



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

ANA CAROLINA ASSIS OLIVEIRA DE SÃO PEDRO

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES NEGRAS: UM
ESTUDO SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS A
PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Salvador

2022

ANA CAROLINA ASSIS OLIVEIRA DE SÃO PEDRO

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES NEGRAS: UM ESTUDO SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Noronha.

SALVADOR

2022

ANA CAROLINA ASSIS OLIVEIRA DE SÃO PEDRO

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES NEGRAS: UM ESTUDO SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Banca examinadora:

Valéria dos Santos Noronha

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Universidade Federal da Bahia.

Flávia da Silva Clemente

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.
Universidade Federal de Pernambuco.

Gilmara Silva de Oliveira

Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Bahia.
Assistente Social pela Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

*Faço a minha vida mais linda
Tão livre e tão viva
Longe do seu "ou não"
Eu sou minha mãe, minha filha
Meu pai, minha tia
Eu sou meu apoio
Eu sou minha irmã, eu sou minha, só minha
Eu sou o meu sol in my soul , y'all*

Flora Matos

A minha caminhada não começou por mim. Ela começou no momento em que Dona Chica dedicou a sua vida para criar e proteger os seus com todo o amor do mundo. Continuou sendo percorrida quando Laura precisou trabalhar na casa de outras pessoas para dar o melhor possível naquele momento à suas filhas e sobreviver nessa sociedade tão desigual. E não parou por aí. Minha caminhada continuou quando Ana Maria (ou Ninha, para os netos, como um apelido acidental e carinhoso criado por mim), contrariou as estatísticas e os obstáculos impostos por esse sistema racista patriarcal, e passou a ser a primeira pessoa da família a se formar em uma universidade. Meu caminho também foi se construindo ao ser parceira de vida de Mariana, e acompanhá-la em várias etapas de sua vida profissional (nos Correios, nas salas de aula...), inclusive em sua trajetória de muita luta no curso de Pedagogia na UFBA, que foi quando eu tive a certeza de que queria estudar onde estou. Refletindo sobre essas e outras vivências que me trouxeram até aqui, vejo que eu não estou sozinha.

Por isso, quero me dedicar aqui a agradecer a todos que vem me acompanhando nessa trajetória caótica, não somente no processo de construção do TCC, como também para quem me viu crescer, na escola, no cursinho, na faculdade, para quem acompanhou todas essas fases e agora está aqui comigo compartilhando vitórias e sorrisos. É um agradecimento para todos, até mesmo para quem veio e não ficou. Até mesmo para quem desacreditou que um dia eu estaria na federal, risos.

Agora, para quem ficou, quero deixar em palavras aqui a minha gratidão, dedicando esse trabalho, com muito amor e carinho,

À minha tataravó Dona Chica (*in memorian*). Foram 115 anos de cuidado, de amor, de bronca e de cantoria, e a memória dela hoje é força para mim. Quero ser forte e viva como Dona Chica foi, e é até hoje em nossas memórias. Ainda consigo sentir a mão dela fazendo carinho na minha cabeça e escutar a voz dela falando "ah, mas eu não vou embora sem ver você formar e casar, né?".

À meu avô Wilson Paulo, Andorinha (*in memoriam*), pois sei que amaria estar aqui nesse momento. Agora eu que canto “olha o que eu trouxe pro menino” daqui, meu avô, esperando que você esteja escutando de algum lugar. Olha o que eu trouxe! Uma formação na UFBA! Eu consigo enxergar o seu sorriso ao saber disso.

À minha mãe Mariana, meu pai Evandro, minha irmã Bia, minha vó Ninha, minha bisavó Laura, minha tia avó Duda, minha tia Lau, meu tio Rodrigo, minha tia Déa, minha tia Joelma, minha prima irmã Érica e minha tia Eva. Sou muito grata a vida e feliz por ter a família que eu tenho. Obrigada pelo apoio de sempre e pela compreensão nos momentos em que precisei estar ausente, pois é o colo de vocês que me dá mais força para continuar trilhando o meu caminho. Sempre digo que tudo que eu faço não é apenas por mim, é pela minha família também.

À meu companheiro de vida, Enrico. Não tenho nem palavras para agradecer todo o seu apoio durante a minha trajetória universitária, desde o momento em que eu ainda estava no cursinho em dúvida sobre o que ia fazer. Você sempre acreditou em mim e na minha dedicação, e toda a sua ajuda até aqui foi essencial para o meu processo de formação. Obrigada pelos momentos de escuta sobre minhas vivências na Universidade, pelos abraços e pelo companheirismo em tudo. Compartilhar a vida contigo é bom demais.

À minha sogra, Denise. Obrigada por todos esses anos de acolhimento, carinho e cuidado comigo e com a minha família. Sou feliz pela nossa relação e muito grata por tudo que vivemos até hoje. E que sorte eu tive: minha sogra é professora de universidade federal e assistente social! Sua ajuda foi fundamental para que eu confiasse mais em meu trabalho.

À minhas amigas e parceiras da UFBA, Amanda, Rana e Thalia. Muito obrigada, meninas! Foi muito mais legal ter vivido tudo isso com vocês. Sempre falam que no fim vamos sentir falta da Universidade, mas acho que vou sentir mais falta mesmo é do dia a dia com vocês. Das risadas, das resenhas, dos olhares, dos trabalhos, das discussões, dos abraços inesperados, do ombro pra chorar e acolher, das fofocas em buzufba... Eu tenho mesmo é que agradecer à UFBA por ter conhecido vocês entre as loucuras da vida.

Deixo aqui um abraço especial para minha amiga Amanda, pois foi minha dupla na maioria dos trabalhos durante essa caminhada. Nós trocamos muito durante esses anos, e isso foi essencial para que eu construísse uma identidade na escrita. Começamos em Tangerina e eu espero que ainda tenhamos muitos escritos e histórias para compartilhar por aí, mundo afora.

À Emília, João, Jordan, Juliana, Linda, Tiago, Ana, meninas do grupo C.U.S., meus amigos de outras esferas da vida que estiveram comigo nesse processo, também deixo aqui o

meu agradecimento a vocês. Agradeço por todas as vezes que nos juntamos para chorar uns perrengues da vida, contar umas resenhas e dar muita risada, momentos que tanto conseguem recarregar a minha bateria para seguir em frente em mais uma semana.

À minha orientadora, Valéria. Prof, obrigada pela sua orientação tão incentivadora. Sou grata por todas as palavras que me deram mais gás para escrever e também me fizeram acreditar mais no potencial da minha escrita e do meu trabalho. Em momentos que eu me sentia mais insegura, você acreditou que eu poderia ir além e eu sempre serei grata por isso.

À minha supervisora de campo do estágio que realizei em uma maternidade pública, Andrea Santiago. Santi, sua supervisão foi essencial para que eu conseguisse me visualizar na profissão. Logo quando eu entendi a profissional que você é e a forma que você se dedica ao seu trabalho, pude entender também que profissional eu gostaria de ser. Levo agora para a construção da minha identidade profissional muito do que aprendi com você nesses três semestres. Fica aqui o meu agradecimento também à equipe de Atenção Psicossocial da maternidade pública, que me recebeu tão bem e participou do meu processo de formação profissional.

Por fim, dedico esse trabalho para todas as adolescentes negras e todas as mulheres negras que também foram adolescentes. Que nós comecemos a escrever sobre nós para movimentarmos essa estrutura que se sustenta em nossa opressão.

E de novo,

Obrigada.

Amo vocês.

Aí, maloqueiro! Aí, maloqueira!
Levanta essa cabeça
Enxuga essas lágrimas, certo? (Você memo')
Respira fundo e volta pro ringue (Vai)
Cê vai sair dessa prisão
Cê vai atrás desse diploma
Com a fúria da beleza do sol, entendeu?
Faz isso por nóiz
Faz essa por nóiz (Vai)
Te vejo no pódio

Ano passado eu morri
Mas esse ano eu não morro

Emicida, em AmarELO (Sample: Belchior - Sujeito de Sorte ft. Pablllo Vittar e Majur)

SÃO PEDRO, A. C. A. O. de. **DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES NEGRAS**: Um estudo sobre o acesso aos serviços de saúde no contexto do SUS a partir de uma revisão de literatura. 2022. 66 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

Este trabalho busca estudar o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços de saúde que atendem à saúde sexual e reprodutiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). No que diz respeito à metodologia utilizada neste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com base em uma revisão integrativa de literatura e nos diários de campo produzidos durante o estágio em uma maternidade pública de Salvador/BA, de natureza qualitativa e caráter exploratório, com o objetivo de analisar sob uma perspectiva crítica como vem ocorrendo o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos. No segundo capítulo do trabalho, primeiramente será feita uma introdução do tema, discutindo sobre a heterogeneidade nas formas de ser adolescente e os impactos dessa fase na sexualidade humana, para depois levantar os marcos históricos e legais sobre os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes no Brasil e no mundo. Já no terceiro capítulo, o foco passa a ser direcionado para as adolescentes negras e a forma em que elas acessam os serviços de saúde públicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. A discussão se inicia pelo entendimento de como se configura o acesso dos adolescentes aos seus direitos sexuais e reprodutivos pelos serviços de saúde públicos, para posteriormente tratar, de maneira crítica e à luz da interseccionalidade, sobre os dados que a literatura e as minhas vivências no processo de estágio possuem sobre o acesso das adolescentes negras aos direitos sexuais e reprodutivos pelo SUS.

Palavras-chave: Adolescentes negras; Direito sexual; Direito reprodutivo; Interseccionalidade; Acesso; SUS

SÃO PEDRO, A. C. A. O. de. **SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS OF BLACK TEENAGE GIRLS**: A study about the access to the public health service in the context of SUS from a literature review. 2022. 66 f. Monograph (Graduation in Social Work) - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

This monography seeks to study the access of black teenagers girls to their sexual and reproductive rights in the context of Sistema Único de Saúde (SUS). With regard to the methodology utilized in this study, it was made a bibliography research, based on a integrative literature review and field journals produced during internship on a public maternity from Salvador/BA, of a qualitative and exploratory nature, with the purpose of analyze under a critical perspective how it's been happening the access of the black teenagers girls to their sexual and reproductive rights. In the second chapter of this work, first will be done an introduction to the theme, discussing the heterogeneity of ways of being a teenager, and the what are the impacts of this period on the human sexuality, and then bring the historical and legal landmarks about sexual and reproductive rights of teenagers in Brazil and in the world. In the third chapter, the focus shifts to the black teenagers girls and the way that they access the public health service related to the sexual and reproductive health. The discussion begins by understanding how teenagers access their sexual and reproductive rights through the public health service, for later treat, critically and in the light of the intersectionality about the data that the literature and my experiences in the internship process have on the access of black teenagers to sexual and reproductive rights through the SUS.

Keywords: Black teenager girls; Sexual rights; Reproductive rights; Intersectionality; Access; SUS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CT	Conselho Tutelar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LGBT+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais, Transgêneros etc.
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEP	Projeto Ético-Político
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES NO BRASIL: UMA DISCUSSÃO SOBRE O ADOLESCENTE, SUA SEXUALIDADE E OS MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	17
2.1. ADOLESCÊNCIAS: O SER ADOLESCENTE E A SEXUALIDADE	18
2.2. OS MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS VOLTADOS PARA OS ADOLESCENTES NO BRASIL E NO MUNDO	23
3. O ACESSO À DIREITOS NO BRASIL TEM COR! UMA ANÁLISE CRÍTICA INTERSECCIONAL SOBRE O (NÃO) ACESSO DAS ADOLESCENTES NEGRAS À SEUS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS POR MEIO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	32
3.1. A CONFIGURAÇÃO DO ACESSO DOS ADOLESCENTES AOS SEUS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO CONTEXTO DO SUS	33
3.2. AS PARTICULARIDADES DO ACESSO AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PELAS ADOLESCENTES NEGRAS NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO À LUZ DA INTERSECCIONALIDADE	39
3.2.1. “Eu parei à pedido dele e agora eu que estou aqui”: histórias de adolescentes negras que acessaram à maternidade onde estagiei	39
3.2.2. Uma análise interseccional sobre o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos pelos serviços de saúde públicos no Brasil	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	62

1. INTRODUÇÃO

Este referido trabalho busca estudar, através de uma *revisão de literatura* e dos escritos em diário de campo, produzidos durante o estágio obrigatório que realizei em uma maternidade pública de Salvador/BA, o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços de saúde que atendem à saúde sexual e reprodutiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Parto da minha própria vivência enquanto mulher negra, que quando adolescente, me deparei pela primeira vez com uma tentativa autoritária de decisão sobre o meu corpo. O médico ginecologista estava querendo decidir de maneira paternalista e autoritária sobre a minha vida sexual e reprodutiva, com questionamentos que fizeram eu me perguntar “até onde isso lhe cabe?”.

Com isso, sinto que a temática vem tomando a minha atenção desde então, não somente na minha vida pessoal como também na vida profissional. Durante a minha experiência de estágio, fui impactada pela desinformação das usuárias da instituição em relação à aspectos básicos sobre sexualidade e reprodução e aos seus principais direitos nesse âmbito, principalmente as mulheres jovens, adolescentes e/ou negras.

Em algum dia de estágio, um profissional da instituição me perguntou o que eu sentia ao atender tantas pacientes mais novas que eu ou com a idade próxima a minha. A única coisa que consegui responder naquele momento foi que eu conseguia me ver nelas. Poderia ser eu ali. Eu me via naquelas meninas.

As histórias que me atravessaram durante o período em que fiquei situada enquanto estagiária da assistente social de referência da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), demonstraram as fragilidades das adolescentes negras no acesso aos serviços de saúde em relação à saúde sexual e reprodutiva. Por ser uma UTIN, certamente haveria adolescentes, pois prematuridade e gestação precoce estão diretamente associados (ALMEIDA et al, 2020). Por ser uma maternidade pública, o fator raça estava presente. A minha vivência atuando junto aos usuários dos serviços dessa instituição me fizeram observar o quão gritante estava a forma como as opressões interseccionais os atingem.

Na maioria dos casos em que tive contato durante o estágio, a gravidez não foi planejada e estava atrelada ao uso incorreto dos métodos contraceptivos ou ao não uso. Participei de uma entrevista social feita por uma assistente social desta maternidade pública, na qual a paciente afirmou que utilizava a anticoncepção oral de emergência – também

conhecida como pílula do dia seguinte – enquanto “método contraceptivo”, sendo que este é um método de contracepção não regular que deve ser utilizado apenas para evitar uma gravidez indesejada após relação sexual sem proteção.

A realidade de desconhecimento e afastamento de informações de qualidade sobre a saúde sexual e reprodutiva e seus direitos acomete as mulheres de maneira geral, porém, as adolescentes possuem particularidades referentes ao tema da sexualidade e reprodução. As mudanças biopsicossociais intrínsecas à adolescência levantam dúvidas e estimulam a curiosidade dos indivíduos sobre a sexualidade e a reprodução, o que acarreta na procura de novas experiências de maneira impulsiva (SILVA et. al, 2015).

A fase da adolescência é caracterizada pelos impulsos intrínsecos ao desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social que interferem diretamente nas relações sociais estabelecidas pelo adolescente, pois ocorre um esforço, característico desta fase, para adentrar em grupos sociais, determinar a sua identidade e atender expectativas sociais e culturais (EISENSTEIN, 2005).

