fundamentais, sendo a dignidade da pessoa e sua saúde um de seus componentes (Brasil, 1988). Por isso, o/a adolescente brasileiro, nos dias de hoje, conta uma série de direitos com relação à expressão e exercício de sua prática sexual do ponto de vista legal que antigamente seriam impensáveis, na medida em que as legislações se omitiam a este respeito ou tutelavam a esfera da sexualidade ao âmbito privado.

Com relação aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, a discussão que parece ser necessária é, em que medida, esses direitos podem ser desfrutados sem a compreensão de que estão intimamente associados ao direito à liberdade que têm com

relação a sua própria sexualidade. A liberdade no campo da sexualidade configura expressão de jeito de ser que na adolescência se transforma automaticamente em expressão pela ação, porque inclui atração física, contatos e início de estabelecimento de parcerias. As legislações brasileiras não expressam clareza quanto ao pressuposto da liberdade individual associado à autonomia de adolescentes quanto à sexualidade, ora transformando-os em sujeito de direitos, ora em seres tutelados.

Obviamente, a tutela de garantia de guarda para cuidados desses cidadãos referida na lei nunca deveria ser pressuposta como a posse ou domínio sobre seus corpos, senão a legislação civil feriria os princípios preconizados constitucionalmente de liberdade, integridade, bem-estar e saúde (Brasil, 1988). Essa questão se exemplifica quando temos que discutir e conceber os desejos de adolescentes pela gravidez, por práticas homossexuais; também se complica quando se fala de adolescentes de 12 a 14 anos que desejam ter relações sexuais, para os quais a atual legislação se contradiz, ao possibilitar a aferição de prática de estupro de vulnerável, aplicação que provoca diversas polêmicas (D'Elia, 2014).

Tal discussão é imprescindível frente às estatísticas brasileiras, que apontam que a idade média das práticas sexuais voluntárias é de 15 anos no sexo masculino e 16 anos no o sexo feminino (IBGE, 2006). Sabemos que média engloba ocorrências acima e abaixo destas idades, anteriores, portanto, aos 14 anos – idade passível de ser enquadrada na condição de vulnerabilidade pelo Código Penal (Brasil, 2006).

Tais práticas têm enormes impactos em saúde e direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, já que segundo o Ministério da Saúde (s/d), produziram, apenas em 2012, 30.683 internações em hospitais ligados ao SUS de adolescentes entre 10 e 14 anos devido à gravidez, parto e puerpério, além de 519.600 entre os 15 e 19 anos, sendo a primeira causa de internação hospitalar dessas meninas e representando 23,9% do total dessas ocorrências em todas as idades. Apenas em 2014, nesses hospitais foram internadas 33 mil adolescentes de 15 a 19 anos por abortamento e 2.858 de 10 a 14 anos (DATASUS, s/d).

Com relação às DSTs frutos dessas relações, em 2014, 99 novos casos de AIDS na faixa etária de 13 a 19 anos foram notificados, principalmente acometendo meninas

heterossexuais. O vírus do HPV gerou 76 casos de lesão uterina na faixa etária de 15 a 19 anos, apontando riscos futuros de câncer de colo uterino (DATASUS, s/d).

Sabemos que esses números expressam parte da enorme prática sexual de adolescentes abaixo dos 18 anos, práticas que, em sua maioria, ocorrem com parceiros também adolescentes ou jovens, em situação voluntária de consensualidade (Figueiredo, Pupo, Porto Alves & Escuder, 2008). Tais ocorrências denunciam a falta de orientação contraceptiva e de prevenção e a disponibilidade dos contraceptivos para uso por esses adolescentes, se configurando enquanto morbidades que os afetam individualmente e enquanto um grande problema de saúde pública no país (Brasil, 2004).

A ocorrência de relações homossexuais entre adolescentes representa pelo menos 1,5% desses contatos sexuais (Figueiredo, Pupo, Porto Alves & Escuder, 2008); público entre o qual incide a violência advinda de preconceito, ainda sem o devido registro público específico no Brasil. Apenas nas escolas, Figueiredo *et al* (2012) registraram ocorrência de violência homofóbica contra alunos adolescentes de faixa etária acima de 15 anos em 40% dessas instituições. Essa mesma violência também está expressa nas famílias, configurando-se como um dos principais razões de violência doméstica, vivida por 72% dos adolescentes homossexuais (Carrara, Facchini, Simões & Ramos, 2006).

Considerando o artigo 11 do ECA (Brasil, 1990a), que orienta que o atendimento em saúde no SUS deve garantir o acesso “igualitário” às ações e serviços de promoção e proteção da saúde dos adolescentes, observa-se que o próprio Estado e seus equipamentos públicos não vem respeitando a legislação. Casos de dificuldade de atenção ginecológica e acesso a contraceptivos pelo público adolescente são relatados (Nascimento, 2004; Figueiredo, Bastos & Telles, 2012), justificando os altos índices de gravidez e abortos encontrados entre este público. A prática de assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes ainda esbarra em entraves, como a recusa ou condicionalidade a exigência de presença ou autorização de responsáveis por adolescentes, justificados devido à condição de tutela civil desses menores (Figueiredo, Bastos & Telles, 2012). Da mesma forma, se registram relatos de profissionais de saúde

que se recusam a prestar atendimento em saúde sexual e reprodutiva a adolescentes meninas sexualmente ativas menores de 14 anos, com receio de serem coniventes com a situação que poderia ser considerada de convivência com a violência caso fosse enquadrada como estupro de vulnerável.

Paralelamente, a orientação educacional em sexualidade nas escolas públicas brasileira, visando à orientação de práticas sexuais seguras e evitando casos de prevenção não planejada, abortos de gestações e DST/aids, bem como a menor discriminação e homofobia com relação a adolescentes homossexuais ainda é restrita e não sistemática e, na prática ainda não se encontra inserida nos conteúdos abordados em aula (Figueiredo, Pupo, Porto Alves & Escuder, 2008), favorecendo desinformação, despreparo e a continuidade de preconceitos e tabus com relação à sexualidade, inclusive a homossexualidade, descumprindo legislações federais e ratificações internacionais que pautam tais atividades.

A mudança que o ECA provoca induz que a partir de agora as práticas sexuais de adolescentes passem a ser analisadas sob a ótica dos direitos individuais, proteção de autonomia e liberdade, com direito a proteção inclusive de males, desigualdades e violências que possam vir a coibi-las. Neste sentido, os jargões atuais ainda utilizados na área da saúde, mas principalmente penal que afeta a atividade dos Conselhos Tutelares, que ainda se pautam na exacerbação da minoria dos casos, e não na sua regra (como a percepção da prática sexual adolescente como forçosa e não voluntária) precisam ser atualizados.

A tendência ao reconhecimento das práticas enquanto integrantes da liberdade do indivíduo introduzida pelas conferências internacionais, substituindo noções anteriores e vêm sendo integradas paulatinamente às orientações de saúde, como observado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (Aine-Schutt & Maddaleno, 2003) e relevadas por Pereira, Peres & Arcari (2010):

“...os programas de saúde voltados para adolescentes e jovens frequentemente desconsideram estes diversos aspectos da sexualidade, na medida em que ignoram que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo que com frequência não se incluem nas intervenções de saúde sexual e saúde reprodutiva” (p.2).

Segundo Rios (2006), tais mudanças implementariam a noção da sexualidade como direito humano, dando base para evitar o predomínio de práticas de medicalização e de influxo do discurso religioso da sexualidade, por isso são fundamentais, em termos de atualização e incorporação de movimentos políticos, refletidos em diversos instrumentos nacionais e internacionais.

Desta forma, discursos, identificação de problemas e definição de atuação nas políticas públicas podem ser desenvolvidas de forma a beneficiar igualmente todos os indivíduos no âmbito dos direitos humanos, incluindo adolescente. Alterações já em curso, incluindo as realizadas em 2009 no Código Penal Brasileiro evidenciando que práticas sexuais consensuais acima dos 15 anos não são crime¹⁷, atendem a esses pressupostos e precisam ser divulgadas, pois são situações onde a Legislação expressamente atua na defesa dos direitos do adolescente não apenas como vítima sexual, mas também lhes conferindo o direito à expressão e exercício de sua sexualidade.