Dessa forma, compreende-se que as alterações biopsicossociais pertencentes à adolescência possuem especificidades emocionais e comportamentais referentes à saúde sexual e reprodutiva. E para tratar sobre o início da vida sexual durante essa fase, é preciso pensar na exposição em que os adolescentes se encontram à infecções sexualmente transmissíveis (IST's), gravidez precoce e violência sexual quando não possuem acesso a informações de qualidade e seguras (GONDIM et al, 2015).

Contudo, as categorias sociais e identitárias implicam diretamente nas oportunidades e no acesso dos adolescentes a determinados espaços, serviços e informações. Apesar dos aspectos generalizantes levantados anteriormente sobre a relação entre adolescência, sexualidade e reprodução, esta é uma realidade que afeta as adolescentes negras de maneira particular. Esse grupo convive com as questões de raça/etnia, de classe, sexualidade e de gênero em seu cotidiano, de maneira que influencia negativamente nas oportunidades e no acesso à informações e a lugares dentro de uma sociedade capitalista, a qual lucra sob as expressões da *questão social*¹.

¹ De acordo com Iamamoto e Carvalho (2014), “[...] a questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.83-84). Assim, a questão social se expressa

Portanto, refletir sobre a dificuldade das adolescentes negras acerca do acesso aos serviços de saúde pública, no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, implica em analisar a violação de seus direitos sexuais e reprodutivos sob uma perspectiva crítica e interseccional².

A saúde sexual das mulheres negras brasileiras é diretamente atravessada pelas vulnerabilidades a que elas estão expostas, em razão das opressões que envolvem as categorias interseccionais de raça/etnia, classe, gênero e sexualidades. E ao tratar sobre as adolescentes, elas são as principais vítimas de abuso sexual e exploração sexual comercial, além de estarem sob maior risco às IST's. As adolescentes estão mais vulneráveis biologicamente e socialmente às experiências sexuais violentas e inseguras, considerando que dispõem de um epitélio uterino mais exposto, sofrem com menor poder de negociação por uma prática sexual segura e não têm a sua vida sexual legitimada socialmente, o que interfere diretamente no acesso à informações e práticas seguras (TAQUETTE e MEIRELLES, 2013).

A negação dos atendimentos em serviços de saúde quando as adolescentes não estão acompanhadas dos seus pais ou responsáveis legais, interfere nas ações de prevenção e tratamento das IST's. Ao tratar de adolescentes negras, a situação se torna ainda mais complexa, pois envolve os empecilhos relacionados à questão geracional citados anteriormente e os individuais, sociais e coletivos/programáticos³ (TAQUETTE e MEIRELLES, 2013).

No que diz respeito à metodologia utilizada neste trabalho, foi realizada uma *pesquisa bibliográfica*, com base em uma *revisão integrativa de literatura*, de *natureza qualitativa e caráter exploratório*, com o objetivo de analisar sob uma perspectiva crítica como vem ocorrendo o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos no Brasil através de outros estudos já produzidos. Conforme Lakatos e Marconi (2003),

A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais:

por meio da pobreza, do desemprego, da violência, das discriminações de raça/etnia, gênero, classe, sexualidades e etc.

² Crenshaw (2002, apud GOES; NASCIMENTO, 2010, p.4) compreende a interseccionalidade como “uma associação de sistemas múltiplos de subordinação sendo descrito de varias formas como discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas buscando capturar as consequencias estruturais de dinamicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação”.

³ Os aspectos que potencializam a exposição das adolescentes negras à uma saúde sexual e reprodutiva precária são definidos por Taquette (2013): os individuais são a baixa auto estima, atividade sexual precoce e a não adoção de práticas sexuais seguras; os sociais giram em torno da discriminação racial e de gênero, menor acesso à renda, saúde, educação e emprego e violência sexual; e os coletivos/programáticos envolvem o racismo institucional e a falta de políticas públicas efetivas direcionadas à esse público. (TAQUETTE, 2013, p.131)

filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas. (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.183)

Mendes, Silveira e Galvão (2008) apontam que o objetivo inicial da *revisão integrativa de literatura* é aprofundar o entendimento sobre um determinado fenômeno a partir de estudos anteriores, construindo uma análise ampla do objeto e contribuindo para a produção de estudos futuros. Portanto, “este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo”, viabilizando novos conhecimentos sobre o fenômeno pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759-760).

Os diários de campo que construí durante a minha experiência de estágio na maternidade pública também serão utilizados para fundamentar a discussão sobre o acesso das adolescentes negras aos serviços de saúde públicos no que tange à seus direitos sexuais e reprodutivos. De acordo com Costa e Guindani (2012, p. 270 *apud* FRAGA; GAVIRAGHI; GOERCK, 2015, p. 269), “o diário de campo é um instrumento que nos possibilita retornar a uma situação já passada e nela perceber determinações que constituem o presente” através da sistematização da prática profissional e das reflexões feitas sobre as expressões da questão social, que se materializam nos escritos do diário que tanto colaboram com a memória profissional e a qualificação das ações.

Com isso, busca-se enriquecer este trabalho com as sistematizações e reflexões acerca das minhas experiências enquanto estagiária e as anotações sobre os diferentes casos de usuárias adolescentes negras que acompanhei durante esse processo, presentes nos diários de campo. Como afirma Fraga, Gaviraghi e Goerck (2015),

[...] na elaboração do diário de campo, o estagiário precisa se reeducar para redigir o seu cotidiano no estágio, de modo a sistematizar a prática profissional. Cabe ainda ao estagiário tecer suas reflexões na busca pela identidade profissional (delimitação do espaço profissional e da apreensão da prática); além disso, constitui-se de instrumento preparatório para supervisão individual e também poderá ser um insumo que poderá resultar no Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (FRAGA, GAVIRAGHI, GOERCK, 2015, p.269).

A partir dos meus escritos em diário de campo, busco compartilhar aqui as minhas *escrevivências*⁴ enquanto estagiária, a fim de fundamentar o meu trabalho com observações e

⁴ Mesmo sem se tratar de histórias fictícias no diário de campo, me baseio em Conceição Evaristo e sua conceituação sobre o que é *escrevivência* para trazer os casos que tive acesso em minha experiência de estágio com base na minha vivência enquanto mulher negra e na vivência das adolescentes negras, sob o meu olhar em relação ao que elas compartilhavam comigo.

aproximações junto a histórias em que pude visualizar como as opressões interseccionais estão interferindo diretamente no acesso das adolescentes negras aos serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva.

No programa Roda Viva, sobre escrevivência, Conceição Evaristo diz que

Quando pensamos na escrevivência, muitas pessoas perguntam... Olha, a escrevivência seria uma escrita de si? Ela seria uma escrita de ego? Ela seria uma ficção de si? Ela seria uma escrita narcísica? E o que a gente tem dito para pensar na escrevivência, aproveitando os nossos mitos... Uma escrita narcísica ela tem como modelo, como parâmetro, como suporte para análise, pensar no mito de Narciso. Um sujeito que se perde com a própria beleza. A escrevivência se distancia desse mito narcísico e se aproxima de mitos brasileiros. O espelho de Narciso não reflete o nosso rosto. A beleza negra nunca foi reconhecida, ela é reconhecida a partir de um movimento nosso de autoestima, então o mito de Narciso não reflete a nossa beleza. [...] Então, se você pensa em uma escrita com escrevivências, a partir dos mitos brasileiros, você não pode pensar nela como uma escrita narcísica. A escrevivência não é a história de um sujeito, é sobre a história de uma coletividade⁵.

Parte-se de Minayo (2002) enquanto referência para determinar esta pesquisa como *qualitativa* em sua essência. A compreensão e estudo do objeto que se pretende investigar envolve questões subjetivas referentes à relações humanas, se preocupando com a realidade de uma maneira que não pode ser quantificada. Dessa forma, podemos entender como pesquisa qualitativa aquela que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 21-22).

O diário de campo é um instrumento de caráter qualitativo fundamentado em dados empíricos, que fornecem subsídios para uma análise crítica e reflexiva sobre a prática profissional e que podem (devem) ser utilizados como um instrumento de pesquisa, enquanto um espaço de mediações teórico-práticas (COSTA; GUINDANI, 2012, p. 273 *apud* FRAGA; GAVIRAGHI; GOERCK, 2015, p. 270).

Por fim, o *caráter exploratório* desta pesquisa possibilita “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”, sendo o seu “objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” (2002, p. 41). Conforme dito por Gil (2002), o planejamento de pesquisas do tipo exploratória são bastante flexíveis, possibilitando a análise de aspectos variados relativos ao objeto de estudo por meio das etapas de levantamento bibliográfico e análise de exemplos.

⁵ Trecho retirado de uma fala de Conceição Evaristo durante uma pergunta no programa Roda Viva, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=O2bxQJH-Plk>.

O levantamento bibliográfico para a construção desta pesquisa foi realizado no Google Acadêmico e foram encontrados artigos, teses, dissertações e revistas científicas a partir do uso de palavras-chaves, como: Saúde Sexual; Saúde Reprodutiva; Direitos Sexuais; Direitos Reprodutivos; Adolescentes; Mulheres Negras; Acesso. Para uma boa compreensão do objeto, foi preciso pesquisar materiais sobre o acesso de adolescentes em geral e de mulheres negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços de saúde públicos, visto que existem poucos materiais que tratem especificamente das adolescentes negras.

Este trabalho está dividido em introdução, dois capítulos de desenvolvimento e considerações finais. No primeiro capítulo, será feita uma discussão sobre as adolescências e como essa fase acontece de maneira distinta para cada indivíduo, considerando o contexto social, econômico e cultural em que ele está inserido. Depois, serão apontados os principais marcos históricos e legais que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. A fim de introduzir a discussão, é preciso contextualizar as especificidades da adolescência e resgatar os avanços históricos e legais referentes à sexualidade e reprodução nesta fase.

Na segunda parte, o trabalho irá mergulhar na análise de como se configura o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços de saúde. Primeiro, será discutido o que é acesso e como os adolescentes vêm acessando os seus direitos sexuais e reprodutivos através dos serviços de saúde públicos. Após analisar o acesso dos adolescentes de maneira geral, será discutido o acesso das adolescentes negras sob a perspectiva da interseccionalidade e com base nos escritos do diário de campo.

2. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES NO BRASIL: UMA DISCUSSÃO SOBRE O ADOLESCENTE, SUA SEXUALIDADE E OS MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Compreendendo o estudo de contexto sócio histórico enquanto necessário para a percepção da essência da realidade a ser pesquisada, o presente trabalho se inicia com uma análise sobre o ser adolescente, as adolescências e a relação com a sexualidade durante esta fase. Também será abordada a necessidade de uma rede entre a escola, os serviços de saúde e a família para o acesso à informações de qualidade por parte dos adolescentes. A discussão desses aspectos pretende demonstrar a necessidade de compreender as particularidades da fase da adolescência para lidar de maneira efetiva com a saúde sexual e reprodutiva, visto que é um âmbito de suma importância para uma melhor atenção à saúde.

Depois, o capítulo mergulhará nos marcos legais e históricos dos direitos sexuais e reprodutivos que abarcam os adolescentes no Brasil.

2.1. *ADOLESCÊNCIAS*: O SER ADOLESCENTE E A SEXUALIDADE

Em uma perspectiva cronológica, a adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, determinada internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o intervalo entre os 10 e 19 anos. Entretanto, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁶ define enquanto criança todo indivíduo que possui até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquele que faz parte da faixa etária entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990).

A consolidação do *adulter* configura a fase final da adolescência e se caracteriza pela maturação da personalidade, pela progressão para uma independência financeira e pela inserção em um determinado grupo social. Além desses aspectos, a chegada aos 18 anos é considerado um fator importante no início do processo de *adulter*, na medida em que o indivíduo brasileiro, ao completar esta idade, se torna participante de todos os atos da vida civil, como é previsto no artigo 5º da Lei nº 10.406 de 2002⁷ (EISENSTEIN, 2005).

Segundo Gondim *et al* (2015), a cronologia não abrange as diversas características *biopsicossociais* presentes em cada adolescente, porém, é efetivo delimitar uma faixa etária para a realização de “investigação epidemiológica, a elaboração de políticas públicas e a definição de ações e programações específicas para esse público-alvo” (GONDIM *et al*, 2015).

A adolescência se caracteriza por um intenso desenvolvimento humano nos aspectos físico, mental, emocional e sexual que interfere diretamente nas relações sociais dos indivíduos nessa fase. Nesse período, o adolescente vive em busca de novas experiências e relações interpessoais a fim de adentrar grupos, desenvolver a sua identidade e atender expectativas sociais e culturais em prol de reconhecimento social (EISENSTEIN, 2005).

⁶ O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é previsto pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Esta lei dispõe sobre o ECA e a proteção integral à criança e ao adolescente.

⁷ A Lei nº 10.406 de Janeiro de 2002 é o documento que institui o código civil brasileiro. Em seu artigo 5º, esta lei dispõe que “a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil” (BRASIL, 2002).

Todo esse caldeirão de hormônios, autoconhecimento e impulsividade é proveniente da *puberdade*, intrínseca à adolescência (EISENSTEIN, 2005). Em uma perspectiva biomédica, a fase da puberdade é

[...] caracterizada pelas mudanças biológicas que se manifestam na adolescência, e representam, para o ser humano, o início da capacidade reprodutiva. A puberdade não é, portanto, sinônimo de adolescência, mas uma parte dela. Constitui-se por um período relativamente curto, de cerca de dois a quatro anos de duração, no qual ocorrem todas as modificações físicas desse momento de transição da infância para a idade adulta. (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010, p.70)

O senso comum atribui aos adolescentes estereótipos de “complicados/as” para a relação social, “baderneiros”, irresponsáveis, inconsequentes, em que o único objetivo da vida é a busca por relações sexuais” (SANTOS; CONCEIÇÃO; MOURA, 2017, p.4), atrelados às mudanças características da puberdade.

Durante o acontecimento deste fenômeno biológico, as características sexuais secundárias se desenvolvem e ocorre “a completa maturação da mulher e do homem e de sua capacidade de fecundação, através de ovulação e espermatogênese, respectivamente, garantindo a perpetuação da espécie humana” (EISENSTEIN, 2005, p.6), e com isso, o sexo se torna um dos assuntos centrais da adolescência. Contudo, é importante compreender que a puberdade prioriza a perspectiva fisiológica e não resume toda a fase da adolescência (FROTA, 2007).

Dessa forma, compreende-se que as alterações biopsicossociais da adolescência geram especificidades emocionais e comportamentais que interferem em sua sexualidade, impactando diretamente na saúde sexual e reprodutiva. Apesar da sexualidade estar presente em nossas vidas desde o nascimento até a morte, no período da adolescência a curiosidade, o desejo e o anseio por independência estão à flor da pele. Essas mudanças, associadas à descoberta de uma nova relação com um novo corpo, determinam a importância do adolescer para a sexualidade humana (FREIRE, 2017).

Santos, Conceição e Moura (2017) analisam que o conceito de adolescência ainda está em construção, e para abarcar todas as possibilidades e provocações que existem e ainda podem existir sobre a adolescência e a vivência dos adolescentes, as autoras utilizam o termo *adolescências* para evidenciar a não existência de um conceito fechado sobre essa fase. A forma como as mudanças provenientes da adolescência se desenvolvem em cada indivíduo é atravessada pelo contexto socioeconômico, cultural e das categorias sociais em que cada um dos adolescentes está inserido.