Por outro lado, ao não explicitar o reconhecimento integral de liberdade e autonomia dos adolescentes quanto à sexualidade e seus corpos, incluindo às práticas sexuais, o ordenamento jurídico brasileiro reflete as contradições da sociedade brasileira na abordagem das práticas de adolescentes quanto a sua própria sexualidade.

Por esse motivo a área de saúde tem se manifestado mais efetivamente através de publicações de sua Área Técnica de Saúde do Adolescente desde 2004/2005 sobre o caso, procurando amparar e orientar as práticas profissionais do SUS. Com relação a práticas sexuais de adolescentes, o Ministério da Saúde recomenda atenção em saúde de forma a promover a prevenção de agravos e minimizar riscos, incluindo atenção contraceptiva, orientação de preservativos, realização de exames clínicos e prescrição de contraceptivos (Ministério da Saúde, 2007). Além disso, o Ministério da Saúde é claro em associar a saúde à promoção da saúde entre adolescentes, enfatizando a prevenção

¹⁷ Com exceção de práticas sexuais onde adolescentes são induzidos por adultos contra sua vontade, por ameaça, poder, coibição ou alvo de exploração sexual que configuram crimes de violência sexual por ameaça, assédio, corrupção ou exploração sexual de menores (Brasil, 2009).

ainda que diante de situações que envolvam relações sexuais de adolescentes menores de 14 anos:

“Quanto à atividade sexual para adolescentes femininas menores de 14 anos, a presunção legal de estupro, que poderia causar questionamentos em relação à orientação de anticoncepcionais, deixa de existir se descrita em prontuário como atividade sexual consentida (elimina-se a prerrogativa que seus parceiros sejam todos estupradores)” (Ministério da Saúde, 2007, p. 41).

Cabe lembrar quanto a esta questão que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) corroboram com a mesma opinião:

“Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico” (SBP & FEBRASGO, 2005, p.9, item 12).

Ao associar as referências de autonomia, direito e respeito expressos no ECA, desde 2005, o Ministério da Saúde busca enfatizar as referências de direitos sexuais e reprodutivos de conferências internacionais, considerando-os como parte dos direitos humanos de adolescentes:

“A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde” (Brasil, 2006, p 13).

“Esta definição inclui a autonomia e liberdade das mulheres e meninas sobre seus corpos como dimensão fundamental da saúde, e limita a regulação do Estado sobre a reprodução e sexualidade femininas, assegurando o direito de escolha como princípio de cidadania” (Brasil, 2006a, p34).

Em termos infralegais, ou seja, de portarias, normas etc. com poder regulamentador, as categorias profissionais que mais atuam com a saúde do adolescente relevaram o respeito à autonomia e ao sigilo. O Conselho Federal de Medicina (2009) indica a obrigatoriedade do atendimento do adolescente de forma autônoma e independente pelo profissional de saúde, utilizando a noção de confidencialidade e sigilo para justificar a efetivação do ato:

Art. 74 - “Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) e o de Psicologia (CFP, 2014) fizeram o mesmo, assim como o Conselho Federal de Serviço Social (CEFESS, 1993).

No entanto, essas orientações e códigos nem sempre são seguidos ou conhecidos pelos próprios profissionais da área de saúde, que aplicam sua experiência de vida e de tutela por terem sido criados sob o antigo Código do Menor e não conhecem as implicações e mudanças normativas trazidas pelo ECA e adotadas pelo Ministério da Saúde (Figueiredo, Bastos, Telles, 2012). Por isso não é de se estranhar que os conselheiros tutelares também as desconheçam e igualmente adotem prerrogativas quanto à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes baseadas no senso comum e no hábito.

Procurando dar mais ênfase as vulnerabilidades que acometem especificamente os jovens, recentemente, foi promulgada a Lei nº 12.852 que instituiu o Estatuto da Juventude (Brasil, 2013). Além de adotar os parâmetros de faixa etária alvo de 15 a 19 anos, o que inclui mais especificamente, do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva, o contingente dos adolescentes mais sexualmente ativos esse estatuto, procurou dar uma abordagem direcionada à questão da sexualidade e direito à da saúde desses sujeitos. Na seção V, artigo 20, do direito à saúde esse estatuto define as seguintes diretrizes:

“I - acesso universal e gratuito ao Sistema Único de Saúde- SUS e a serviços de saúde humanizados e de qualidade, que respeitem as especificidades do jovem;

*II - atenção integral à saúde, **com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens;***

()

*IV - garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, **à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos** nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino;*

*VI - capacitação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional, para lidar com temas relativos à **saúde sexual e reprodutiva dos jovens**” (Brasil 2013) (grifos da autora).*

O Estatuto do Jovem também institui em seu artigo 45, a criação do Conselho Nacional de Juventude enquanto órgão permanente e autônomo e seus respectivos conselhos em nível estadual e municipais *“encarregados de tratar das políticas públicas de juventude e da garantia do exercício dos direitos do jovem”*, além da criação do Sistema Nacional de Juventude (SINAJUVE) (Brasil, 2013).

A ênfase na promoção da saúde sexual e reprodutiva é destacada nesta nova legislação, que avança com relação às anteriores ao definir o atendimento e prevenção dos *“agravados mais prevalentes nos jovens”*, além de focar a prática sexual indiretamente enfatizando a problemática da gravidez na adolescência:

“reconhecimento do impacto da gravidez planejada ou não, sob os aspectos médico, psicológico, social e econômico” (Brasil, 2013, seção V, art.20, item V”) (grifos da autora).

Reforça também a obrigatoriedade de inclusão dos temas de orientação sexual, gênero na formação profissional:

“inclusão de temas sobre questões étnicas, raciais, de deficiência, de orientação sexual, de gênero e de violência doméstica e sexual praticada contra a mulher na formação dos profissionais de educação, de saúde e de segurança pública e dos operadores do direito” (Brasil, 2013, seção IV, art.18, item III).

A expectativa de atender agravos e reconhecer a gestação de adolescentes como foco estratégico de promoção de seus direitos, sensibilizando a sociedade para tais questões demonstra uma associação dos direitos de saúde de adolescentes às ocorrências cotidianas mais comuns que acometem a sua vida em termos de sexualidade, embora perpetue as noções de gravidez como problema central e não explicitem o direito adolescente a práticas sexuais que opte livre de restrições, tampouco homoafetivas.

Por ser recente a proposta ainda não ficaram configurados planos ou exercícios práticos desses Conselhos de Juventude e nem os entraves ou contribuições junto aos conselhos de direitos das crianças e dos adolescentes, já que ambos teoricamente atuariam voltados também ao público de 15 a 18 anos. Só assim poderia fazer com que as abordagens das questões e saúde e direitos sexuais de adolescentes avançassem,

uma vez que elas ainda trazem o embate social sobre o direito à saúde, explicitado por

Aith:

“Nesse enfoque, para se compreender o conceito de saúde e a extensão do direito à saúde, é necessário ter em conta que a saúde assume formas diferentes de representação conforme o ambiente social em que é pensada e sentida. Em síntese, o conceito de saúde pode variar conforme o ambiente social em que é discutido” (2011, p.14).

V - CONCLUSÕES

Adolescente engravidada pelo namorado e que foi emparedada viva em seu próprio quarto, a mando do pai

(Carneiro Vilela, em A Emparedada da Rua Nova, 1909)

Conselhos Tutelares podem representar direitos e saúde sexual de adolescentes?

Se como apontam Lefèvre & Lefèvre (2007) a definição de saúde não é estática e vem sendo constituída conforme mudanças e concepções socioculturais, bem como o direito à saúde, a sociedade brasileira ainda precisa elucidar se a definição de saúde do adolescente adotada e pactuada socialmente vai continuar associando este sujeito à condição assexuada ou preconizando estereótipos de gênero às meninas adolescentes e gays sexualmente ativos, diante de dados que demonstram a impossibilidade de esconder ocorrências da prática sexual e desejada dos adolescentes tanto heterossexuais, quanto homossexuais.

Nesse sentido, a discussão foco deste trabalho não é o conceito de saúde em si e, portanto, o direito a saúde desses sujeitos adolescentes, mas se diante de determinados campos de discussão (no caso o da sexualidade), a prioridade à saúde é relegada e secundarizada ao conceito de *erro/anormalidade* associado ao adolescente sexuado¹⁸. Caso a sociedade perpetue a definição deste padrão, os Conselhos Tutelares, enquanto expressão da sociedade atual, só reproduzirão tal conflito e atuarão contra indivíduos adolescentes em prol da sociedade com seus interesses gerais, tal como poder coercitivo e de vigília.