Como bem afirma Frota (2007, p. 157), a adolescência é uma fase mais ampla e complexa do que uma transição, pois se trata de “uma categoria construída socialmente, a partir das necessidades sociais e econômicas dos grupos sociais, que lhe constituem como pessoas, enquanto são constituídas por elas”. Logo,

Adolescência, portanto, deve ser pensada para além da idade cronológica, da puberdade e transformações físicas que ela acarreta, dos ritos de passagem, ou de elementos determinados aprioristicamente ou de modo natural. A adolescência deve ser pensada como uma categoria que se constrói, se exercita e se re-constrói dentro de uma história e tempo específicos. (FROTA, 2007, p. 157)

Para tratar sobre o início da vida sexual durante essa fase, é preciso pensar na exposição em que os adolescentes se encontram à infecções sexualmente transmissíveis (IST's)⁸, gravidez precoce e violência sexual quando não possuem acesso a informações seguras e de qualidade (GONDIM *et al*, 2015).

Ao investigarem as motivações do não uso de métodos contraceptivos pelos adolescentes, Silva *et al* (2015) constataram que esse grupo tende a não usar apesar do conhecimento elevado sobre os métodos existentes. O conhecimento dos métodos contraceptivos não implica no uso adequado ou regular dos mesmos durante a adolescência, pois são diversos os fatores que podem estar atrelados ao uso ou não uso dos métodos. Como afirma Teixeira *et al* (2006),

[...] é sabido que inúmeros fatores estão associados ao uso de métodos anticoncepcionais e/ou de proteção pessoal durante os relacionamentos afetivo-sexuais. Entre eles podemos citar o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, especificidades relacionadas ao gênero, o tipo de envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia alcançados nessa faixa etária. (TEIXEIRA *et al.*, 2006, p. 1386)

Nesse momento de iniciação sexual, a família, a escola e os serviços de saúde devem estar presentes e atuantes na vida dos adolescentes para sensibilizá-los quanto a importância do uso de preservativos para evitar IST's e uma gravidez indesejada, de realizar exames rotineiros e ser acompanhado por profissionais de referência na área. É importante que essas áreas mantenham o diálogo com os adolescentes sobre a existência dos diversos métodos contraceptivos, quais são as suas vantagens e desvantagens, e informando o uso adequado de

⁸ Conforme explicita o site do Ministério da Saúde, a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) substituiu o termo “Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)” no intuito de evidenciar a possibilidade de um indivíduo ter e transmitir uma IST sem o aparecimento de sintomas ou sinais que indiquem. As IST's podem ser causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos e são transmitidas por meio do contato sexual – sem o uso de um método contraceptivo de barreira –, da gestação, parto e amamentação e do contato com mucosa ou secreção corporal de alguém infectado. Apesar desta última forma ser menos comum, é possível acontecer. Essas informações estão disponíveis em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist-1>.

cada um deles, ao mesmo tempo em que estimula uma decisão livre e consciente, evitando assim, as vulnerabilidades no campo da saúde sexual e reprodutiva (SILVA et. al, 2015).

Outro fator de suma importância que enfrenta a vulnerabilidade sexual e reprodutiva dos adolescentes é o acesso à informações de qualidade envolvendo o tema. Porém, a curiosidade natural da adolescência referente às mudanças corporais e hormonais sofre com o tabu imposto socialmente sobre o sexo como um obstáculo para o acesso à informações de qualidade sobre saúde sexual e reprodutiva. Os adolescentes "apontam que as principais fontes de informações sobre sexualidade são os amigos, a família, a escola, revistas e internet" (GONDIM et al, 2015, p.3).

Segundo levantado por Gondim et al (2015), os amigos são a principal referência para os adolescentes quando se trata da busca ao conhecimento sobre sexualidade e reprodução, enquanto a família assume um lugar de regulação da moral. Essa regulação acontece por meio da censura e omissão de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, a fim de reproduzir comportamentos moralistas e manutenção de valores do sistema familiar. Em razão disso, se torna necessário o estabelecimento de uma *rede entre a família, a escola e os serviços de saúde*, em prol do acesso dos adolescentes a informações de qualidade no que se refere à saúde sexual e reprodutiva e as suas particularidades nessa fase (GONDIM et al, 2015).

A escola funciona como um local estratégico e seguro de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, pois é o momento onde se tem o primeiro contato com a aprendizagem da anatomia e fisiologia humana, ao mesmo tempo em que ocorre o desenvolvimento da autonomia, contribuindo para uma vida sexual saudável (CARNEIRO, 2015).

Gondim et al (2015) apontam que os adolescentes demandam da escola ações que tratem sobre saúde sexual e reprodutiva, evidenciando a relevância da criação de programas e projetos que informem os adolescentes sobre sexualidade e reprodução com qualidade e atenção. Para que essas informações sejam coerentes às vivências do contexto do adolescente, é preciso que a escola conheça a comunidade que utiliza o seu serviço, esteja disposta a reciclar seus conhecimentos e entenda em quais aspectos ela reproduz a exclusão de alguns alunos, para assim, modificar as suas ações e atitudes.

A realidade escolar está atravessada pelas consequências do processo histórico brasileiro, sendo uma delas a imposição à negros e indígenas de resquícios de heranças coloniais. Com isso, há uma dificuldade estrutural e institucional em acolher e respeitar as

diferentes identidades e demandas, bem como considerar o contexto socioeconômico de cada aluno. Ao mesmo tempo em que existem avanços provenientes de lutas sociais no tocante à Universalização e inclusão da diversidade, a escola não está distante dos preceitos conservadores e moralistas, influenciando diretamente no que será ou não discutido dentro das escolas (SANTOS; CONCEIÇÃO; MOURA, 2017).

No que tange à colaboração dos serviços de saúde para uma saúde sexual e reprodutiva de qualidade para os adolescentes, ao decorrer do trabalho será feita uma discussão mais aprofundada desses serviços de referência para a saúde sexual e reprodutiva. De antemão, temos que é de suma importância que os profissionais e as instituições exercitem o respeito, o dever legal e ético relacionado à confiabilidade e discrição quando se trata de sexualidade e reprodução (OLIVEIRA, 2011).

Os serviços de saúde não possuem um atendimento diferenciado para os adolescentes que considerem as particularidades geracionais, biológicas e psicossociais de cada indivíduo. Essas peculiaridades não são reconhecidas desde o momento em que os adolescentes não conseguem impor a sua opinião e a sua vontade sobre o seu exercício da sexualidade. Contudo, isso reflete no atendimento dos profissionais e gera o afastamento dos adolescentes dos serviços de saúde, a vista que não se sentem confortáveis, seguros e com vontade de confiar informações tão íntimas (OLIVEIRA, 2011).

Além da contribuição da rede escola, família e serviços de saúde, outra entidade também deve estar envolvida nesse pacto à uma saúde sexual e reprodutiva de qualidade para os adolescentes: o Estado. É preciso que as necessidades sociais sejam atendidas pelo Estado e garantidas em lei, de forma que se estabeleçam os direitos sexuais e reprodutivos.

Somente o acesso à informação de qualidade na rede *escola, família e serviços de saúde* e a implementação de políticas públicas podem proporcionar a garantia da equidade no acesso à atenção à saúde sexual e reprodutiva, de maneira que não ocorra a manutenção das desigualdades raciais, de gênero, de classe e de geração (GOES; NASCIMENTO, 2010). Por isso, é importante discutir sobre a trajetória histórica dos direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes, bem como os seus marcos legais, a fim de conhecer o contexto socio-histórico em que aquele direito foi instituído ou criado.

2.2. OS MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS VOLTADOS PARA OS ADOLESCENTES NO BRASIL E NO MUNDO

Como afirma o Caderno de Atenção Básica referente à saúde sexual e reprodutiva do Ministério da Saúde (2013), os direitos sexuais e reprodutivos são Direitos Humanos reconhecidos em leis nacionais e em documentos internacionais⁹. O desenvolvimento dos conceitos sobre a saúde sexual, a saúde reprodutiva e os seus direitos é recente, resultante de lutas sociais pela cidadania, pelos direitos das mulheres e pelos Direitos Humanos no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013).

Antes mesmo de discutir os marcos históricos e legais que envolvem os direitos sexuais e reprodutivos voltados para os adolescentes no Brasil e no mundo, se torna necessário conceituar a saúde sexual, a saúde reprodutiva, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Enquanto direitos reprodutivos, entende-se: o direito do indivíduo decidir se quer ter filhos ou não; o direito ao acesso à informações de qualidade sobre as técnicas e métodos para ter ou não filhos; e o direito de exercer livremente a sua sexualidade e sua reprodução, livre de qualquer tipo de discriminação, violência, agravos ou imposições (BRASIL, 2013).

Já os direitos sexuais são: o direito de viver e expressar a sua sexualidade, com respeito ao corpo do outro, e livre de violência, discriminação, vergonha, medo ou culpa; o direito de escolher o parceiro sexual; o direito de escolher se quer ter uma relação sexual; o direito de ter uma relação sexual sem o intuito de reproduzir; o direito ao sexo seguro para prevenir HIV/AIDS, IST's e gravidez não planejada; o direito ao acesso à serviços de saúde com atendimento de qualidade e sem preconceitos, que preserve o sigilo e a privacidade; e o direito à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013).

A saúde reprodutiva é compreendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos”, que possibilita ao indivíduo “uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p.43).

⁹ Os posicionamentos, conferências e documentos da ONU foram importantes para o desenvolvimento da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes no Brasil, portanto, se vê como necessário apontar os marcos históricos e legais internacionais também, a fim de ter uma discussão mais completa sobre o tema.

No que se refere à saúde sexual, Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) entendem que esta faz parte da saúde reprodutiva, e a sua efetivação implica em um desenvolvimento sexual saudável, prazeroso, ativo baseado na auto-estima; em relacionamentos responsáveis e respeitosos; e na ausência de doenças, infecções e violências, bem como de outros riscos envolvendo a sexualidade. Portanto, “a saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis [sic], gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação” (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p.45). Compreende-se também a valorização da vida, das relações interpessoais e a expressão da identidade individual como saúde sexual.

Uma vida sexual e reprodutiva segura envolve o direito dos indivíduos de terem acesso à informações de qualidade sobre o tema; aos métodos contraceptivos e de fecundidade eficientes, seguros e condizentes ao seu planejamento reprodutivo; e à serviços de saúde de referência na atenção à gestação e ao parto. Logo,

[...] a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis¹⁰.

Observando a partir do contexto internacional sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a primeira vez em que se falou sobre uma proteção universal dos Direitos Humanos foi na Assembleia Geral das Nações Unidas, que ocorreu no dia 10 de dezembro de 1948 em Paris. Como resultado dessa reunião de representantes de países de todas as regiões do mundo, surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), enquanto uma norma comum entre todos ali presentes. Desde 1945 que tratados e outros instrumentos internacionais são inseridos no cabedal de Direitos Humanos, expandindo o direito internacional no que tange à sua diversidade¹¹.

A fim de responder às calamidades proporcionadas pela Segunda Guerra Mundial, surgem os Direitos Humanos com pressupostos de universalidade e não discriminação e/ou preconceito. Segundo o que é preconizado pelos Direitos Humanos, o acesso aos direitos

¹⁰ Citação presente no Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.

¹¹ Entre os tratados e instrumentos citados, temos a a Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio (1948), a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), entre outras. A referência das informações dispostas nesse parágrafo foram encontradas no site brasileiro da ONU, disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

fundamentais como alimentação, saúde, educação, moradia, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos, não deve ter correlação com peculiaridades sociais e culturais de uma sociedade (BRASIL, 2013).

À vista disso, também se torna necessário pontuar que não há uma hierarquia entre os direitos, pois a não garantia de apenas um direito implica na inexistência de um pleno exercício da democracia. Segundo o art. 2º da DUDH,

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania. (DUDH, 1948)

Os estudos demográficos inicialmente não se preocupavam com os direitos individuais, assim como as questões relacionadas à sexualidade e à reprodução se mantinham em âmbito privado e doméstico, longe de serem objeto de políticas públicas (BRASIL, 2013).

Conforme afirmam Moraes e Vitale (2012), a ONU organizou conferências que contribuíram para a ampliação gradativa dos direitos sexuais e reprodutivos, iniciando as discussões em âmbito internacional sob um teor controlador e repressivo, para posteriormente caminhar em direção à uma abordagem de direitos. Em meio à essa ampliação supracitada, a evolução das ciências humanas, sociais e jurídicas no cenário mundial e a compreensão das peculiaridades geracionais constataram a necessidade de estabelecer direitos específicos para crianças e adolescentes na perspectiva dos Direitos Humanos (OLIVEIRA, 2011).

A partir da ampliação da discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos em caráter mundial é que o Brasil passa a avançar no mesmo sentido. No decorrer do século XX, por volta da década de 50, os adolescentes foram submetidos a estereótipos e a estigmatização, vinculada às mudanças biopsicossociais da fase. Até 1990, o Código de Menores de 1927 vigorava no país dispondo apenas de menção às crianças e adolescentes em situação irregular perante à lei, expondo a realidade de invisibilidade desses grupos sociais (MORAES; VITALE, 2012).

Nessa época, a educação sexual era tomada pela repressão e pelo silêncio, introduzida no currículo escolar como “Educação Sanitária e Higiene”. A prostituição infanto-juvenil alcançava grandes números nessa época, e o Código de Menores se baseava na culpabilização

das crianças e dos adolescentes para enfrentar esse problema social (MORAES; VITALLE, 2012).

No período entre as décadas de 50 e 60 pairava sobre o mundo o medo da *explosão populacional*¹², implicando na disseminação de políticas demográficas atreladas à fecundidade com um teor coercitivo.

Moraes e Vitalle (2012) levantam alguns marcos históricos e legislativos importantes para a sexualidade e reprodução dos adolescentes que ocorreram até o ano de 1980. Em 1975, durante o governo de Ernesto Geisel, o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o propósito de diminuir a mortalidade e a morbidade da mulher e da criança, sendo que entre os seus seis subprogramas, um era de Assistência à Criança e ao Adolescente. O público alvo das suas ações estava na faixa etária entre 05 à 19 anos de idade (BRASIL, 2011). Ainda em 1975, foi instituída a Lei nº 6.202/75 que possibilita às adolescentes estudantes grávidas a continuar os estudos em regime domiciliar durante 03 meses após completar 08 meses de gestação e ainda está em vigor (BRASIL, 1975).

A atenção à gestação na adolescência esteve presente nos marcos legais da década de 70. No ano de 1978, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, onde se discutiu aspectos relacionados à gravidez na adolescência. Já em 1979, foi implementado um novo Código de Menores, sendo que não houve avanço nenhum em relação aos direitos sexuais e reprodutivos nessa lei (MORAES; VITALLE, 2012).

A década de 90 foi de suma importância para a trajetória histórica dos direitos sexuais e reprodutivos, tanto em contexto internacional quanto nacional. Carnáuba (2019) destaca o Programa de Ação do Cairo (1994) e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim (1995) como as principais contribuições da ONU para o entendimento dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto parte dos Direitos Humanos, inclusive para os adolescentes.

A *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* realizada no Cairo em 1994¹³ produziu um plano de ação que representa um avanço fundamental na perspectiva

¹² Corrêa, Alves e Jannuzzi (2006) afirmam que existem dados estatísticos que comprovam o maior crescimento demográfico da história da humanidade nas décadas de 50 e 60. Com isso, as autoras analisam que existiu uma influência neomalthusiana sobre a leitura que alguns demógrafos fizeram sobre esses dados enquanto uma comprovação da explosão populacional.

¹³ De acordo com o site do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), onde é possível encontrar uma cópia do relatório resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, esta conferência aconteceu entre os dias 5 e 13 de setembro de 1994 e discutiu diversos tópicos relacionados aos

da equidade de gênero e no entendimento de diversos aspectos enquanto direitos humanos, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Pela primeira vez, a sexualidade foi debatida sob um olhar positivo também.

A CIPD-9438 condensa o consenso obtido e enfatiza a criação de programas de informação sobre orientação e serviços de saúde reprodutiva para homens e jovens, a paternidade responsável, o empoderamento das moças sobre sua vida sexual e reprodutiva, o envolvimento de diferentes organizações para atuar no esclarecimento dos adolescentes sobre a saúde sexual e reprodutiva, a eliminação de barreiras jurídicas, ideológicas e culturais no acesso dos adolescentes a informações seguras sobre gravidez e esterilizações indesejadas, maternidade precoce e DST (sic). Indicou que os programas de orientação e informação em que há o envolvimento dos adolescentes são considerados os mais eficientes porque atendem diretamente suas necessidades em formas de abordagem e linguagem (MORAES; VITALLE, 2012, p.2527)

Em seu capítulo VII, denominado como *direitos sexuais e reprodutivos*, são preconizadas orientações destinadas aos adolescentes – principalmente para as meninas cisgênero¹⁴ – pertinentes a maternidade precoce, responsabilização de ambos os sexos biológicos quanto à sexualidade e reprodução e os riscos da esterilização precoce. Para além disso, também direciona o seu discurso aos países signatários, orientando-os a recomendar o pleno desenvolvimento do adolescente, compreendendo as suas necessidades particulares e envolvendo-os na disseminação de informações de qualidade.

Após cinco anos da Conferência do Cairo (1994), houve uma reavaliação e atualização das estratégias do Programa de Ação: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo + 5 - 1999 realizado pela ONU, em prol de avaliar os avanços e entraves. Por fim, verificaram que os avanços foram significativos e que havia ainda a urgência de intervir na mortalidade materna e na atenção à saúde reprodutiva dos adolescentes e sua vulnerabilidade quanto à HIV/AIDS (MORAES; VITALLE, 2012).

De volta ao contexto nacional na década de 90, a implementação de dispositivos sobre os Direitos Humanos e os direitos da criança e do adolescente na Constituição de 88 estimula a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA é um documento de proteção integral a esses indivíduos, que representa “substancial revolução em termos de

Direitos Humanos. O plano de ação resultante desta Conferência construiu uma agenda de compromissos, que buscam uma melhor qualidade de vida ao apoiar a saúde sexual e reprodutiva e seus direitos, o planejamento familiar e a promoção da igualdade de gênero.

¹⁴ Conforme Kaas (2012, apud COLLING, 2018), ser uma pessoa cisgênera é estar em alinhamento interno com o seu corpo e com o seu gênero, de forma que as suas performances são percebidas socialmente enquanto coerentes. Dessa forma, “a pessoa que foi designada ‘homem’ ou ‘mulher’, se sente bem com isso e é percebida e tratada socialmente (medicamente, juridicamente, politicamente) como tal” (KASS, 2012 apud COLLING, 2018).

doutrina, ideias, práxis, atitudes nacionais para com crianças e adolescentes, tornando-os sujeitos de direito com prioridade absoluta” (OLIVEIRA, 2011, p. 226).

Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, o ECA (1990) traz, de maneira implícita¹⁵, dispositivos relacionados ao tema em seu capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, no título II referente aos Direitos Fundamentais, sendo alguns destes:

Art. 7º 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.

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

[...]

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

Art. 8º-A. Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência. (Incluído pela Lei nº 13.798, de 2019)

¹⁵ Em seu texto, Oliveira (2011) observa que nem a Constituição de 88 nem o ECA trazem o termo “direitos sexuais e reprodutivos” de forma explícita, demonstrando a necessidade de revisar as legislações e realizar adequações. Não falar claramente sobre os direitos sexuais e reprodutivos diz respeito ao tabu que envolve a adolescência e a sexualidade, evidenciando a importância da linguagem. Reconhecer a importância de falar sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e os direitos pertencentes a este âmbito, contribui para a prevenção de vulnerabilidades relacionadas à sexualidade e reprodução precoce, indesejada e sem informação de qualidade.

Em 1996, o Planejamento Familiar foi disposto como um direito de todo cidadão, com garantia de liberdade de escolha na Lei nº 9.263/96. Essa lei implementa uma restrição aos métodos contraceptivos cirúrgicos para os adolescentes, mas não fala especificamente do uso de outros métodos por esse grupo social (MORAES; VITALLE, 2012).

Se torna essencial reconhecer a contribuição do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. No ano de 1997, a notificação compulsória das mortes maternas foi implementada pelo CNS em sua resolução nº 256, com o objetivo de melhorar a qualidade dos dados obtidos sobre os óbitos de mulheres em idade fértil. Entretanto, os dados foram úteis para perceber os elevados números de adolescentes vítimas de morte materna por baixo ou não acompanhamento do pré-natal, colocando em patamar de emergência a necessidade de políticas públicas direcionadas aos direitos dos adolescentes (MORAES; VITALLE, 2012).

No que tange à educação, os Parâmetros Curriculares Nacionais de 1998 determinam temas transversais que devem ser trabalhados nas escolas, e entre eles está a “orientação sexual”. Essa orientação pretende agir sobre as crianças e os adolescentes na perspectiva da inclusão destas ao direito de ter acesso a uma educação sexual e reprodutiva de qualidade, evitando as vulnerabilidades possíveis à uma vida sexual e desinformada (MORAES; VITALLE, 2012).

Além da gravidez precoce e das IST's, a violência sexual também é uma vulnerabilidade consequente da situação de desinformação dos adolescentes quanto à sua saúde sexual e reprodutiva. Em razão disso, o Ministério da Saúde lançou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes em 1999, buscando

[...] sensibilizar os profissionais envolvidos no atendimento das adolescentes vítimas de violência sexual a atuarem com práticas mais humanizadas, como estratégias de adesão, acolhimento e consolidação das abordagens na garantia e no restabelecimento da saúde dessas adolescente (MORAES; VITALLE, 2012, p. 2528)

O caminho para os anos 2000 implicou em uma mudança da visão das leis sobre os adolescentes, retirando-os de um lugar apenas de irregularidade e restrição de liberdade. A proteção integral pensada para os adolescentes nesse período deliberou ações preventivas e protetivas, incluindo avanços nos direitos sexuais e reprodutivos (MORAES; VITALLE, 2012).

O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal foi estabelecido em 2004, e além das propostas relacionadas à mortalidade materno-infantil, também foi indicada uma atenção especial aos adolescentes, tanto na forma de atendimento quanto na garantia da oferta de métodos contraceptivos. No ano seguinte, políticas de direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes e de educação sexual foram instituídas pelo *Programa Saúde Integral de Adolescentes e Jovens* e o *Marco Legal Saúde: um direito do adolescente* (MORAES; VITALLE, 2012).

Contudo, o protagonismo dos adolescentes perante os seus direitos sexuais e reprodutivos encontrou obstáculos como a Portaria nº 1.508 de 2005, que alterou a *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* e deliberou que adolescentes grávidas menores de 18 anos com direito ao aborto legal precisam da autorização de responsáveis ou tutores para darem início ao procedimento, e para as menores de 14 anos, é necessário também o acompanhamento do Conselho Tutelar (CT) (MORAES; VITALLE, 2012).

Criada em 2005, a *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento* “reforçou os preceitos do consentimento e destacou o direito ao sigilo, respeito, confiabilidade, à informação, acolhimento e atendimento humanizado” (MORAES; VITALLE, 2012, p. 2528), porém, o fato de precisar de um responsável ou de um tutor para entrar com a solicitação do procedimento de aborto legal implica no lugar de regulação que a família toma em nossa sociedade, visto no subcapítulo anterior.

Ainda em 2005, a Lei nº 11.108/2005 implementa o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto para todas as parturientes – o que inclui as adolescentes – no âmbito do SUS. Ademais, surgem mudanças no ECA, por meio da Lei nº 11.185/2005, que ampliam a compreensão sobre o atendimento integral dos adolescentes nos serviços públicos de saúde (MORAES; VITALLE, 2012).

No ano de 2006, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Resolução 1.811, determinou normas éticas para a utilização da anticoncepção de emergência, salientando os cuidados, a forma que deve ser utilizada e que pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva para prevenção de uma gravidez (MORAES; VITALLE, 2012).

Em 2007, o *Programa Saúde na Escola (PSE)* foi instituído através do Decreto nº 6.286 com a intenção de articular ações de educação e saúde, em prol de uma melhor atenção

à qualidade de vida, à saúde sexual e reprodutiva e no combate às violências. Enquanto resultado da parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, essa política transversal busca “promover a atenção integral à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde” (CARNAÚBA, 2019, p.36-37). No ano seguinte, a Lei nº 11.664/2008 foi promulgada, estabelecendo ações de saúde voltadas para as mulheres com a vida sexual ativa ou iniciada independentemente da idade em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de mama e colo do útero no SUS (MORAES; VITALLE, 2012).

O ano de 2009 foi bem relevante no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a atenção à saúde do adolescente. A Lei nº 12.010 fez alterações no ECA e estabeleceu o direito à assistência psicológica para as adolescentes gestantes e puérperas, bem como àquelas que desejam entregar o recém-nascido para a adoção. Outro dispositivo que sofreu alteração foi o Código Penal, a partir da Lei nº 12.015/2009 – conhecida como a *Lei do Estupro de Vulnerável* –, que aumentou todas as penas dos crimes que possuem como vítimas menores de 18 anos ou pessoas com deficiência mental na tentativa de enfrentar a violência sexual contra adolescentes (MORAES; VITALLE, 2012).

O Programa Nacional – DST/AIDS em sua nota técnica nº 13, de 2009, direcionou orientações ao Estado sobre a facilitação do acesso da população pauperizada aos preservativos masculinos, sem a necessidade de prescrição médica, documentação e/ou participação em reuniões ou atividades (MORAES; VITALLE, 2012).

Por fim, temos as *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* do Ministério da Saúde como um manual técnico voltado para o trabalho com adolescentes e jovens em relação a temas estruturantes, evidenciando a compreensão do adolescente enquanto um indivíduo capaz de se posicionar e fazer escolhas seguras a partir do conhecimento sobre sua saúde sexual e reprodutiva (MORAES; VITALLE, 2012).

Os avanços e as conquistas legislativas no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes não foram acompanhados por investimento estatal em políticas públicas, o que ocasiona o afastamento das instituições de saúde, relacionadas à sexualidade e reprodução, das particularidades condizentes aos adolescentes neste tema e dificulta a implantação de programas e projetos éticos e inclusivos, com respeito à diversidade (OLIVEIRA, 2011).

Os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes muitas vezes não são garantidos. A maioria dos marcos legais analisados não cita diretamente o termo “adolescente”, mas eles devem ser considerados como integrantes das expressões “cidadãos”, “direito de todos”, “homem e mulher”. Muitas das garantias legais afetam diretamente a população adolescente (garantia de escolarização na maternidade, distribuição de preservativos, não discriminação por sorologia em ambiente escolar) e são instrumentos importantes de preservação dos direitos sexuais e reprodutivos. (MORAES; VITALE, 2012, p. 52)

É preciso que os direitos básicos¹⁶ pressupostos nas legislações sejam materializados no âmbito das relações sociais e institucionais, a partir de ações que proporcionem o acesso à uma vida digna. Essas ações são constituídas e instauradas por sujeitos coletivos que possuem valores morais de justiça, responsabilidade social e igualdade, condicionados pela agenda social correspondente às forças hegemônicas de uma sociedade capitalista (OLIVEIRA, 2011). Portanto, categorias interseccionais como raça/etnia, classe, gênero e sexualidades não devem ser despercebidas ao elaborar políticas públicas e legislações referentes a determinados grupos.

3. O ACESSO À DIREITOS NO BRASIL TEM COR! UMA ANÁLISE CRÍTICA INTERSECCIONAL SOBRE O (NÃO) ACESSO DAS ADOLESCENTES NEGRAS À SEUS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS POR MEIO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O objetivo deste capítulo é discutir sobre as particularidades de ser uma adolescente negra quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos, compreendendo que as categorias sociais dos indivíduos influenciam sobre o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços públicos de saúde no Brasil. Apesar de todas as limitações que os adolescentes já possuem para conseguir cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva, as adolescentes negras são impostas a discriminações que influenciam diretamente na atenção à saúde. Pretende-se aqui investigar como se configura o acesso dos adolescentes aos seus direitos sexuais e reprodutivos no SUS primeiro, para posteriormente evidenciar a vivência particular das adolescentes negras nessa esfera da saúde, sob um olhar crítico e interseccional acerca das histórias relatadas em meu diário de campo e dos estudos levantados pela revisão de literatura.

¹⁶ Entende-se como direitos básicos aqui a saúde, educação, alimentação, habitação e emprego. Se torna importante compreender que a sexualidade e a reprodução se encontram atravessadas pela saúde e pela educação.

3.1. A CONFIGURAÇÃO DO ACESSO DOS ADOLESCENTES AOS SEUS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO CONTEXTO DO SUS

A Constituição de 88 assegura a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado, porém, a realidade que se estabelece no Brasil é a de desigualdade e exclusão no acesso aos serviços de saúde públicos para determinados grupos sociais, que sofrem ainda com a falta de investimento estatal em políticas públicas integradas¹⁷, principalmente quando se trata de saúde sexual e reprodutiva (ASSIS; JESUS, 2012).

As políticas públicas são construídas socialmente enquanto o resultado da disputa nas relações de poder entre as classes sociais e os seus respectivos interesses. Cada grupo social defende as suas necessidades de acordo com seu contexto social, econômico e cultural, de maneira que o Estado atua como um mediador nos embates entre os grupos nessa correlação de forças. Com isso, um conjunto de ações é direcionado ao Estado, e cabe a ele, direcionar ou redirecionar os investimentos, materializando os interesses da sociedade civil em políticas públicas (CARNAÚBA, 2019).

Com base em Assis e Jesus (2012), o acesso se configura nas diversas possibilidades de adentrar aos serviços públicos de saúde, considerando aspectos importantes como: a localização das unidades de saúde, a disponibilidade de dia e horário de funcionamento, o atendimento de consultas não agendadas e o diálogo com a população para compreender as suas demandas e necessidades frente à sua vivência com o acesso aos serviços de saúde.

O acesso é um dos elementos constitutivos da saúde, diretamente condicionado às características organizativas e geográficas daquela região em que a unidade de saúde se encontra. Essas características influenciam na entrada ou não dos indivíduos aos serviços de saúde (MARTINS *et al*, 2019).

Percebe-se assim que as liberdades individuais não se encontram garantidas ao serem descritas apenas nos ordenamentos jurídicos, pois é preciso ter condições materiais de acesso

¹⁷ As políticas públicas integradas são aquelas pensadas com base na realidade de acesso aos direitos e às necessidades de grupos sociais que mais sofrem com a desigualdade social do capitalismo. Como o sistema por si só privilegia grupos que possuem características dominantes dentro de um sistema patriarcal, racista, sexista e homofóbico, as políticas públicas integradas buscam efetivar em ações concretas nas políticas públicas para aqueles indivíduos que estão mais vulneráveis socialmente devido à discriminação (FARIA, 1998 apud OLIVEIRA, 2011).

universal, como proposto pelo SUS¹⁸. As garantias legislativas de saúde no Brasil são apenas uma parte de mais uma etapa para a concretização efetiva do direito à saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica sobre saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013), o Ministério da Saúde definiu a atenção básica enquanto “um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. E a atenção em saúde sexual e reprodutiva faz parte da atenção básica, de maneira que abarca o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a inclusão da Lei do Planejamento Familiar no elenco mínimo de ações voltadas para atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2013, p. 57).