Assim, o direito à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes ainda vem sendo relativizado abaixo de outros princípios que permeiam a construção do ordenamento jurídico nacional: que adultos têm poder de contenção de adolescentes no campo da sexualidade, não apenas são tutores de suas guardas e supostos interesses. Essa situação de tutela no caso da sexualidade voluntária do adolescente parece se configurar como resquícios da repressão de gênero contra a liberdade sexual de mulheres adolescentes ou homens adolescentes homossexuais, por isso ainda está presente inclusive nas legislações penais que atribuem presunção de estupro a práticas

¹⁸ Cabe lembrar que por várias vezes a concepção do adolescente como assexuado tornou-se programa de governo no Ocidente, mesmo após o surgimento da aids, basta lembrar as políticas norte-americanas adotadas na gestão Bush, em 2004, com seus programas de promoção de abstinência, que contrataram organizações como a *"Best Choice Education Services"*, ao invés de realizar a distribuição de preservativos que se mostraram ineficazes para a prevenção da aids (Espectador.com, 2006).

sexuais de adolescentes com menos de 14 anos, que são visivelmente voluntárias e estabelecidas com outros adolescentes. Isso confirma o que afirma D'Elia: *“A tutela penal da sexualidade humana recebe inegavelmente influência moral”* (2014, p.18), o que por vezes faz com que o Estado tenha ascensão totalitária sobre os indivíduos, impondo-lhes coerções.

A criação do ECA produziu transformação na forma de encarar os direitos de crianças e adolescentes no Brasil. O Estatuto do Jovem, promulgado recentemente em 2013, parece ser uma tentativa de continuidade em avançar na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, embora ainda se mostre preocupada com jargões advindos do foco no controle populacional dos grupos socialmente desfavorecidos, ao eleger a gravidez na adolescência como objeto de intervenção estatal para a manutenção da ordem pública.

Por fim, concordando com Ceccarelli (2000), podemos dizer que apesar das “evoluções” nos tabus que cercam a sexualidade, ela continua sendo um grande enigma humano, enfrentando preconceitos que impedem que a promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos sejam universalizadas, principalmente para adolescentes. A defesa dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes exige explicitação de seu direito à sexualidade. Tal explicitação ajudaria também a esclarecer que a necessidade de proteção se configura enquanto orientação educacional e de suporte de assistência em saúde sexual e reprodutiva e até de segurança pública no exercício da proteção de sua cidadania e expressão sexual e cobrança para que órgãos públicos atendam suas necessidades e demandas.

A noção de tutela explícita na denominação dos Conselhos Tutelares não ajuda no enfoque dos direitos dos adolescentes em geral; ao contrário facilita a reprodução de valores e a utilização desses equipamentos como meros controladores e penalizadores dos adolescentes. Ao contrário, para que esses equipamentos sirvam como promotores da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, seria necessário que se colocassem como órgãos de representação desta população específica, buscando viabilizar os direitos dos adolescentes em geral, fiscalizando se o próprio poder público e seus equipamentos estão seguindo as orientações nacionais de prevenção e assistência

e respeito a sua sexualidade enquanto pressuposto da cidadania e direito humano fundamental.

Desta forma, esses conselhos poderiam se constituir como “órgãos-meio” e não “fim” (Kaminski, 2002), como representantes e ouvintes dos adolescentes e de suas reivindicações, mesmo contra familiares, preconizando sua integridade física, emocional e social geral, o que incluiria fortalecimento de ações voltadas aos mais vulnerais e às suas demandas e questões e problemas e discriminações sociais, de gênero, de saúde, etc., para isso sendo treinados e informados especificamente. Isso exigiria que o Estado transferisse todas as atividades burocráticas de fluxos das diversas secretarias de Educação, Segurança Pública, etc., que foram indevidamente delegados aos Conselhos Tutelares e que deveriam estar sob a responsabilidade de funcionários públicos com nível técnico específico para desempenhá-las, com responsabilidade e acompanhamento dessas respectivas secretarias e juizados, de forma a não explorar a mão de obra barata que representa a contratação de pessoas da comunidade local para desempenhá-las e que termina por oferecer um serviço público de nível inferior principalmente para as áreas que mais necessitam.

Só assim, esses conselhos poderiam ser reidentificados realmente como órgãos de representação da população e os conselhos de adolescente e juventude deixem de ser associados à ideia de repressão e possam vir a atender o interesse desses sujeitos como cidadãos; instalando-se em locais de fácil acesso para essa população, recebendo-a de forma aberta, afetiva, eficaz, sem burocracias e identificando-se com seus problemas e interesses. Por fim, assumir que a participação popular deve visar à integração de propostas para a transformação da sociedade injusta e não servir à perpetuação de modelos de poder que produziram as vulnerabilidades das quais a população reclama e clama mudanças; colocando-se a favor da “luta acirrada pela garantia dos direitos sociais” (Bragaglia, 2002, p.150), ou como aponta Kaminski, posicionar-se com:

“... o novo paradigma a respeito do direito das crianças e dos adolescentes, o que consistiria em obter uma predisposição aos devedores ao cumprimento de seus deveres e ao atendimento desses direitos” (Kaminski, 2002, p.140).

No caso, esses direitos seria a garantia de autodeterminação de adolescentes sobre sua sexualidade e contatos sexuais e afetivos e a obrigação do Estado de prover

informação, estratégias preventivas para não ocorrência de males como doenças e violências e acesso aos contraceptivos para o planejamento adequado de gestações, maternidades e paternidades programadas, além do respeito à expressão da diversidade sexual existente entre eles.

Para isso, tais Conselhos necessitariam estar articulados também a uma rede de serviços inter-áreas, numa lógica de Estado não estratificada e segmentada que permita que os indivíduos, inclusive adolescentes sejam vistos como um todo, sobretudo com relação às suas questões e meios socioeconômicos e culturais e não de forma compartimentalizada como ocorre hoje.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. Meninas Perdidas. In Del Priore M. (org.). **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000. p.289-316.

ACONTEMIG – Associação dos Conselheiros e ex- Conselheiros Tutelares de Minas Gerais. Luto. Chacina de Conselheiros Tutelares em pleno exercício constitucional de suas funções. **Blog ACONTEMIG**, Belo Horizonte, 8/02/2015. (On-Line) Disponível em: <http://acontemg.blogspot.com.br/2015/02/luto-chacina-de-conselheiros-tutelares.html>

Aine-Schutt, J.; Maddaleno, M. **Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en las Américas**: implicaciones en programas y políticas. Washington: Opas, 2003.

Aith, Fernando. A emergência do Direito Sanitário como um novo campo do Direito. In: Romero, L. C; Delduque, M. C. (orgs.). **Estudos de Direito Sanitário: a produção normativa em saúde**. Brasília: Senado Federal, 2011.

Aith, F M. A. A saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes executivo, legislativo e judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. In: Aith, F. M. A.; Saturnino, L. T. M.; Diniz, M. G. A.; Monteiro, T. C. (org.). **Direito Sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2010, p. 73-142. 1ª Edição.

Aith, F M. A.; Dallari, S. G. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, vol.10, n.2, jul-out 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165>

Albuquerque, T. C. L. **A emparedada da Rua Nova e outras histórias**: práticas e representações da mulher na cidade do Recife (1870-1909). (Dissertação Mestrado). Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2014.

Alves, J. E. D. O choque de civilizações versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, Andre Junqueira, *et al.* (org) **Dez anos do Cairo** – Tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas/SP: 2004. 64 p. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_dezanos.pdf

Andrade, J. S. Relativização da culpabilidade no artigo 217-a do Código Penal. n: Jus **Navegandi**, outubro de 2014. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/32636/relativizacao-da-culpabilidade-no-artigo-217-a-do-codigo-penal>

Araujo, F. Eleição para 90 conselheiros tutelares vai parar na Justiça. **O Dia**, Rio de Janeiro, 20/09/2015, 12:16hs. (On-line). Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2015-09-29/eleicao-para-90-conselheiros-tutelares-vai-parar-na-justica.html>

Ariès, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Zabar Editores, 1978.