É preciso que o Estado intervenha nas condições de exercício dos direitos sexuais e reprodutivos proporcionando um fácil acesso da população à educação, emprego, cultura e à serviços e profissionais de saúde qualificados e capacitados na área, no intuito de garantir as liberdades individuais e privadas defendidas pela Constituição, ao mesmo tempo em que promove direitos sociais (OLIVEIRA, 2011). Por isso, ao falar da Atenção Primária à Saúde, Martins *et al* (2019) afirmam que

A atenção primária à saúde, por se constituir como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, deve apresentar alguns requisitos específicos que garantam aos usuários maior facilidade de acesso, como menor distância do domicílio aos serviços, maior flexibilidade na marcação de consultas e nos horários de funcionamento, dentre outros (MARTINS *et al*, 2019, p.2).

O déficit na efetivação de políticas públicas integradas que concretizam os direitos sexuais e reprodutivos é resultado também da dicotomia e hierarquização entre os direitos políticos e civis e os direitos sociais, econômicos e culturais, o que influencia diretamente na materialização concreta dos Direitos Humanos na sociedade. Essa forma hierarquizada e

¹⁸ Segundo o site do Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo que abrange da Atenção Primária à situações de maior complexidade. O objetivo do SUS é proporcionar acesso universal, integral e gratuito para toda a população brasileira, livre de discriminação, promovendo a atenção integral à saúde desde a gravidez até a velhice com foco na promoção e prevenção da saúde. Os princípios do SUS são a universalização, a equidade e a integralidade. A universalização é o acesso garantido a todos às ações e serviços de saúde enquanto um direito à cidadania, sem distinção de raça/etnia, classe, gênero, religião, sexualidades, idade, cultura, etc. A equidade é o princípio que se propõe a tentar diminuir as desigualdades sociais, realizando investimento maior em áreas que necessitam mais e de acordo com as necessidades distintas de cada grupo social e localidade. Já a integralidade envolve a articulação da saúde com outras políticas públicas no intuito de promover o atendimento de todas as necessidades dos indivíduos, incluindo a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da saúde. Essas informações estão disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.

fragmentada de enxergar os Direitos Humanos presume que as liberdades individuais defendidas na Constituição estão garantidas para todos apenas por estarem incluídas nos ordenamentos jurídicos (FLORES, 2000 apud OLIVEIRA, 2011).

Em relação à conduta dos profissionais da saúde na atenção básica em casos de planejamento reprodutivo, esta deve se manter pautada no § 7º do art. 226, regulamentado pela Lei nº 9.263/96, conhecida como a Lei do Planejamento Familiar. A atitude dos profissionais deve ser ética, compreendendo e respeitando as expectativas das pessoas em relação ao seu planejamento reprodutivo, sempre utilizando a principal ferramenta de um profissional da saúde: a escuta (BRASIL, 2013).

Mesmo com a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁹, em 1994, com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF)²⁰, que institui ações de saúde voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, os profissionais ainda não se sentem preparados para a atuação com o tema, bem como não percebem o planejamento reprodutivo como uma ação básica de saúde (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o Caderno de Atenção Básica sobre saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013) orienta que para garantir direitos sexuais e reprodutivos na Atenção Básica é necessário a plena concretização das ações propostas, exigindo dos gestores municipais a garantia da infraestrutura necessária para o funcionamento das UBS e Unidades de Saúde da Família (USF), o apoio a processos de educação permanente e a criação de uma rede de referências fora da Atenção Básica.

O material do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) também salienta que os serviços de saúde devem desenvolver ações voltadas para além do sistema reprodutivo das mulheres cis e se distanciar das políticas tão focalizadoras, com estigmas sexistas e controladores sobre as mulheres. A saúde sexual e reprodutiva deve se ampliar, atendendo casos de disfunção sexual, prevenção e controle do câncer de próstata e de pênis, acesso à vasectomia, em tempo que promove o discurso de equidade entre os gêneros e sexualidades.

¹⁹ Segundo o site oficial do Governo Federal, “a APS é entendida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>.

²⁰ A ESF propõe novas formas de cuidado direcionadas ao contexto socioeconômico e cultural da região em que a unidade está localizada, conduzida por uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade sanitária do local. As informações sobre a ESF foram retiradas do site oficial do Governo Federal, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia>.

No entanto, a realidade do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos para os adolescentes é divergente do que é pressuposto legalmente. As mudanças de caráter biopsicossocial pertencentes à adolescência impactam diretamente na visão moral da sociedade sobre esse grupo social, e conseqüentemente, no acesso destes a serviços de saúde pública, principalmente no que tange à saúde sexual e reprodutiva.

Oliveira (2011) analisa que o foco no acesso à saúde sexual e reprodutiva por adolescentes é direcionado para a assistência na gravidez e para a prevenção, redução e combate da mortalidade materno infantil, das IST's, HIV/AIDS e da violência. Isso acontece em razão dos altos índices de morbimortalidade relacionados às complicações decorrentes da gravidez precoce, às IST's e às doenças crônicas não transmissíveis nessa faixa etária, que demandam do Estado novas ações, políticas públicas e sociais na área de sexualidade e reprodução (MARTINS et al, 2019).

Contudo, apesar dos avanços na área de sexualidade e reprodução proporcionados pela luta do movimento feminista organizado em prol de um exercício saudável e livre da sexualidade, da autonomia dos corpos femininos e do controle reprodutivo, existem temas que não são vistos por setores conservadores da sociedade como uma demanda prioritária ou até mesmo necessária (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2012).

Quando se trata do aborto, a legislação que temos hoje no Brasil é herdada do período ditatorial, momento histórico repleto de violações aos direitos humanos e ideais autoritários, conservadores e reacionários. Apesar das mudanças políticas que vêm ocorrendo desde o fim da ditadura na década de 80, essas heranças ainda perduram nas políticas públicas e nos direitos, principalmente quando se trata de sexualidade e reprodução (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2012).

Até mesmo o acesso ao aborto legal encontra barreiras, e a criminalização do aborto é uma delas. O aborto é legalizado para casos de estupro, morte materna e anencefalia²¹, entretanto, o cenário brasileiro demonstra que o respaldo legal não está sendo suficiente para enfrentar as ideias moralistas, conservadoras e religiosas enraizadas nas estruturas do país. Os serviços de saúde estão contaminados por preceitos que estimulam a violência institucional e de gênero, e a visão do aborto enquanto um crime e algo hediondo influencia no atendimento

²¹ Os artigos 124 ao 128 do Código Penal dizem respeito ao aborto, sendo que o artigo 128 coloca quais são as exceções. Em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou por meio de votação a alteração do artigo 128 a fim de incluir os casos de anencefalia como não passíveis de punição para o médico (BRASIL, 2004).

dos profissionais e no acesso aos serviços de abortamento legal (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2012).

A maternidade compulsória²² está vinculada a uma pressão sobre as mulheres cisgênero em corresponder expectativas reprodutivas que são sacralizadas pela sociedade e atribuídas ao sexo feminino. Medo, culpa e solidão são sentimentos experienciados por mulheres que realizaram aborto, pois existe uma construção socio-histórica de ser mulher que coloca a sexualidade feminina a serviço da sociedade capitalista (SENAPESCHI; VIEIRA; MARIANO, 2012). Como afirma Bell Hooks (2021),

Nenhuma ativista feminista no fim dos anos 1960 e início dos anos 1970 imaginou que teríamos que lutar por direitos reprodutivos nos anos 1990. Uma vez que o movimento feminista criou a revolução cultural que fez com que o uso de anticoncepcionais relativamente seguros fosse aceitável e o direito de fazer aborto seguro e legal fosse possível, as mulheres simplesmente presumiram que esses direitos jamais seriam questionados novamente. A morte de um movimento feminista radical de base popular e organizado, combinada com uma reação antifeminista de uma frente organizada de posicionamento político de direita que se fundamenta em interpretações fundamentalistas da religião, colocou o aborto novamente na pauta política. O direito das mulheres de escolher foi então questionado (HOOKS, 2021, p. 52-53).

Em julho de 2022, no estado de São Paulo, uma adolescente de 14 anos engravidou após ser vítima de *stealthing*²³, e ao procurar o CT junto com os seus pais para realizar o aborto legal configurando estupro, foi encaminhada para uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para seguir com o pré-natal²⁴. Mesmo com a decisão da adolescente, apoiada pelos seus pais, de interromper a gestação, a família precisou pressionar a equipe da UBS para que eles fossem encaminhados à um serviço de referência público em aborto legal, autorizado pelo Ministério da Saúde.

Em conversa com psicólogas e assistentes sociais do hospital de referência, a adolescente disse que a situação ocorreu com um outro adolescente de 15 anos, com quem se relacionava há um ano e meio. O atraso da menstruação provocou a adolescente a realizar um

²² O sistema patriarcal impõe sobre a mulher o discurso de maternidade natural, como se fosse uma vocação de qualquer pessoa que nasça com útero. A reprodução da ideia de indissociabilidade da imagem de mulher e mãe evidencia o quanto a história ocidental carrega culturalmente a visão biológica e reprodutiva sobre a mulher, exaltando apenas a sua capacidade de gerar (SOUZA; FRANCA; DEUS, 2019).

²³ Não há uma lei que fale especificamente do *stealthing*, mas esta é uma prática que se enquadra como violência sexual mediante fraude, como afirma o artigo 215 do Código Penal. O *stealthing* ocorre no momento em que o parceiro sexual retira o preservativo sem o consentimento da vítima (PAIVA, 2022).

²⁴ Todas as informações sobre o caso estão disponíveis no endereço eletrônico disponível em <https://www.jota.info/justica/conselho-tutelar-denunciou-medica-por-aborto-legal-em-menina-de-14-anos-26072022>. A referência do site está disposta no final deste trabalho.

teste de gravidez adquirido em farmácia, e ao dar positivo confrontou o seu companheiro, que admitiu ter retirado o preservativo durante a relação.

A adolescente conseguiu realizar o aborto legal e a equipe multidisciplinar do hospital entendeu o caso como análogo à uma violação sexual mediante fraude, ocasionando em uma notificação ao CT de São José dos Campos, São Paulo, para tomar as devidas providências. Contudo, o CT resolveu acionar o Ministério Público de São Paulo para investigar a médica que realizou o aborto na adolescente, ao invés de iniciar uma investigação para apurar o caso de violência.

Como bem afirma Senapeschi, Vieira e Mariano (2021), o direito ao aborto legal passa por dificuldades para ser assegurado por conta da visão moral e religiosa sobre o assunto, o que estabelece barreiras para o acesso aos serviços de saúde de referência. O conservadorismo atravessa de maneira violenta o tema aborto, impondo percepções pessoais vinculadas à moral e princípios religiosos em cima de um assunto que deve ser de saúde pública.

As políticas de educação em saúde para adolescentes e mulheres cisgênero são repletas de estigmas sexistas e etaristas, além de possuir um caráter controlador, conservador e disciplinador sobre a sexualidade e a reprodução (OLIVEIRA, 2011). Logo, a criação de novas políticas se torna uma urgência para a atenção à saúde do adolescente, bem como explicita a necessidade de uma análise crítica sobre a realidade posta a fim de realizar mudanças efetivas nas políticas já existentes. É preciso repensar as práticas organizacionais das instituições e as práticas profissionais de quem atua junto à saúde sexual e reprodutiva na saúde pública (MARTINS *et al*, 2019).

Estudar sobre o acesso aos serviços de saúde contribui para o reconhecimento de como as desigualdades sociais atravessam as instituições e de quais são as barreiras levantadas para determinados grupos ao tentarem acessar. Questões como a disposição geográfica, a falta de conhecimento sobre os serviços de saúde, a insuficiência de transporte público até os serviços de saúde e a preocupação com o sigilo e a privacidade que gera um desconforto ao compartilhar informações com os profissionais de saúde são barreiras levantadas pelos adolescentes na pesquisa de Martins *et al* (2019) como significativas para a compreensão de como ocorre o acesso para os adolescentes.

Ademais, esses estudos também possibilitam a identificação dos grupos prioritários para a atenção à saúde, pois conseguem verificar através das pesquisas quais são as

identidades mais acometidas pela falta de acesso (MARTINS *et al*, 2019). É sabido que apenas o SUS não consegue extinguir as desigualdades existentes em nossa sociedade capitalista, contudo, o desenvolvimento de um SUS com acesso universal e equitativo se torna uma ferramenta política essencial para a emancipação de grupos minoritários (ASSIS; JESUS, 2012).

Devido ao caráter essencial sobre o estudo das identidades que sobrepõem os adolescentes que menos acessam aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, o próximo subcapítulo irá se ater às categorias interseccionais que estão entrelaçadas ao não acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

3.2. AS PARTICULARIDADES DO ACESSO AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PELAS ADOLESCENTES NEGRAS NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO À LUZ DA INTERSECCIONALIDADE

3.2.1. “Eu parei à pedido dele e agora eu que estou aqui”: histórias de adolescentes negras que acessaram à maternidade onde estagiei²⁵

Em minha vivência enquanto estagiária, identifiquei diversas vulnerabilidades na área da sexualidade e da reprodução presentes nas adolescentes negras, como o fato da maioria estar passando por uma gravidez não planejada, fruto de uma relação sexual com um homem cis adulto, bem como a não utilização correta de métodos contraceptivos, e até mesmo o não uso. As violações aos direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes negras ocorrem de diversas maneiras, desde o baixo acesso à quantidade mínimas de pré-natais à violência sexual – principalmente vindo de homens da sua própria família.

Devido a dificuldade em encontrar dados específicos sobre o acesso de adolescentes negras aos serviços de saúde públicos relacionados aos seus direitos sexuais e reprodutivos, irei trazer aqui a história de cinco adolescentes negras, algumas das tantas que atravessaram o

²⁵ As histórias contadas aqui estão com informações de privacidade alteradas para proteger a identidade das adolescentes e são baseadas em meus escritos de diário de campo sobre o cotidiano profissional, coletadas durante todo o meu processo de estágio obrigatório, desde o Estágio I até o Estágio III. Reitero aqui que as histórias serão contadas de maneira breve, constando apenas os elementos básicos da situação para que ocorra uma compreensão do contexto da adolescente, respeitando o sigilo dos processos e a vida das usuárias e suas famílias. As aspas contidas aqui são provenientes das falas impactantes das adolescentes que eu ia anotando no diário de campo.

meu caminho e me deixaram marcas que resultam neste trabalho, no intuito de explicitar algumas das vulnerabilidades que me levaram a escrever.

Usuária 1, 14 anos, preta, cisgênero, heterossexual, sem religião, fundamental incompleto, com histórico de situação de rua, violência sexual, uso de substâncias psicoativas, gravidez não planejada, foi a duas consultas de pré-natal, bebê prematuro tardio na UTIN e tem dúvida sobre a paternidade do bebê, sendo que as duas pessoas são homens com mais de 30 anos.

Essa adolescente acessou o serviço de saúde através de um projeto que acolhe mulheres em situação de rua para a realização de consultas de pré-natal no ambulatório da instituição. Em uma das idas à maternidade, ficou internada e deu à luz. Contudo, apenas o acesso não foi suficiente para que a paciente conseguisse ter os seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados.

A sua rede de apoio é composta apenas por sua avó, com histórico de esquizofrenia sem adesão ao tratamento. Como delibera a Lei nº 11.108/05, a parturiente é quem decide o seu acompanhante, e ela escolheu a avó. Apesar de todas as dificuldades apresentadas para a equipe a partir do momento em que a avó começou a estar no cotidiano da maternidade, essa era a única pessoa que a adolescente tinha para prestar o mínimo de apoio naquela situação.

Usuária 2, 14 anos, preta, cisgênero, heterossexual, sem religião, fundamental incompleto, com histórico de uso de substâncias psicoativas e de aborto, gravidez não planejada, não sabia quantas consultas de pré-natal fez, bebê prematuro precoce na UTIN e estava em um relacionamento com um homem de 40 anos, genitor do bebê.

A adolescente acessou o serviço de saúde pela proximidade com o local que morava anteriormente com o genitor do bebê, que era a casa da sua mãe. Contudo, recentemente tinha se mudado para a casa desse homem, onde iria morar com o bebê após a alta da maternidade.

São evidentes as problemáticas, visto a idade das adolescentes nos dois casos configuram estupro de vulnerável, como afirma o art. 217-A implementado pela Lei nº 12.015/09. Em ambos os casos, os homens envolvidos se relacionaram sexualmente com as adolescentes em um momento que elas tinham menos de 14 anos, como no caso da usuária 02 que engravidou quando ainda tinha 13 anos.

Usuária 3, 16 anos, preta, cisgênero, heterossexual, sem religião, fundamental incompleto, zona rural, com histórico de violência sexual, gravidez não planejada, foi a seis consultas de pré-natal, bebê prematuro tardio na UTIN e está em um relacionamento com um homem de 25 anos, genitor do bebê.

A adolescente acessou o serviço de saúde acompanhada por sua sogra, alegando que ela era quem agia como a mãe dela de verdade. Durante a entrevista social, a adolescente tinha pouca certeza sobre as informações da sua vida, sempre se direcionando à sua sogra para confirmar o que estava sendo dito. Ficou perceptível o apego emocional que a adolescente depositou em sua sogra e no atual companheiro, um homem de 25 anos que estava se negando inicialmente a ir até a maternidade.

Sem documento de identidade, a adolescente trabalha como lavradora no lugar onde mora com seu companheiro a avó do companheiro e não tem um bom relacionamento com a mãe. Sem apoio da sua família primária, a usuária conta apenas com a família do atual companheiro para ser a sua rede de apoio.

Em um dos atendimentos à adolescente, ela estava chorando e em desespero porque gostaria que o seu companheiro viesse à maternidade trocar de lugar com a sua sogra e ficar como acompanhante, ao invés da mãe. O homem se negava, levantando diversas justificativas que poderiam ser resolvidas, mas nitidamente era ele quem não queria trocar de lugar com a mãe e encarar a responsabilidade de ser pai.

O que me marcou profundamente nessa situação foi quando a sogra da adolescente pegou o celular para falar com o filho e sugeriu que ele pedisse a uma tia para ir até a secretaria de saúde do município para arranjar transporte para ele vir realizar a troca de acompanhante. Nesse momento, ficou claro para mim como a responsabilização da mulher no cuidado está enraizado na gente, de maneira que ele se sentiu muito confortável em negar procurar uma forma de visitar o seu filho, ao mesmo tempo em que a família dele cobrava da adolescente excesso de responsabilidades como mãe.

Usuária 4, 17 anos, preta, cisgênero, heterossexual, candomelecista, fundamental incompleto, gravidez não planejada, não foi em nenhuma consulta de pré-natal, bebê na UTIN e está em um relacionamento com um rapaz de 18 anos que não é o pai do bebê.

Ela acessou o serviço de saúde por escolha própria após sentir contrações, na tentativa de conseguir ter o seu filho na maternidade que haviam indicado para ela. E conseguiu. Apesar de não ter sido um bebê prematuro, ele precisou ser encaminhado para a UTIN. Essa adolescente morava sozinha com suas irmãs desde que a sua mãe decidiu alugar uma casa para elas, alegando que não poderiam morar na mesma casa que o padrasto.

Enquanto conversávamos sobre métodos contraceptivos e cuidado com o próprio corpo, ela compartilhou comigo que usava anticoncepcional injetável com duração de três meses, mas que tinha parado por pedido do genitor do seu filho. Segundo relato da adolescente, ele pediu para que ela parasse de usar porque “estava deixando ela gorda” e para “não diminuir a vontade de fazer sexo”, o que resultou na sua primeira gravidez.

Perguntei se ele já tinha ido até a maternidade para visitar o bebê e ela disse que não, que apenas o seu novo companheiro tinha ido como acompanhante dela. Nesse momento, ela disse uma frase que me impactou e que me fez anotar no diário de campo: “o engraçado é isso, né? Eu parei à pedido dele e agora eu que estou aqui”.

Usuária 5, 18 anos, 1º filho, parda, cisgênero, heterossexual, sem religião, médio incompleto (estudando o 1º ano do ensino médio), da zona rural, com histórico de violência sexual, gravidez não planejada, realizou três consultas de pré-natal, bebê prematuro precoce na UTIN e está em um relacionamento com um homem de 20 anos que não é o pai do bebê.

A adolescente acessou o serviço de saúde através do encaminhamento de uma outra unidade, em razão do seu parto prematuro. Quando eu cheguei no leito para realizar a entrevista social, a adolescente estava sozinha e informou que o seu atual companheiro voltou para o seu município para trabalhar a pedido da empresa, mas que ele era quem estava presente na maternidade e visitando o bebê na UTIN.

Em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, a adolescente disse que não sabia da existência da maioria dos métodos contraceptivos que fui relatando durante a nossa conversa. “Eu não sabia que existia um lugar que a gente *pode* falar sobre planejar ter *filho*, sinceramente”, foi o que ela me trouxe enquanto conversávamos sobre as USFs.

Logo, as vulnerabilidades dessas adolescentes negras foram levantadas ao contar um pouco de suas histórias. Foi possível verificar contextos semelhantes nas histórias para além da raça/etnia, como por exemplo, o fato de todas possuírem o ensino fundamental incompleto,

terem ido a poucas ou a nenhuma consulta de pré-natal, estarem com RNs internados na UTIN e em relacionamento com homens mais velhos. Apenas uma delas possuía religião e não tinha histórico de violência sexual.

No próximo tópico, será feito um diálogo entre alguns estudos para debater sobre essas e outras expressões da questão social que oprimem as adolescentes negras de maneira interseccional, de maneira que implica no acesso efetivo aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

3.2.2. Uma análise interseccional sobre o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos pelos serviços de saúde públicos no Brasil

De acordo com Carla Akotirene (2019), a *interseccionalidade* é uma lente analítica crítica sobre o sistema de opressão que interliga a raça, o gênero, a classe e outras categorias estruturantes da sociedade e os impactos políticos e legais nas mulheres racializadas. Uma visão interseccional defende que o racismo e o cisheteropatriarcado²⁶ são engrenagens intrínsecas ao sistema capitalista, de modo em que este não sobrevive sem a existência dessas opressões que demarcam o caráter colonialista da formação brasileira (AKOTIRENE, 2019).

Sendo assim, a interseccionalidade permite analisar que há “possibilidade de sermos oprimidas e de corroborarmos com as violências” (AKOTIRENE, 2019, p. 31), pois cada indivíduo possui múltiplas identidades. Assim como nem todo homem é branco, nem toda pessoa não-branca é preta. Essa análise é essencial para compreender que a interseccionalidade não hierarquiza as opressões, e sim as analisa de maneira articulada enquanto uma matriz de opressão, considerando as estruturas sociais e experiências racializadas (AKOTIRENE, 2019).

Com isso, temos que a interseccionalidade se

[...] trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, as opressões de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas

²⁶ O termo cisheteropatriarcado quer elucidar o teor estrutural da cisgeneridade e da heterossexualidade sob o patriarcado, bem como ocorre com o racismo e o preconceito de classe, por exemplo. A partir do diálogo com suas *escrevivências* e com especialistas sobre cisgeneridade, Oliveira (2022) compreende a existência de um CISTema, que atravessa as relações sociais e institucionais e impõe barreiras em necessidades básicas daqueles que vão de encontro com a binariedade.

geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002 apud AKOTIRENE, 2019, p. 47).

As identidades sofrem com as consequentes barreiras raciais e de gênero sobre o acesso e as oportunidades, o que aponta a existência de múltiplas realidades diretamente influenciadas pela quantidade de categorias identitárias que o atravessam, condicionadas ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica, política e cultural do indivíduo (AKOTIRENE, 2019).

Ao falar sobre os adolescentes negros, Akotirene (2019) pontua que o ECA deve ter uma visão interseccional sobre as crianças e adolescentes, uma vez que as suas experiências geracionais são atravessadas por marcadores de gênero e raça. Quando se trata de medidas socioeducativas, os negros são tratados como “menores infratores” e os brancos são vistos como meninos que erraram e irão repensar sobre as suas atitudes.

A falta de oportunidade para jovens negros acarreta na incidência dessa população aos atos infracionais, como demonstra a pesquisa realizada no Rio de Janeiro pela socióloga Julita Lengruber em 2020, através do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania²⁷. Segundo Lengruber, a maioria dos adolescentes que adentram às unidades socioeducativas são negros e não concluíram o ensino fundamental, sendo que 4 de 10 estavam envolvidos com o tráfico de drogas a fim de melhorar a qualidade de vida da família.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em seu material informativo denominado *Desigualdades sociais por cor ou por raça no Brasil*, de 2019²⁸, apesar dos indicadores de 2016 e 2018 apresentarem uma melhora no setor da educação para os pretos e pardos, o cenário que ainda se verifica no país é de desvantagem desta população em relação às pessoas brancas. Apesar da diminuição na taxa de analfabetismo e aumento da conclusão do Ensino Médio, percebe-se que os números da população branca em relação a esses dois temas não mudaram, mantendo assim, os índices de analfabetismo baixos e os de conclusão do Ensino Médio altos²⁹.

²⁷ Pesquisa localizada na reportagem do G1 “Oito em cada dez jovens infratores detidos no RJ são negros e 39% tiveram parente assassinado, aponta pesquisa”, disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/13/8-em-cada-dez-jovens-infratores-detidos-no-rj-sao-negros-e-39percent-tiveram-parente-assassinado-aponta-pesquisa.ghtml>.

²⁸ Esse material informativo aborda como a desigualdade racial está presente em diversos temas que são básicos para uma vida comum a partir do resgate de pesquisas realizadas pelo próprio IBGE. O material está disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>.

²⁹ “Entre 2016 e 2018, na população preta ou parda, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade passou de 9,8% para 9,1%, e a proporção de pessoas de 25 anos ou mais de idade com pelo menos o ensino

No material do IBGE percebe-se também que a frequência escolar da população negra vai diminuindo com o aumento da idade. Durante a adolescência, começa a se perceber o início da evasão escolar da população negra. Enquanto na infância a população branca (96,5%) e a negra (96,8%) estão praticamente empatados em números segundo as pesquisas, o número de adolescentes negros da faixa etária entre os 11 e os 14 anos que frequentam a escola cai (84,4%) mais do que o de adolescentes brancos (90,4%). O cenário de declínio atinge também os adolescentes entre 15 e 17 anos, pois verifica-se mais uma diminuição nos números, só que em desvantagem maior para os adolescentes negros – 64,8%, em comparação a 76,4% de adolescentes brancos.

Portanto, quando se trata da realidade social de adolescentes negras, uma análise interseccional permite compreender como a raça, o gênero, as sexualidades e a classe impactam no acesso aos serviços de saúde de referência à saúde sexual e reprodutiva.

Conforme dizem Goes e Nascimento (2010), a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos está atrelada ao acesso aos serviços de saúde, âmbito este que sofre com violações devido a fatores estruturantes da nossa sociedade, como o racismo, o sexismo, o classismo e o preconceito contra as diferentes formas de exercer a sexualidade. No caso das adolescentes, o etarismo também se aplica, uma vez que é um fator determinante no acesso à saúde, como visto no subcapítulo anterior.

A ampliação do debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil é resultado das lutas pela liberdade sexual e reprodutiva do movimento LGBT+³⁰ e feminista organizado, de forma que posteriormente veio a abarcar politicamente e legalmente os adolescentes. Apesar de sabermos que a luta por direitos sexuais e reprodutivos deve ser coletiva, a realidade é de que os grupos minoritários que mais sofrem com as opressões interseccionais relacionadas à sexo e reprodução foram àqueles que saíram às ruas na luta por seus direitos.

Como as questões envolvendo sexualidade estavam presas em ambiente doméstico durante as décadas de 50 e 60 pelas correntes da moralidade, da religião, do conservadorismo e do tabu, foi somente nos anos 90 que os direitos sexuais começaram a se formular. Essa

médio completo se ampliou de 37,3% para 40,3%. Ambos os indicadores, porém, permaneceram aquém dos observados na população branca, cuja taxa de analfabetismo era 3,9%, e a proporção de pessoas com pelo menos o ensino médio completo era 55,8%, considerando os mesmos grupos etários mencionados, em 2018. O pior cenário em relação ao analfabetismo refere-se às pessoas pretas ou pardas residentes em domicílios rurais” (IBGE, 2019). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.

³⁰ Usa-se o “+” aqui na intenção de contemplar todas as orientações sexuais e identidades de gênero restantes para além das dispostas na sigla, como o queer, o intersexo, o assexual, etc..

discussão ainda é bem recente, e apesar da contribuição do movimento LGBTQ+ desde sempre pelo avanço do tema, a saúde sexual ainda é vista como parte integrante da saúde reprodutiva (BRASIL, 2013).

Apesar do movimento LGBTQ+ organizado vir lutando por saúde e liberdade sexual desde os anos 70, foi após o surgimento da epidemia de HIV/AIDS na década de 80 que a comunidade destacou a importância de se proteger sexualmente. Nesse momento, o movimento LGBTQ+ lutava para desconstruir a ideia da homossexualidade enquanto doença, na intenção de despatologizar as identidades de gênero e as sexualidades, em tempo que buscava investimento estatal em serviços de saúde que atendessem à saúde sexual (CANABARRO, 2013).

Segundo Bell Hooks (2021), o auge da Revolução Sexual entre os anos 60 e 70 promoveu um aumento na preocupação no que tange à gravidez indesejada, pois as mulheres perceberam que para exercer a sexualidade com liberdade, seria preciso o uso de métodos contraceptivos seguros e eficientes e o acesso ao aborto legal³¹. O movimento feminista brasileiro³² se alinhou à Reforma Sanitária³³ para contribuir na conquista de diversos direitos para a saúde, inclusive na luta para a criação do SUS com a Constituição de 88 (PAIM, 2008).

Em meio aos diversos movimentos que estavam nas ruas na década de 70, a democratização da saúde era uma das demandas pautadas por estudantes, professores universitários, profissionais da saúde e outras esferas da classe trabalhadora, resultando na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e na 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁴, em 1986. Essa Conferência foi um estímulo para a criação de um corpo doutrinário e um conjunto de ações e políticas voltadas para a saúde na perspectiva de uma reforma democrática do Estado, o que resultou em uma Reforma Sanitária no Brasil (PAIM, 2008).