Asinelli-Luz, A.; Cunha, J. M. Percepções sobre a discriminação homofóbica entre concluintes do ensino médio no Brasil entre 2004 e 2008 Curitiba: **Educar em Revista**, 39, jan/abr 2011 p. 87-102 Editora UFPR Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/er/n39/n39a07.pdf>

Augusto, A. Juridicalização da vida: democracia e participação. Anarquia e o que resta. **Psicologia & Sociedade**, vol. 24, n. especial, p.31-38, 2012.

Augusto. A. Para além da prisão-prédio: as periferias como campos de concentração a céu aberto. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, vol.12, n.23, p. 263-276, jan/jun 2010.

Ávila, A. A. de (1998). **Socorro, doutor! atrás da barriga tem gente!**. São Paulo: Atheneu, 1998.

Ayres, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In Schraiber, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC: 1990. p. 129-182.

Baraglia, M. A ação competente do Conselho Tutelar: perspectivas para o novo século. In. Nahra, C. M. L.; Bragaglia, M. (orgs) **Conselho Tutelar** - gênese, dinâmica e tendências. Porto Velho: ULBRA – Universidade Luterana do Brasil, 2002. 160p. p. p.133-146.

Barbero, G. H. A despatologização da orientação sexual: O papel da Resolução 01/99 e o enfrentamento da homofobia. In **Cadernos Temáticos CRP SP - Psicologia e diversidade sexual**, p.60-68, São Paulo, 2009.

Barsted, L. A. L. Em busca do tempo perdido: mulheres e políticas públicas no Brasil: 1983-1993. **Estudos Feministas**, 2º semestre de 1994. Disponível em: <https://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16092/14636>

Bauman, Z. Z. Medo líquido. São Paulo: Zahar, 2008.

Bazon, R. M. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 24, n. 2, p.323-332, Rio de Janeiro, fev. de 2008.

Bedinelli, T.; Ramos, V. PM e Prefeitura de SP vão à caça de estudantes que matam aulas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 nov, 2011.

Benini, C. S. A. **O fenômeno da gravidez na adolescência em perspectivas diferenciadas e suas implicações nas relações pessoais, familiares e sociais**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, 2011.

Berquó, E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac, E. D.; Rocha, M. I. B. **A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas, Editora 34, 1998. PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP.

Bock, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores Adolescência como uma construção social. **Psicologia Escolar e Educação**, vol.11, n.1, Campinas, Jan./June 2007.

Bourdieu, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1992. 361p.

Bourdieu, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. 314p.

Brasil. **Código Penal**. Brasília, 1940. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/105791/medida-provisoria-2066-23-01>

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. **Decreto Lei nº 384** - Cria o PRONASCI - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. Brasília, 20 de agosto de 2007. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/94552/medida-provisoria-384-07>

Brasil. **Decreto Lei nº 6387** - Aprova o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. São Paulo, 5 de março 2008. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10788818/decreto-n-6387-de-05-de-marco-de-2008>

Brasil. **Decreto Lei nº 7.083**- Dispõe sobre o Programa “Mais Educação”. Brasília, 27 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/821234/decreto-7083-10> Brasil. **Lei nº 10172** - Aprova o Plano Nacional de Educação. Brasília, 9 de janeiro de 2001. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/101486/lei-10172-01>

Brasil. **Decreto Federal nº 20.291**. Rio de Janeiro: Senado Federal, 11 de janeiro de 1932.

Brasil. **Emenda Constitucional nº 59**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009.

Brasil. **Emenda Constitucional nº 65**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010

Brasil. **Lei nº 4.513** – Código do Menor. Brasília: Congresso Nacional, 1964.

Brasil. **Lei nº 6.697** – Institui Código do Menor. Brasília, Casa Civil, 1979.

Brasil. **Lei nº 8.069** – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília: Congresso Nacional, 13 de Julho de 1990a.

Brasil. **Lei nº 8.080** - Criação do SUS. Brasília: 19 de Setembro de 1990b.

Brasil. **Lei nº 9.263** - Regulamenta o Planejamento Familiar. Brasília: Presidência da República, 12/01/1996. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/127240/lei-9263-96>

Brasil. **Lei nº 9.394** - Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>

Brasil. **Lei nº 9.459** - Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília, 13 de maio de 1997. Disponível em: <http://www.leidireto.com.br/lei-9459.html>

Brasil. **Projeto de Lei nº 4530/04 - Plano Nacional de Juventude**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2004. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nac_juventude.pdf

Brasil. **Lei nº 11.382** – Altera dispositivos da Lei 5869/1973 – Código de Processo Civil. Brasília, 6 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11382.htm

Brasil. **Lei nº 12.010** - Alteração de redação - ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Congresso Nacional, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm

Brasil. **Lei nº 12.015** - Alteração Código Penal. Brasília, Diário Oficial da União, 10/08/2009. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12015-7-agosto-2009-590268-publicacaooriginal-115434-pl.html>

Brasil. **Lei nº 12.696** - Alteração de redação - ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12696.htm

Brasil. **Lei nº 12.852** - Institui o Estatuto da Juventude. Brasília, 5 de agosto de 2013. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1035680/lei-12852-13>

Brasil. **Lei nº 13.005** - Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2014. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/125099097/lei-13005-14>

Brasil. Ministério da Saúde. **Datasus**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf

Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: terceiro e quarto ciclos - apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/artepdf&q=&esrc=s&ei=TTNYUq6ml-nR7Abg7IC4BA&usg=AFQjCNH3gOC2EBtMpfw2-fpJeHCpbdlbq>

Brauner, M. C. C. **Direito, sexualidade e reprodução humana**: conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 230p.

Carrara, S; Facchini, R; Simões, J; Ramos, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT**. São Paulo, 2005. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/paradasp_2005.PDF Cavalcanti, R. C. Adolescência. In: Vitello, N. *et al.* **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988. p. 5-27.

Ceccarelli, P. R. Sexualidade e preconceito. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol.III, n.3, p.18-37, São Paulo, set. 2000.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília, 1993. 10ª edição revisada e atualizada. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Brasília, 2009. Edição revisada. (*on line*). Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2014. Edição revisada. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%CC%81digo-de-%C3%89tica.pdf>

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 001** - Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Brasília, 22 DE MARÇO DE 1999. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Brasília, 2007. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/anexos/codigo_etica_pb.pdf

Clímaco, A. A. S. **Repensando as concepções de adolescência.** Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

Coimbra, C.; Bocco, F.; Nascimento, M. L. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Coimbra, vol.57, n.1, 2005.

Colli, A. Crescimento e desenvolvimento físico. In: **Adolescência e Saúde.** 2.ed. São Paulo: Comissão de Saúde do Adolescente, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1988, p.43-57.

Collier, R. **Masculinity, law and family.** London: Routledge, 1995.

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Corrêa, S.; Jannuzzi, P. M.; Alves, J. E. D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In ABEP, IBGE. **Sistema de Indicadores municipais em saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP, IBGE, 2003.

Corrêa, S.; Ávila, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó, E. (org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas: Editora Unicamp, 2003.

Correia, N. População gay no Brasil chega a 18 milhões e marcas ainda estão cegas para agradar consumidores. Diversidades. **Blogs da Gazeta Web.** 15 ago 2014. Disponível em: <http://blogsda gazetaweb.com.br/diversidade/?p=850>

Costa, A. M. Planejamento familiar no Brasil. **Revista Bioética**, vol.4, n. 2, p.209-216, 1996.

Dallari, S. F. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 9, n. 3, p. 9-34, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>

D'elia, F. S. **Tutela penal da dignidade sexual e vulnerabilidade.** São Paulo: Letras Jurídicas, 2014. 302 p.s

Deutsch, H. **Problemas psicológicos da adolescência com ênfase na formação de grupos.** Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Di Pietro, M. S. Z. **Direito Administrativo.** São Paulo: Atlas, 2011. 24ª edição.

Di Pietro, M. S. Z. Participação da comunidade em órgãos da administração pública. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 1, n. 1, p.36-45, 2000.

Dora, D. D.; Silveira, D. D. (orgs). **Direitos Humanos Ética e Direitos Reprodutivos**. Bauru: Themis, 1998. 143p.