³¹ Contudo, Hooks (2021) enfatiza a diferença racial entre as mulheres em relação ao acesso aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Apesar dos avanços na área de contracepção, as mulheres da classe trabalhadora – em sua maioria negras – sempre encontraram mais dificuldade de acessar aos métodos e a um aborto seguro, enquanto as mulheres brancas conseguem ainda realizar abortos em grandes clínicas e sem riscos (HOOKS, 2021).

³² Como afirma Carnáuba (2019), não houve e não há apenas um feminismo. A autora ressalta que o movimento feminista é complexo e heterogêneo desde o início das suas movimentações enquanto uma luta organizada.

³³ Segundo Paim (2008, p. 31), a Reforma Sanitária ocorre quando as mudanças organizacionais, “reconhecendo os sistemas de serviços como uma das respostas sociais, pretendem intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população”.

³⁴ A Conferência reafirmou o compromisso constitucional da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado, “recomendando-se a organização de um SUS descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação)” (PAIM, 2008, p. 28).

Durante o período ditatorial, as políticas de saúde no âmbito da sexualidade e reprodução falavam sob uma perspectiva do ciclo gestacional, salientando a importância apenas da saúde reprodutiva. A intenção dos governos autoritários é impor a maternidade compulsória sobre as mulheres cis, de forma que consiga controlar os corpos femininos em prol da sua hegemonia patriarcal³⁵ política, econômica e cultural na sociedade, ao mesmo tempo em que garante a manutenção da mão de obra (ALMEIDA, 2021). Ao pensarmos de maneira interseccional, essa herança patriarcal e escravocrata promove a exclusão principalmente de mulheres racializadas, LGBTQ+ e da classe trabalhadora.

Almeida (2021) cita o Programa de Saúde Materno Infantil (1974) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (1977) enquanto dois programas criados durante governos ditatoriais que foram alvos de críticas dos grupos feministas da época, a partir de análises sobre a sua execução nos serviços públicos do país. Ambos os programas possuíam um viés de controle eugenista³⁶, assegurando que determinados corpos conseguissem apoio estatal para reproduzir de maneira segura e outros não, o que implicou nos estímulos à esterilização de mulheres negras e pobres presentes nos programas.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é visto como a materialização de uma nova postura da saúde perante a proteção e a atenção à saúde da mulher, sendo um resultado das lutas feministas e da Reforma Sanitária pela integralidade na saúde. O PAISM preconiza ações para além do atendimento materno-infantil, ampliando a assistência à mulher para outros aspectos da vida inerentes ao gênero, orientando ações educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, considerando o perfil populacional das mulheres.

Apesar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) pressupor que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sejam apreendidos como direitos humanos, considerando as particularidades socioeconômicas e culturais e a diversidade existentes dentro da população feminina brasileira, a realidade observada é de

³⁵ De acordo com Saffioti (2004), o patriarcado é resultado das relações hierárquicas e desiguais de gênero e gera uma ordem social de dominação-exploração das mulheres pelos homens. O patriarcado é um sistema alimentado pelas discriminações de raça/etnia, gênero, classe e orientação sexual, de maneira que está intrínseco no capitalismo.

³⁶ Segundo Maciel (1999), a eugenia é um conjunto de ideias e práticas racistas e discriminatórias, criadas por Francis Galton no século XIX, que tinham o intuito de embranquecer a população a partir da reprodução do discurso de “melhora da raça humana”.

violação à estes direitos, de maneira que reproduz socialmente e institucionalmente a ideia de controle dos corpos femininos (GOES; NASCIMENTO, 2010).

Não há como compreender a realidade das adolescentes negras quando se trata de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos sem entender a forma que a sociedade racista e cisheteropatriarcal enxerga o corpo da mulher negra. O acesso à serviços de saúde e ações relacionadas à sexualidade e reprodução deve possuir um planejamento com enfoque não somente em gênero, mas sim interseccional, visando todos os indicadores sociais de saúde que se relacionam com estas categorias (GOES; NASCIMENTO, 2010).

O reconhecimento das barreiras históricas e estruturais levantadas pelo próprio sistema como consequência do período escravocrata pelo Estado ocorreu com a luta do povo negro organizado, possibilitando a existência de medidas e ações que busquem minimizar os danos causados pela discriminação racial, como o sistema de cotas e a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)³⁷ em 2017 (SILVA *et al*, 2020).

A PNSIPN afirma que o racismo é um determinante social da saúde, contudo, ainda paira pelo imaginário comum brasileiro a ideia de que apenas atitudes individuais são consideradas racismo. Como bem aponta Silvio Almeida (2019), o racismo estrutural não é um tipo de racismo, na realidade, todo racismo é estrutural. Não há patologia no racismo que aparece na realidade concreta, pois “ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade” (ALMEIDA, 2019, p.4).

Dentro das instituições não é diferente, afinal, elas são a materialização das determinações sociais resultantes dos conflitos e das lutas pelo poder social, e são atravessadas pelos interesses de quem quer assumir o controle das instituições. O *racismo institucional* se instaura na manutenção do poder da classe dominante, que ao institucionalizar os seus interesses, impõe regras e condutas sociais que determinam o que é normal e natural para todos (ALMEIDA, 2019).

³⁷ A PNSIPN é a materialização do compromisso firmado pelo Ministério da Saúde com o combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e com a promoção da saúde da população negra de maneira integral, visto que reconhece o racismo como um determinante social em saúde. As desigualdades socioeconômicas e culturais, provenientes deste sistema excludente e racista, influenciam diretamente na morbimortalidade da população negra. Portanto, para que se cumpra a proposta de uma atenção integral à saúde da população negra, se faz necessário que os profissionais da saúde, os gestores, movimentos sociais e conselheiros atuem de maneira condizente à PNSIPN, em prol de uma melhor condição de vida e saúde das pessoas negras. (BRASIL, 2017)

Werneck (2016, *apud* ROSÁRIO, 2021) propõe um modelo de análise de três dimensões interligadas que indicam os índices de vulnerabilidade de grupos sociais em determinadas condições:

[...] *dimensão individual* – na qual estão inseridos comportamentos que desprotegem; *dimensão social* – destaca as condições políticas, culturais, econômicas etc., a partir do que produz e/ou legitima a vulnerabilidade; *dimensões do racismo*; *dimensão política ou programática* – refere-se à ação institucional voltada para a geração da proteção e/ou redução da vulnerabilidade de indivíduos e grupos, na perspectiva de seus direitos humanos (ROSÁRIO, 2021, p.55, *grifo nosso*)

Por meio desse modelo proposto para analisar o racismo e os seus impactos na saúde, se torna possível verificar a efetividade da PNSIPN, bem como se a sua implementação está sendo viabilizada de forma correta. Ao analisar qual grupo se encontra mais vulnerável em relação à acessibilidade à saúde através dos dados levantados, são discutidos os motivos pelos quais as ações e serviços não estão apresentando resultados satisfatórios de acesso e nem contribuindo para a diminuição das disparidades no tratamento oferecido pelos profissionais da saúde à população negra em comparação com a população branca (ROSÁRIO, 2021).

O próprio sistema de saúde está carregado de preconceitos enraizados no imaginário social provenientes do sistema cisheteropatriarcal e racista, e isso pode ser observado na atuação de alguns profissionais da saúde. Esses profissionais não são preparados durante a sua formação para atender e cuidar da população negra considerando as suas particularidades, como também não se interessam em estabelecer vínculos de responsabilidade e sensibilidade durante a atuação com essa população devido a nossa construção sócio-histórica, principalmente com as mulheres negras (ROSÁRIO, 2021).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2013) reconhece o caráter estruturante do racismo e seus reflexos nas condições de vida e saúde da população negra ao evidenciar o peso da diferenciação racial no acesso à educação, à saúde, à serviços públicos, às maiores posições sociais e assim por diante em seus resultados estatísticos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do IBGE de 2021³⁸, 9,1% dos brasileiros se autodeclararam pretos, enquanto a maioria da população se autodeclarou parda (47%), completando assim, 56,1% de pessoas negras no Brasil.

³⁸ Informação encontrada na notícia “IBGE: População autodeclarada preta cresce 32,4% no Brasil, em 10 anos” do Jornal O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/07/ibge-populacao-autodeclarada-preta-cresce-324percent-no-brasil-em-10-anos.ghtml>.

Devido a desigualdade racial, a população negra é acometida pelas piores remunerações no mercado de trabalho, por posições de trabalho subalternas, por moradias com pouca ou nenhuma infraestrutura básica e pela dificuldade no acesso à serviços de saúde – quando o indivíduo consegue o acesso ao serviço de saúde, tem a maior chance de ter um atendimento de baixa qualidade ou até mesmo de sofrer algum tipo de violência (SILVA *et al*, 2020).

Existe uma diferença racial no acesso aos serviços de saúde. Ao analisar alguns indicadores de saúde, a PNSIPN (2017) verificou que entre os brasileiros que haviam consultado um médico nos últimos doze meses, a porcentagem de pessoas brancas (74,8%) é maior do que as de pessoas pretas (69,5%) e pardas (67,8%). Das pessoas que foram a uma consulta médica e receberam receita para algum medicamento, foi levantado que as pessoas brancas possuem mais acesso aos medicamentos receitados (84,2%) do que as pessoas pretas (81,1%) e pardas (80,4%) (BRASIL, 2017).

Martins (2021) analisa que os resquícios coloniais sobre a autonomia dos corpos das mulheres negras se materializam em estereótipos hiperssexualizadores que as objetificam, ainda reproduzidos pelo senso comum. Durante o Brasil colônia, a sexualidade das mulheres negras estava atribuída apenas à violência sexual provocada pelos senhores de engenho e à manutenção do sistema escravocrata por meio da reprodução.

Como afirma Pantoja *et al* (2019), a história da objetificação do corpo da mulher cis negra tem o seu início no sequestro orquestrado pelos portugueses contra a população do continente africano a fim de explorá-los como mão de obra de atividades agrícolas, resultando no Brasil colônia escravocrata. Esse período marcado por opressão tanto aos povos indígenas quanto ao povo negro, impôs às mulheres negras o lugar do trabalho braçal e do trabalho doméstico, associados à violência sexual e ao papel da ama de leite³⁹.

As violações à mulher negra não se cessam após elas engravidarem. Os seus bebês, ainda dentro do ventre, estão predestinados a ser propriedade do senhor do engenho. Naquele momento, as mulheres negras não eram vistas como mães, e sim, como máquinas reprodutoras de força de trabalho para manutenção do sistema escravocrata. O exercício da maternidade era tomado das mulheres negras em relação aos seus próprios filhos, pois ao

³⁹ Em publicação no Portal Geledés, Emanuelle Goes define ama de leite como as mulheres negras escravizadas obrigadas a amamentarem os filhos da casa grande. Informação disponível em: <https://www.geledes.org.br/a-mae-preta-ja-encheu-sua-mamadeira-va-mamar-em-outro-lugar/>.

mesmo tempo, o sistema as forçava a cuidar dos filhos dos senhores como ama de leite (PEREIRA, 2021).

Apesar das diversas formas de resistência do povo negro à opressão perpetuada pelos portugueses, existiam “teorias científicas” que buscavam justificar a escravização e manter esse sistema de produção que estava dando lucro aos senhores de engenho. Essas teorias tinham a intenção de colocar sobre a população negra um estereótipo de menos inteligente e emocionalmente instável, afirmando que a submissão é o seu destino biológico (PANTOJA *et al.*, 2019).

Todo esse contexto apenas estimulou a impregnação de estereótipos direcionados à população negra no imaginário social, que culminam na desigualdade social com base em preconceito de raça e opressão e reproduzem o racismo estrutural. No caso das mulheres negras, “ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão” (GONZALEZ, 2021, p.50).

Observando o que foi exposto anteriormente, durante o período colonial escravocrata as mulheres negras não eram vistas sequer como humanas e o imaginário comum da sociedade estava infestado de ideais baseados no racismo científico. A violação a uma série de direitos básicos culminaram na luta das mulheres negras e do movimento feminista negro por direitos sexuais e reprodutivos, ao mesmo tempo em que ocorria diversos movimentos por outros direitos que estavam sendo negados para a população negra mesmo após o fim da escravização (PEREIRA, 2021).

Ao pensar na saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras, a PNSIPN afere que as mulheres racializadas são mães mais jovens, considerando que “a faixa etária entre 20 a 24 anos concentra o maior percentual de mães nas populações de raça/cor preta (26,0%), parda (27,5%) e indígena (26,8%)” (BRASIL, 2017, p. 15). Ademais, as gestantes negras são minoria (69,8%) no acesso às seis consultas mínimas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, se comparadas às mulheres brancas (84,9%). Até mesmo o início do acompanhamento de pré-natal entre as mulheres é diferente e tardio para mulheres

racializadas⁴⁰, visto que o número de mulheres negras que possuem, no mínimo, seis consultas de pré-natal (69,8%) é menor do que o de mulheres brancas (84,9%) (BRASIL, 2017).

Segundo estudo realizado por Coelho *et al* (2022) pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), as mulheres negras têm os piores indicadores de acesso aos serviços de saúde relacionados à reprodução, como o pré-natal, bem como são as mais vitimadas pelas taxas de mortalidade durante a gestação, o parto e o puerpério. A partir da análise de dados sobre os cuidados no pré-natal e os índices de mortalidade materna entre 2014 e 2020, relacionados à desigualdade racial existente no Brasil, Coelho *et al* (2022) verificaram que durante esses anos ocorreram 8 mortes a mais de mulheres negras para cada 100 mil nascidos vivos, em comparação às mulheres brancas.

No que tange às adolescentes negras, no período colonial, elas faziam parte da faixa etária – 13 a 16 anos – que mais sofria com os abusos sexuais dos senhores de engenho e com o consequente aumento dos números de IST's e casos de gravidez indesejada e precoce (PEREIRA, 2021). Atualmente, esses resquícios coloniais atingem as adolescentes negras em diversos âmbitos da sua vida, inclusive no acesso aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde sobre mortalidade materna (2021) indica que 13% dos óbitos foram de adolescentes e 66% de mulheres negras em 2019, mas não especifica a raça dentre as adolescentes. Entretanto, essa é uma realidade de apagamento que se torna possível verificar em diversos estudos sobre os adolescentes⁴¹, como a própria Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Estudos sobre sexualidade e reprodução que vêem os adolescentes como um grupo social homogêneo apenas reproduzem a exclusão já vivenciada pelas adolescentes negras em suas realidades. De que forma podemos pensar nas vulnerabilidades específicas de raça no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelas adolescentes negras se os seus dados de quesito raça/etnia não forem coletados pelas pesquisas?

⁴⁰ No que tange ao acesso tardio à exames de pré-natal, as mulheres racializadas permanecem em menor número quando comparadas às mulheres brancas. Durante os primeiros três meses de gestação, 73% das mulheres negras e 53% das mulheres indígenas acessaram os exames de pré-natal, enquanto 85% das mulheres brancas conseguiram realizar o acompanhamento desde o início (BRASIL, 2017).

⁴¹ Ao realizar o levantamento bibliográfico para este trabalho, notei que as pesquisas e estudos sobre os adolescentes estavam com foco direcionado para gênero, classe e acesso à educação sem destacar questões tão importantes para o entendimento do contexto sociocultural do indivíduo, como raça/etnia. Essa questão será discutida posteriormente no item 4, nas Considerações Finais.