Empresa Brasil de Comunicação. Para Maria do Rosário, decisão do STJ sobre estupro de vulneráveis “significa constituir um caminho de impunidade”. **Agencia Brasil**, 28/03/2012. Disponível em <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-03-28/para-maria-do-rosario-decisao-do-stj-sobre-estupro-de-vulneraveis-%E2%80%9Csignifica-constituir-um-caminho-de>

Erickson, E. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

Espectador.com. Promover la abstinencia sexual reduce la eficacia de la lucha contra el sida. Montevideo, **Espectador.com**. 07/08/2006, às 18:39hs. (On-line). Disponível em: <http://www.espectador.com/salud/66091/promover-la-abstinencia-sexual-reduce-la-eficacia-de-la-lucha-contra-el-sida>

FCI - Family Care International. **Sexual & reproductive health**. Nova Iorque: FCI, 2000. Disponível em: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/FCI_SRH_Briefing%20Cards.pdf

Ferreira, C. M. M. Perspectivas do Conselho Tutelar para o século XXI. In. Nahra, C. M. L.; Bragaglia, M. (orgs) **Conselho Tutelar - gênese, dinâmica e tendências**. Porto Velho: ULBRA – Universidade Luterana do Brasil, 2002. 160p. p.127-131.

Figueiredo, R.; Bastos, S.; Telles, J. L. Profile of the free distribution of emergency contraception for adolescents in São Paulo's counties. **Journal of Human Growth and Development**, vol. 22, n. 1, p.105-115, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20058>

Figueiredo, R., Feffermann, M., Santos, M. *et al.* Ocorrência de violência e drogas envolvendo alunos de escolas municipais de Diadema – São Paulo. **Revista LEVIS - Laboratório de Estudos da Violência da UNESP**. n. 6, p.87-106, Marília, dezembro/2012. 6ª Edição. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/view/2640/2070>

Figueiredo, R.; Castro Filho, J.M.; Kalckmann, A.S. Planejamento Familiar e Reprodutivo na Atenção Básica do Município de São Paulo: direito constitucional respeitado? In **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, vol.15, n.2, p.81-93, dezembro de 2014.

Figueiredo, R.; Peixoto, M. Em defesa da criminalização da homofobia: garantindo o direito específico à diversidade de gênero. *In Revista Científica Virtual da Escola Superior de Advocacia OAB-SP*, vol. 2, n. 5, outono de 2011.

Figueiredo, R.; Puppo, L. R.; Porto AlveS, M. C., Escuder, M.M. **Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo**: estudo com estudantes de escolas públicas do ensino médio. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/comportamento_sexual.pdf

Figueiredo, R.; Segri, N. Use of Male Condoms among Adolescents with Free Access at Emergency Contraception Study among Students from the Public Education System of the Sao Paulo, Brazil. **World Journal of AIDS**, v. 04, p. 178-186, 2014.

Filho, F. P. **A noção de representação em Durkheim**. Luanova, n. 61, 2004. p.139-155.

Formiga Filho, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: Galvão, L.; Díaz, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

Foucault, M. Nascimento da Biopolítica. *In* Foucault, M. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro, Zahar Editor, 1997.

Foucault M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

Franco, A. S. Submissão de criança ou adolescente à prostituição ou à exploração sexual. **Boletim IBCCRIM**, n.9, ano 9, p.3-5, São Paulo, 2009.

FSP - Folha de São Paulo. Justiça suspende toque de recolher para adolescentes em SC. São Paulo: **FSP**, 04/03/2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/884606-justica-suspende-toque-de-recolher-para-adolescentes-em-sc.shtml>

FSP - Folha de São Paulo. PM e prefeitura vão à caça de estudantes que matam aulas. São Paulo: **FSP**, 26 nov. 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/11262-pm-e-prefeitura-vao-a-caca-de-estudantes-que-matam-aulas.shtml>

Geertz, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GGB - Grupo Gay da Bahia. **Dossiê Violência Assassinato de homossexuais no Brasil**. Salvador, 2008. Disponível em: http://www.ggb.org.br/assassinatosHomossexuaisBrasil_2008_pressRelease.html

Gomes, R. R. Os “novos” direitos na perspectiva feminino: a constitucionalização dos direitos das mulheres. In: Wolkmer, A. C., Leite, J. R. M. (org). **Os “novos” direitos do Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas.** São Paulo: Saraiva, 2003. p. 51-74.

Gracia, E. Visible but unreported: a case for the “not serious enough” cases of child maltreatment. **Child Abuse Neglect**, vol.19, p.1083-93. 1995.

Habigzang, L. F.; Azevedo, G. A.; Koller, S. H.; Xavier, P. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol.19 , n.3, p.379-386, 2006.

Heilborn, M. L. Vida a Dois: conjugalidade igualitária e identidade sexual. In: ABEP - Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, vol. 2, p.143-156, São Paulo, 1992.

HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação.** HERA, 1999. Disponível em: www.iwhc.org/hera

Heidemann, M. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

Hermann, L. M. **Maria da Penha Lei com nome de mulher: considerações à Lei n. 11.340/2006: contra a violência doméstica e familiar, incluindo comentários artigo por artigo.** Campinas: Servanda Editora, 2008. 262 p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2006.** Brasília: IBGE, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/>

IPPF – International Planned Parenthood Federation. **Direitos sexuais: uma declaração da IPPF.** IPPF - International Planned Parenthood Federation; Edição em Português de BEMFAM. – Rio de Janeiro: BEMFAM, 2009.

Jodelet, D. **Representações sociais: um domínio em expansão.** In: Jodelet, D. (Org.). **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001, p.17-44.

Joffily, S. M. L. C.; Costa, L. F. É possível prevenir gravidez na adolescência? **Psicologia.com.pt**, 2005. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0231.pdf>

Jusbrasil Legislações. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/>

Kaminski, A. K. Conselhos Tutelares: perspectivas. In. Nahra, C. M. L.; Bragaglia, M. (orgs) **Conselho Tutelar - gênero, dinâmica e tendências**. Porto Velho: ULBRA – Universidade Luterana do Brasil, 2002. 160p. p.132-146.

Langer, M. Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 266p.

Leardini, M. C. **A adolescência/juventude e a homossexualidade**: uma análise da vivência nos espaços de relação. Amparo: Centro Universitário Amparense, 2012.

Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. **Pesquisa de representação social - um enfoque qualitativo**. Brasília: Liberlivro, 2010.

Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. **Physes Revista de Saúde Coletiva**, vol.17, n.1, p.15-28, Rio de Janeiro, 2007.

Longo, I. Da legislação menorista ao ECA: mudanças nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto juvenil. In Anais do Seminário Educação. Cuiabá: UFMT, 2009. Disponível em <http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>

Malthus, T. R. **Ensaio sobre a população**. (Trad. Antonio Alves Cury.). Population: The First Essay. Ann Arbor Paperbacks, The University of Michigan Press, 1959.

Meneguetti, M. Conselho Tutelar ajuda a formar a base política de vereadores. **Jornal do Comércio**, Porto Alegre, 31/10/2015, 13:31hs. (On-line) Disponível em: <http://jcrs.uol.com.br/conteudo/2015/10/politica/462315-conselho-tutelar-formou-base-politica-de-vereadores.html>

Mensch, B. S.; Bruce, J. Greene, M. E. **The uncharted passage: girls' adolescence in the devel - oping world**. New York: Population Council, 1998.

Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: MS, 2009. 52p.

Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: MS, 2007, 56p. Série B – textos básicos da saúde

Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: MS, 2006.

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

Ministério da Saúde. **Normas de atenção integral à saúde do adolescente**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://fasi.edu.br/Arquivos/PDF/Publicacoes-do-Ministerio-da-Saude/Normas%20de%20Atencao%20a%20Saude%20Integral%20do%20Adolescente.pdf>

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. **Programa saúde do adolescente** - bases programáticas. Brasília, MS, 1996.

Ministério da Saúde. Programa de DST/Aids. **Nota Técnica 13**. Brasília: MS/PN-DST/AIDS, 2009.

Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008. Série B. Textos Básicos da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf

Ministério da Saúde. **Saúde integral do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

Miranda, A. **Que seja em segredo**. São Paulo: L & PM Editores, 2014. 128p.

Moraes, J. C. S. Conselho Tutelar entre o técnico e o político. **Jornal O Contemporâneo**, Porto Alegre, Setembro de 1997. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=384>

Moscovici, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 404p.

Nascimento, C. B. **Conhecimento e uso da contracepção de emergência por estudantes de ensino médio**. Dissertação de Mestrado São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

Nascimento, M. M. Controle de natalidade como violador da dignidade humana. **Revista Âmbito Jurídico**, n. 113 - ano XVI – junho de 2013. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12598

Nascimento, M. L.; Scheinvar, E. De como as práticas do conselho tutelar vêm se tornando jurisdicionais. **Aletheia**, n. 25, p.152-162, jan./jun. 2007.

Natividade, M. Homossexualidade, gênero e cura em perspectivas pastorais evangélicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 21 n. 61, p.115-223, junho/2006.

Neves, R. B. **Conselho tutelar e controle social: uma análise a partir da percepção dos conselheiros tutelares de Sobradinho I do Distrito Federal**. Brasília: UNB - Departamento de Serviço Social, 2014.

Nobrega, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira, A. S.; Jesuíno, J. C. (orgs.). **Representações sociais: teoria da prática**. João Pessoa: UFPB, 2003, p.51-80. 2.ed.OAB/SP – Ordem dos Advogados do Brasil. **OAB Avalia que há inconstitucionalidade em toque de recolher**. Brasília: OAB – Conselho Federal Notícias. Disponível em: <http://www.oab.org.br/noticia/17285/oab-avalua-que-ha-inconstitucionalidade-em-toque-de-recolher> .

Oliveira, A. A. S.; Xavier, M. D. F.; Alves, G. F. Reações familiares diante da situação de gravidez na adolescência i impacto da gravidez na adolescência: rejeição, aceitação e apoio. Interdisciplinar. **Revista Eletrônica da Univar**, n. 5. p.30-36, 2011. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/downloads/relacoesfamiliares.pdf>

OMS - Organização Mundial da Saúde. Instrução e assistência em questões de sexualidade humana: formação de profissionais da saúde. Genebra: OMS, 1975.

ONU – Organização das Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - plataforma de Cairo. In Frossard, H. (orgs.). **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2006a. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995. In Frossard, H. (org.). **Instrumentos internacionais de direitos das mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2006b. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf

Paiva, C. L.; Godoy, M. M.; Rodarte, M. M. S.; Santos, D. **Publicação crítica do recenseamento geral do Império do Brasil de 1872**. (Relatório provisório). Belo Horizonte: NPHEd - Núcleo de Pesquisa em História Econômica e Demográfica, 2012. Disponível em: http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/02/Relatorio_preliminar_1872_site_nphed.pdf

Paiva, V. **Fazendo Arte com a camisinha** - sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo, Summus Editora, 2000.

Pariz, J.; Mengarda, C. F.; Frizzo, G. B. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, vol. 21, n. 3, July/Sept, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300009

Passetti, E. ensaio sobre um abolicionismo penal. **Verve**, vol.9, p.83-114, São Paulo, 2006.

Passetti, E. **Anarquismos e sociedade de controle**. São Paulo, Cortez. 2003.

Passetti, E. Sociedade de controle e abolição da punição. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 13, n. 3, p.56-66, São Paulo, 1999.

Paula, D. B. **Gravidez na adolescência: estratégia de inserção no mundo adulto**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1992.

Pereira, D. H. M. A história da reprodução humana no Brasil. **Femina**, vol. 39, n. 2, p.59-64, fev, 2011.

Pereira, A. J.; Inichiata, L. Y. I. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 16 n. 7, p.3249-57, Rio de Janeiro, July 2011.

Pereira, M. C.; Peres, M. C. A.; Arcari, C. Produção de material lúdico no trabalho de gênero com a criança. Anais do IV Encontro de Extensão. Bauru: Universidade Sagrado Coração, 2010.

Peres, F.; Rosenburg, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e sociedade**, vol. 7, n. 1, p.53-86, 1998. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7018/8487>

Pergorer, M. A. S. **A construção histórica dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher**. Universidade Estadual do Norte do Paraná. Londrina, 2010.

Pessoa, A. E. S. **Sociologia da hipocrisia ou breves considerações sobre um centenário romance recifense: a emparedada da rua nova**. Saeculum (UFPB), vol. 20, p. 34-48, 2009. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/11436/0Pinto>, C. A sociedade civil institucionalizada. **Política e Sociedade**, n.5, p.99-116, Florianópolis, 2004.

Piovesan, F A. Constituição brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos. *In Direitos Humanos e o direito constitucional internacional*. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

PJSC - Poder Judiciário de Santa Catarina. TJ absolve jovem que se “entregou ao prazer” com namorada de 12 anos. Florianópolis: **PJSC**, 16 out. 2012. Disponível em: <http://app.tjsc.jus.br/noticias/listanoticia!viewNoticia.action?cdnoticia=26780>

PMSP – Prefeitura Municipal de São Paulo. Tabela de vencimentos. **Prefeitura Municipal de São Paulo**. São Paulo, PMSP, s/d. (Site On-Line). Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/upload/tabela_vencimentos_1238624211.pdf

Priotto, E.M.P. Projeto Despertar da Adolescência – Atenção Integral na Fase Adolescer – relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, vol. 7, n. 1, p.55-60, jan./jun. 2002.

Rector, M. A **Fala dos Jovens**. Petrópolis: Vozes, 1994

Reich, W. **A Irrupção da moral sexual repressiva**. vol. 1. Porto: Publicações Escorpções, 1974. Cadernos O Homem e a Sociedade.

Revista Consultor Jurídico. Mudança na lei favorece acusado de corrupção de menores. **RCJ**, 29 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2012-jun-29/mudancas-lei-favorecem-reu-condenado-corrupcao-menor>

Rio de Janeiro (estado). **Lei nº 3406 – Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem pessoas em virtude de sua orientação sexual**. Rio de Janeiro, 15 de maio de 2000. Disponível em: <http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/143407/lei-3406-00>

Rio de Janeiro (estado). **Lei nº 5096 – Inclui no currículo escolar de escolas públicas e particulares o ensino da sexualidade humana**. Rio de Janeiro, 1º de outubro de 2007. Disponível em: <http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/87882/lei-5096-07>

Rios, L. F. O paradoxo dos prazeres: Trabalho, homossexualidade e estilos de ser homem no candomblé queto fluminense. **Etnográfica**, vol. 16, n. 1, p. 53-74, 2012.

Rios, L. F. Parcerias Sexuais na Comunidade ‘entendida’ do Rio de Janeiro – notas etnográficas em torno de questões etárias e do amor romântico, In Rios, L. F.; Almeida, V. A.; Parker, R.; Pimenta, C. et al. **Homossexualidade, produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro, 2004. p.100-13.

Rios, R. R. Direitos fundamentais e orientação sexual: o direito brasileiro e a homossexualidade. Lisboa: **Revista CEJ**, vol. 2, n. 6, set/dez de 1998.

Rios, R. R. Para um direito democrático da sexualidade Porto Alegre: **Horizontes Antropológicos**, ano 12, n. 26, p 71-100, jul/dez 2006.

Roland, M. I. F. **A construção social do problema da gravidez na adolescência**: estudo de caso sobre o campo institucional da Central da Gestante, em Piracicaba, SP. Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Estadual de Campinas, 1994. 248p. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1383830319_ARQUIVO_PESQUISA-INTERVENCAOEMPSICOLOGIA.pdf .

Sacramento, S. Mulheres emparedadas e seus espaços de memória. Florianópolis: **Estudos Feministas**, vol. 14, n. 2, p.549-571, maio-agosto de 2006.

Santos, B. R. **Emergência da concepção moderna de infância e adolescência: mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias.** Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

Santos, G. Da Lei do Ventre Livre ao Estatuto da Criança e do Adolescente: uma abordagem de interesse da juventude negra. **Bis – Boletim do Instituto de Saúde**, n. 44, abril de 2008.

São Paulo (estado). **Lei nº 10948** - Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual. São Paulo, 5 de novembro de 2001. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/130533/lei-10948-01>

São Paulo (estado). **Lei nº 12284** - Autoriza o Poder Executivo a incluir no currículo do ensino fundamental e médio a crítica da violência doméstica e da discriminação de raça, gênero, orientação sexual, origem ou etnia. São Paulo, 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/136451/lei-12284-06>

Saut, R. D. O direito da criança e do adolescente e sua proteção pela rede de garantias. **Revista Jurídica CCJ/FURB**, vol. 11, n. 21, p. 45-73, jan/jun 2007.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria e FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. **Adolescência e Saúde**, vol. 2, n. 2, p.8-9, junho 2005. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168

Scheinvar, E. Conselho tutelar e estado de [violação de] direito. *In XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Scheinvar, E. **O Feitiço da Política Pública ou como garante o Estado a violação dos direitos da criança e do adolescente?** Tese de Doutorado. Niterói, Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, 2001.

Scott, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 20, n. 2, jul./dez. 1995, pp.71-99.

Segura, J. C. S.; D'Alkmin, S. M.; Amara, S. T. O princípio do isonomia e a mulher casada no Brasil. **Encontro de Iniciação Científica**, nº 6, vol. 6, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/viewFile/191/255>

Silva, E. Vereadores disputam voto a voto nos bairros. Diário do Nordeste, Fortaleza - 6/10/2015 8:55 hs. (On-line). Disponível em <http://blogs.diariodonordeste.com.br/edisonsilva/blog-politica/vereadores-disputam-voto-a-voto-nos-bairros/>

Silva Junior, H; Oliveira, J. **Direito de igualdade racial aspectos constitucionais, civis e penais**. doutrina e jurisprudência. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2002.

Silva, K. E. O. **O papel do direito penal no enfrentamento da discriminação**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

Souza, J. M.; Silva, J. P. Homofobia: discutindo a discriminação no meio escolar. Itabaiana: **Gepiadde**, vol. 9, Ano 5, jan-jun de 2011. Disponível em: http://200.17.141.110/periodicos/revista_forum_identicidades/revistas/ARQ_FORUM_IN_D_9/FORUM_V9_09.pdf. Acessado em setembro de 2012.

Souza Junior, A. **A política demográfica da igreja católica e a medicalização da contracepção (1960-1980)**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis, 2006.

Tavares, J. C. R. **Toque de recolher para crianças e adolescentes no Brasil à luz da legislação**. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2010.

Ventura, M. (Org.). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito**. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. 120 p. Disponível em: <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/ADVOCACI/Dir%20SexDR.pdf>

WHO - World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. **Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All**. Genebra: WHO, 1986. Technical Report Series 731.

WHO - World Health Organization Constitution of the World Health Organization. WHO: Genebra, 1946. Disponível em: http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en. WAS - WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. Declaração dos direitos sexuais. WHAS, Hong Kong, 1999.

Zagury, T. **Encurtando a adolescência**. Rio de Janeiro: Record, 1999. 4ª edição.

ANEXOS

Anexo I - QUESTIONÁRIO– Pesquisa Conselhos Tutelares/2013

PARTE I – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

- 1 – Sexo:** ☐ Masculino
☐ Feminino

- 2 – Faixa Etária:** ☐ até 29 anos
☐ 30 a 39 anos
☐ 40 a 49 anos
☐ 50 a 59 anos
☐ mais de 60 anos

- 3 – Escolaridade:** ☐ sem escolaridade
☐ Fundamental 1 completo ou incompleto (4ª série)
☐ Fundamental 2 completo ou incompleto (8ª série)
☐ até Ensino Médio completo ou incompleto (colegial)
☐ até Superior completo ou incompleto
☐ pós-graduação

3b)- Se Superior que formação? _____

- 4 – Situação Conjugal Atual:** ☐ sem parceria fixa
☐ parceria fixa com residência
☐ parceria fixa sem residência

- 5 – Número de filhos:** ☐ nenhum
☐ 1 ou 2
☐ 3 a 4
☐ mais de 4

- 6 – Faixa etária dos filhos:** ☐ até 7 anos
☐ de 8 a 11 anos
☐ de 12 a 17 anos
☐ 18 a 25 anos
☐ acima de 25 anos

- 7 – Religião:** ☐ católica
☐ espírita
☐ evangélico não pentecostal (Batistas, Metodistas e Presbiterianos)
☐ evangélico pentecostal (Assembleia de Deus, Igreja do Evangelho, Renascer em Cristo, Universal do Reino de Deus, Mundial da Graça e outros)
☐ afro-brasileiras (umbanda / candomblé)
☐ outras religiões
☐ ateu/ agnóstico/ sem religião

- 8 – Frequência da prática religiosa:** ☐ semanal
☐ mensal
☐ esporádica (casamentos, batizados, eventos)

☐ não frequenta

9 – Experiência como membro de Conselho Tutelar:

☐ 1ª vez

☐ já teve

10 – Conselho Tutelar localizado em: _____

11 – Quais os 3 tipos de caso mais comuns recebidos pelo seu conselho tutelar:

1º) _____

2º) _____

3º) _____

12 – Você recebem casos vindos de problemas ocorridos em escolas públicas?

☐ sim Sempre

☐ sim Às vezes

☐ Não/Nunca

13 – Que tipo de casos relativos a problemas ocorridos nessas escolas aparecem?

PARTE II- CASOS PARA ANÁLISE E RESPOSTA

14 – Leia aos casos abaixo e responda as questões de cada um da forma mais COMPLETA que puder:

Caso A-

Vera tem 13 anos Ela faz 14 anos em dezembro

Ela namora Rubens de 16 anos há seis meses

De uns tempos pra cá, a relação começou a ficar mais “quente”, passaram a se agarrar mais e já fizeram sexo duas vezes

Isso acontece na casa dela à tarde, depois da aula, quando não tem ninguém E Rubens sempre usa camisinha, como aprendeu na escola

Sobre este caso responda às 4 Questões:

A1- Qual a sua OPINIÃO PESSOAL sobre este caso, independente de participar do Conselho Tutelar?

A2- Este caso gera algum desrespeito ou prejuízo legal aos direitos dos envolvidos? Se sim, a qual envolvido? Qual/quais prejuízos?

A3- O Conselho Tutelar teria que se manifestar? Se sim, como?

A4 – Caso tal situação chegasse ao Conselho, quem traria esse caso avisando/denunciando?

Caso B –

Luís tem 15 anos
Ele já percebeu que não é como os outros garotos: não se sente atraído por meninas
Até já deu alguns beijos e teve relação sexual com uma amiga, mas não sentiu grande emoção
No ônibus, conheceu Pedro que mora no bairro vizinho
Pedro tem 18 anos e, após várias trocas de torpedão, chamou-o para dormir com ele em sua casa

Sobre este caso responda às 4 Questões:

B1- Qual a sua OPINIÃO PESSOAL sobre este caso, independente de participar do Conselho Tutelar?

B2- Este caso gera algum desrespeito ou prejuízo legal aos direitos dos envolvidos? Se sim, a qual envolvido? Qual/quais prejuízos?

B3- O Conselho Tutelar teria que se manifestar? Se sim, como?

B4 – Caso esta situação chegasse ao Conselho, quem traria esse caso avisando/denunciando?

Caso C-

Luana mora com a mãe e o padrasto e três irmãozinhos.
Ela tem 16 anos e namora Edu desde os 12 anos.
Agora que Edu fez 18 anos, ela quer engravidar e ir morar com ele.

Sobre este caso responda às 4 Questões:

C1- Qual a sua OPINIÃO PESSOAL sobre este caso, independente de participar do Conselho Tutelar?

C2- Este caso gera algum desrespeito ou prejuízo legal aos direitos dos envolvidos? Se sim, a qual envolvido? Qual/quais prejuízos?

C3- O Conselho Tutelar teria que se manifestar? Se sim, como?

C4 – Caso esta situação chegasse ao Conselho, quem traria esse caso avisando/denunciando?

Caso D

Tânia e Isabel formam uma turma de amigas de escola há anos
Agora se juntaram com Cristina e Priscila que entraram na escola
As quatro meninas têm 14 anos e agora, estão com mania de dormir juntas, combinando dormirem cada vez na casa de outra
Comentam por aí que quando ficam juntas, todas se beijam, ficam se esfregando e transando
Já convidaram até Lucas, também de 14 para participar, mas ele falou que só ia se levasse seu irmão Carlos de 13 anos

Sobre este caso responda às 4 Questões:

D1- Qual a sua OPINIÃO PESSOAL sobre este caso, independente de participar do Conselho Tutelar?

D2- Este caso gera algum desrespeito ou prejuízo legal aos direitos dos envolvidos? Se sim, a qual envolvido? Qual/quais prejuízos?

D3- O Conselho Tutelar teria que se manifestar? Se sim, como?

D4 – Caso esta situação chegasse ao Conselho, quem traria esse caso avisando/denunciando?

Caso E

Numa escola pública, Tiago de 6 anos mexeu com uma caneta nos órgãos sexuais de Laura também da sua classe

Laura chegou em casa e contou para a mãe que ficou escandalizada e foi para a escola reclamar

Sobre este caso responda às 4 Questões:

E1- Qual a sua OPINIÃO PESSOAL sobre este caso, independente de participar do Conselho Tutelar?

E2- Este caso gera algum desrespeito ou prejuízo legal aos direitos dos envolvidos? Se sim, a qual envolvido? Qual/quais prejuízos?

E3- O Conselho Tutelar teria que se manifestar? Se sim, como?

E4 – Caso esta situação chegasse ao Conselho, quem traria esse caso avisando/denunciando?

PARTE II – QUESTÕES BASE FINAIS

12 – Na lei brasileira, adolescentes são pessoas acima de quantos anos? _____

13 – Se você pudesse opinar, qual deveria ser essa idade que define a adolescência? A partir de quantos anos? _____

14- Independente das leis atuais, EM SUA OPINIÃO PESSOAL qual deveria ser a idade mínima para:

- a) viajar sem autorização dentro do país? _____ anos
- b) dirigir? _____ anos
- c) consumir bebidas alcoólicas: _____ anos
- d) ter relações sexuais? _____ anos
- e) responder criminalmente? _____ anos
- f) residir sozinho? _____ anos

OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

Anexo II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *ON LINE* QUE DÁ ACESSO AO QUESTIONÁRIOS

PESQUISA: Percepção e Orientação de Condutas de Conselheiros Tutelares sobre Práticas Sexuais de Menores de 18 anos

Caro Conselheiro,

Estamos solicitando sua participação na pesquisa **Percepção e Orientação de Condutas de Conselheiros Tutelares sobre Práticas Sexuais de Adolescentes entre Menores de 18 Anos** que está sendo desenvolvida sob coordenação de Regina Figueiredo, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

A pesquisa tem como objetivo conhecer as representações e opiniões de conselheiros tutelares do município de São Paulo sobre a atuação do Conselho Tutelar em casos que envolvem práticas sexuais de adolescentes

Você está convidado a responder a um questionário num sistema *on line* restrito a esse estudo, através de laptops que estamos dispondo neste momento Suas respostas serão unidas a de outros participantes para serem totalizadas e analisadas em conjunto, contribuindo para o conhecimento sobre o que os conselheiros pensam sobre essas situações

Sua participação é LIVRE e VOLUNTÁRIA, tendo garantia que será mantido sigilo e anonimato Você pode abandonar o preenchimento da pesquisa em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo ou punição quanto a esta decisão

Ressaltamos que todas as informações colhidas no questionário serão usadas somente para fins desse estudo e sua divulgação estarão dentro do contexto da investigação

Comprometemo-nos, também que será dado retorno dos resultados do estudo a sua pessoa e instituição, de forma que possam utilizá-los para o benefício de ações e discussões da temática tratada no estudo, visando à ampliação das ações dos Conselhos Tutelares brasileiros em benefício à efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes em nosso país Os resultados do estudo também serão divulgados na forma de dissertação, artigos e eventos científicos

Em caso de quaisquer dúvidas ou apoio sobre o tema, a coordenação do projeto se encontra a disposição através encontro-me do endereço e telefone abaixo:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Regina M^a MD de Figueiredo

– Doutoranda em Saúde Pública/ USP

Contatos: Rua Santo Antonio, 590, Bela Vista – São Paulo,

Fone: 91619280 ou 32932286/ Email: reginafigueiredo@isaudespgovbr ou reginafigueiredo@uolcombr

Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Av Dr Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil, Telefone 11 3061-7779

CONFIRMAÇÃO DE ACEITE *ON LINE* DO PESQUISADO PARA ACESSO AO QUESTIONÁRIO:

Assinalo voluntariamente abaixo a opção em participar ou não da pesquisa acima referida, após ter sido informado sobre seus objetivos de maneira clara e detalhada e da minha garantia de anonimato e livre expressão e participação

- ☐ CONCORDO, QUERO PARTICIPAR DA PESQUISA
- ☐ NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR

Anexo III – CÓPIA DO PARECER DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA AUTORIZANDO O PROJETO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Situações Sexuais: percepção e opinião de jovens de São Paulo sobre a atividade sexual em troca de vantagens financeiras, materiais e de status

Pesquisador: Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 03382712.3.0000.0086

Instituição Proponente: São Paulo Secretaria de Saúde ((Instituto de Saúde))

Patrocinador Principal: São Paulo Secretaria de Saúde ((Instituto de Saúde))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 218.162

Data da Relatoria: 07/03/2013

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa que pretende levantar as representações e opiniões de universitários sobre situações que envolvem trocas sexuais por bens materiais, bens de status, consumo de álcool e drogas e dinheiro. O grupo pesquisado será composto por alunos da Universidade Nove de Julho - UNINOVE. A amostra é de conveniência, os alunos serão convocados a participar, respondendo a um questionário on-line. O n da pesquisa é 200.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever percepção e opinião de jovens estudantes universitários da cidade de São Paulo de Instituição que atue em diferentes regiões da cidade sobre situações que envolvem trocas sexuais por vantagens, bens materiais, de status.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos ou desconfortos relevantes aos sujeitos da pesquisa.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia está adequada aos objetivos. Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos. Há compromisso com o sigilo e a privacidade do voluntário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado documento de coresponsabilidade da INSTITUIÇÃO UNINOVE, conforme solicitado em parecer pendente.

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram adequadamente anexados.

Recomendações:

nao se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nao se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, aposto sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CO-NEP/CNS.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresenta-das ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

PB - De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

concluído.

SAO PAULO, 13 de Março de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0869517867637669>

Última atualização do currículo em 17/11/2015

Cursa Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública-USP, Socióloga, Mestre em Antropologia (área de Antropologia da Saúde) - USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da SES-SP, Membro do NEPAIDS - Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids - USP, Articuladora Nacional da REDE CE - Rede Brasileira de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, Membro do CLAE - Consórcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, Coordena Pesquisas Quantitativas e Qualitativas e Projetos de intervenção em Saúde Pública sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo Planejamento Familiar e Reprodutivo, Prevenção à Gravidez Não-Planejada entre Adolescentes, Prevenção de DST/Aids, Educação Sexual, Prevenção ao Abuso de Álcool e Drogas. Como especialista em Metodologia de Educação, Comunicação em Saúde e Comunicação Social já produziu diversos materiais educativos, entre manuais, cartilhas, álbuns seriados e vídeos. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Regina Maria Mac Dowell de Figueiredo

Nome em citações bibliográficas

Figueiredo, R.; FIGUEIREDO, R;FIGUEIREDO, Regina; FIGUEIREDO, Regina Maria Mac Dowell; FIGUEIREDO, R.M.M.D.; FIGUEIREDO, R.M.

Endereço

Endereço Profissional

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Is Instituto de Saúde, Nies Núcleo de Educação Em Saúde.

Rua Santo Antônio, 590

Bela Vista

01314-000 - Sao Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 32932286

Fax: (11) 32932228

URL da Homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Formação acadêmica/titulação

1995 - 1999

Mestrado em Antropologia Social.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres de Baixa Renda: Favela Monte Azul - um estudo de caso, Ano de Obtenção: 1999.

Orientador: José Francisco Quirino dos Santos.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Palavras-chave: saúde sexual e reprodutiva; saúde comunitária; saúde da mulher; comunicação em saúde; representações sociais da saúde; antropologia da saúde.

Grande área: Ciências Humanas

Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da Saúde / Especialidade: Saúde Preventiva Feminina.

Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia da Saúde / Especialidade: Cuidados Com a Saúde.

Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais; Educação; Administração Pública, Defesa e Seguridade Social.

1992 - 1993

Especialização em Licenciatura em Ciências Sociais.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: Uso de Metodologia Construtivista na Educação Sexual.

1992 - 1994

Aperfeiçoamento em Estudos da Mulher e da Família. (Carga Horária: 2000h).

Centro de Estudos Rurais e Urbanos, CERU, Brasil.

Título: Família em São Paulo: A atuação dos Agentes Femininos no Campo das Relações Familiares em Diferentes Classes Sociais. Ano de finalização: 1994.

Orientador: Maria Christina Siqueira de Souza Campos.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

1986 - 1992

Graduação em Ciências Sociais.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.