Segundo o *site* oficial do Governo Federal⁴², a PeNSE é uma pesquisa por amostragem realizada desde 2009, em parceria com o IBGE e o Ministério da Educação (MEC), nas escolas públicas e privadas do país, com o objetivo de proteção à saúde dos adolescentes, monitorar os fatores de risco e identificar as questões prioritárias para a promoção da saúde nas escolas através de políticas públicas voltadas para os adolescentes, como o PSE.

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) faz parte do PSE e se propõe a desenvolver e promover ações referentes à promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, em tempo que articula os âmbitos da saúde e da educação. Essas ações têm como objetivo contribuir para a diminuição dos números de infecção por HIV/AIDS e outras IST's e de evasão escolar causada por uma gravidez precoce e indesejada na faixa etária de 10 a 24 anos (CARNAÚBA, 2019).

A última PeNSE foi coletada em 2019 e disponibilizada em 2021, constando dados de suma relevância para a Vigilância dos Fatores de Risco e para a Proteção das Doenças Crônicas do Brasil, como objetiva a pesquisa. Contudo, a carência de dados sobre raça/etnia age como um empecilho para o desenvolvimento de políticas efetivas, inclusive de combate ao racismo dentro das escolas. Os poucos dados existentes relacionados a essa temática afirmam que dentre os alunos que responderam a pesquisa, a maioria era negra (47,1%, sendo 43,3% pardos e 13,7% pretos), e ao se tratar de planos para depois do ensino médio, 11,1% dos pretos disseram que continuariam apenas trabalhando, em comparação à 7,8% dos brancos (PeNSE, 2021).

As mulheres negras jovens são as maiores vítimas da mortalidade materna no Brasil (54,1%), considerando a faixa etária de 15 aos 29 anos, bem como são as mais afetadas pelo desemprego estrutural, segundo o PNAD Contínua de 2022⁴³. Segundo Guimarães (2021), houve uma queda de 37,2% nos casos de gravidez na adolescência no Brasil entre os anos 2000 e 2019, porém, as adolescentes negras continuaram em maior número enquanto vítimas desse problema social. Analisando o período de 2018 a 2020, Guimarães (2021) verifica que ocorreu a diminuição de 10% de casos de adolescentes brancas grávidas, enquanto a redução para as adolescentes negras foi apenas de 3,55%.

⁴² Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pense>.

⁴³ Dados coletados do artigo *Maioria de mortes maternas no país ocorre entre mulheres negras jovens*, localizado no site da Agência Brasil: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulher-e-negras-jovens> e no site do PNAD Contínua: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>.

As mudanças no mundo do trabalho que ocorreram a partir do desenvolvimento do capitalismo criaram novas demandas para os grupos pertencentes à sociedade civil. No século XX, a fase da adolescência foi imposta às exigências de um novo mercado de trabalho, agora exigindo habilidades e qualificações específicas dos trabalhadores. Com isso, foi atribuída socialmente para os adolescentes a função de se dedicar aos estudos e se preparar para o ingresso no mercado de trabalho. Dessa forma, a gravidez na adolescência se torna algo impensável, um problema que afasta os adolescentes que engravidam de um “futuro promissor” (SILVA, 2017a).

A interseccionalidade é fundamental para uma compreensão da gravidez na adolescência como resultado de múltiplos sistemas de opressão e subordinação que se encontram associados. Sob um olhar interseccional, se verifica como o patriarcado oferece aos homens, adolescentes ou jovens adultos, o benefício da dúvida se gostaria realmente de exercer a sua paternidade, tornando o abandono paterno um ato recorrente nas pesquisas sobre gravidez na adolescência (SILVA, 2017a).

Conforme identificaram Silva, Biffi e Giuliani (2007, *apud* SILVA, 2017a), existem alguns fatores que aumentam as chances de ocorrer uma gravidez na adolescência, e são eles: o contexto socioeconômico e cultural com vulnerabilidades; falta de acesso à políticas públicas; família com baixo suporte afetivo e emocional e/ou violento fisicamente e psicologicamente, a influência da mídia sobre a iniciação sexual precoce, a falta de perspectiva de vida e a falta de informação e orientação de qualidade sobre saúde sexual e reprodutiva.

Em concordância com Carnaúba (2019), se torna evidente as fragilidades nas políticas deixadas pela concentração por parte do Estado na prevenção à gravidez precoce e consequente falta de investimento em políticas que atuem junto às adolescentes que estão grávidas ou já são mães. Apesar da implementação da Lei nº 6.202/1975⁴⁴, que estende o direito ao regime de exercícios domiciliares para alunas gestantes a partir do oitavo mês de gravidez e durante três meses, o período determinado pela legislação não é suficiente para que as adolescentes consigam dar conta das recomendações mínimas dadas pela OMS.

⁴⁴ Essa lei altera o Decreto-Lei nº 1.044 que estabelecia o regime de exercícios domiciliares apenas para alunos em regime de exceção por motivos de saúde, sem incluir a gravidez. A partir da Lei nº 6.202/1975, a estudante gestante foi incluída na legislação, apontando para um maior avanço legal nos direitos para os adolescentes, apesar da necessidade de revisão.

Enquanto as mulheres cis adultas trabalhadoras e gestantes são afastadas por 180 dias, como definido pela prorrogação na licença maternidade a partir da criação do Programa Empresa Cidadã⁴⁵, as adolescentes puérperas recebem um regime especial de 90 dias. No entanto, se a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e complementar até os dois anos de idade, como a adolescente conseguirá garantir essa alimentação apenas com os 90 dias concedidos pela lei? (CARNAÚBA, 2019).

Para que ocorra uma verdadeira ampliação do acesso das adolescentes negras aos direitos sexuais e reprodutivos pelos serviços de saúde no contexto do SUS, as instituições devem se aproximar fisicamente e culturalmente das mulheres negras. Por fim, como afirma Rosário (2021),

O caminho a ser percorrido para que de fato alcancemos a universalidade, a integralidade e a equidade no Sistema Único de Saúde deverá, necessariamente, perpassar por uma luta de combate ao racismo, ao sexismo e às classes sociais detentoras dos meios de exploração dos corpos e subjetividades da população negra, e as quais asfixiam as possibilidades de construção da ordem social pretendida quando era promulgada a Constituição Federal de 1988 (ROSÁRIO, 2021, p.57).

Uma promoção do cuidado efetiva em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes negras deve assumir uma perspectiva decolonial, com a construção de relações de confiança entre o público usuário e os profissionais, de maneira que o racismo institucional seja combatido junto com as outras opressões interseccionais que cercam as adolescentes negras (WERNECK, 2016 *apud* ROSÁRIO, 2021).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cheguei nas considerações finais com a certeza de que ainda há muito no que avançar em relação ao acesso efetivo das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Este trabalho buscou estudar, através de uma revisão de literatura e dos meus escritos em diário de campo, o acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços de saúde que atendem à saúde sexual e reprodutiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, se verificou neste estudo que apenas adentrar aos serviços de saúde não é o suficiente para garantir que os direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes negras sejam respeitados.

⁴⁵ O Programa Empresa Cidadã foi implementado pela Lei nº 11.770/2008 e é regulamentado pelo Decreto nº 7.052/2009 com o propósito de prorrogar a licença maternidade por mais 60 dias, contabilizando 180 dias de afastamento das atividades laborais.

A partir das histórias que contei e da compreensão de como o racismo institucional atua sobre os serviços de saúde, verificou-se que apenas o acesso ao serviço de saúde não é suficiente para garantir que as adolescentes negras não tenham os seus direitos sexuais e reprodutivos violados. Os próprios profissionais de saúde, no momento em que as adolescentes estão utilizando do serviço de saúde, atuam de maneira a ir de encontro aos princípios do SUS, a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

Portanto, analiso que este trabalho consegue chamar a atenção para a problemática do acesso das adolescentes negras aos seus direitos sexuais e reprodutivos, mas o encaro também como um pontapé para próximos estudos não só meus, como de outras pessoas que compreendam a importância para o avanço desse tema na área da pesquisa e das políticas públicas. Pretendo, em meus próximos passos, ampliar essa pesquisa de modo a levá-la ao mestrado e, quem sabe, ao doutorado, estando em maior contato com essas adolescentes negras e suas histórias.

Ao realizar um levantamento das pesquisas existentes sobre o acesso de adolescentes aos serviços de saúde, percebe-se que poucos colocam em evidência os dados raciais dos indivíduos. É possível identificar questões relacionadas à gênero, classe, escolaridade e violência, contudo, o quesito raça ainda se encontra defasado nesses estudos. Quando se trata de serviços de saúde relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes negras, se torna ainda mais dificultosa a localização de estudos sobre o tema. Este trabalho colocou em evidência o quanto o pensamento e a visão crítica interseccional sobre a saúde sexual e reprodutiva são importantes para visualizar as particularidades em ser uma adolescente negra, que sofre com a invisibilização em todos os âmbitos.

Acredito ser importante salientar a atuação do assistente social junto aos serviços de saúde relacionados à saúde sexual e reprodutiva. A minha experiência profissional enquanto estagiária de uma maternidade pública proporcionou uma vivência cotidiana com mulheres e adolescentes negras, que assim como eu, escrevem as suas histórias com bastante luta e resistência perante a esse sistema que insiste em nos colocar em posição de desigualdade. A atuação de assistentes sociais se torna essencial no dia a dia de um serviço de saúde público, que a cada brecha pode violar um direito daquela usuária.

O patriarcado, enquanto pacto masculino que garante a opressão de homens sobre mulheres, impõe uma relação social desigual interdependente do sistema de exploração capitalista, pautada em dominação-exploração masculina sobre a mulher. Dentro da lógica de

manutenção do capitalismo, tanto as mulheres cis quanto outros grupos sociais minoritários, precisam estar em posição de submissão a determinados grupos de poder (SILVA, 2017b).

A divisão sexual do trabalho é um exemplo trazido por Silva (2017b) como uma das formas de materializar a relação hierárquica existente entre o feminino e o masculino, a partir de argumentos com base em “limitações naturais biológicas” atribuídas às mulheres por meio da construção social. Assim, são determinados que certos locais são para trabalho masculino e outros para trabalho feminino.

São diversas as formas que o patriarcado consegue impor a relação de dominação-exploração sobre as mulheres, incluindo no campo da sexualidade e da reprodução. Por isso, Silva (2017b) sinaliza a contradição no controle patriarcal sobre os corpos das mulheres: ao mesmo tempo em que impõe uma maternidade compulsória atrelada a subalternização das mulheres e suas necessidades dentro e fora do mercado de trabalho em prol da lógica de mercado, reproduz tabus atrelados a falar sobre sexualidade e educação sexual. A repressão e o controle da sexualidade feminina é uma forma de reproduzir os valores patriarcais (SILVA, 2017b).

A violência é uma das formas utilizadas pelo patriarcado para impor uma repressão e uma moralização sobre a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres e manter a dominação masculina enquanto mecanismo ideológico. E a violência não se limita à violência física, ela pode ocorrer de maneira psicológica, moral, sexual, patrimonial, institucional, entre outras (SILVA, 2017b).

Quando se trata do cotidiano nas instituições de saúde pública, são identificados diversos tipos de violência, e uma delas é a *violência institucional*. Mas, o que seria isso? A violência institucional pode ser definida como aquela praticada dentro das instituições públicas por meio de funcionários que deveriam responder pelo cuidado e proteção do indivíduo. Utilizando como exemplo as instituições de saúde, é um tipo de violência realizada por profissionais e/ou gestores que deveriam na verdade proteger e promover o acesso à saúde (SILVA, 2017b).

No caso de uma maternidade, a *violência obstétrica* é uma violência institucional que acomete não só gênero, como raça. A violência obstétrica é reconhecida como uma questão de saúde pública desde 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que acomete as mulheres negras em sua maioria. Em relação a essa violência, Curi, Ribeiro e Marra (2020)

afirmam que pode ser concretizada por meio de negligência, violência verbal, física com procedimentos desnecessários ou indesejados e sexual.

As mulheres negras são vítimas de estigmas racistas ditos como ciência sobre os seus corpos e conseqüentemente estigmatizadas por isso. Elas são vistas como mais fortes e por isso suportam mais dor, não recebem anestesia nos procedimentos ou recebem mais do que o recomendado, são esterilizadas e suas necessidades são negligenciadas pelos profissionais da saúde (SILVA, 2017b).

Outro aspecto que aparece no cotidiano da maternidade é a questão do aborto. Essa é uma discussão ainda mantida no âmbito da moralidade e da religião ao invés de ser vista enquanto uma questão de saúde pública. Alguns profissionais de saúde ainda possuem uma postura de levar para o seu seu fazer profissional, concepções pessoais sobre valores e moral, influenciando diretamente na estigmatização das usuárias que chegam até a instituição depois de um aborto (SILVA, 2017b).

Por conta dessas violências contra os corpos femininos, é tão importante discutir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Os grupos conservadores buscam impor suas concepções ideológicas sobre os corpos femininos atacando essa área, sempre reproduzindo os tabus quando se fala sobre sexualidade justamente para que as pessoas não conheçam os seus direitos (SILVA, 2017b).

Quando a Constituição de 88 é promulgada, vários direitos são estabelecidos e entre eles, o de acesso à saúde. Nesse momento, a saúde passa a ser um direito de todo cidadão e o Estado é responsável pela garantia desse direito socialmente conquistado através de políticas econômicas e sociais que busquem reduzir o risco de acesso à doença e agravos e por meio do acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para todos (SILVA, 2017b).

Para a efetivação dessa garantia à saúde, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema possui como diretrizes organizativas: a descentralização político administrativa; o atendimento integral com prioridade para as medidas preventivas; e o controle social. A integralidade pontuada pela autora como uma perspectiva central nesse debate, é compreendida constitucionalmente no SUS dentro da diretriz de “atendimento integral” (SILVA, 2017b).

Silva (2017b) afirma que a emergência de novas questões de saúde e os seus tensionamentos requisitam dos profissionais dos serviços de saúde uma apreensão ampliada e integral das necessidades reais dos grupos sociais. Pela integralidade ser um princípio organizativo das políticas públicas e do trabalho na saúde, é necessário que os profissionais recusem o reducionismo e a objetivação dos indivíduos e ampliem os diálogos sobre os processos institucionalizados na saúde, que envolve não só os profissionais, como a gestão e a própria população. A partir do diálogo e do reconhecimento de que determinados grupos sociais que são atingidos estruturalmente pela desigualdade necessitam de respostas direcionadas, surgem as políticas especiais, que são as políticas de saúde feitas especificamente para atender a demanda de determinado grupo social (SILVA, 2017b).

O movimento feminista brasileiro pressionou e contribuiu para a existência do PAISM, e posteriormente da PNAISM, a partir das denúncias feitas pelo movimento sobre o modo reducionista e moralizante que as demandas de saúde da mulheres estavam sendo tratadas nas políticas e nos serviços de saúde. As antigas políticas não faziam nenhum tipo de articulação de gênero com classe, raça, cultura, geração e os variados contextos sociais dentro da ordem de desigualdade em que vivemos. Essa situação perpetuava uma perspectiva reducionista, com respostas governamentais essencialmente baseadas na dominação-exploração (SILVA, 2017b).

Mesmo com os avanços a partir do Programa e da Política, a hegemonia neoliberal e o sucateamento dos serviços de saúde implicam diretamente em um redesenho do que Silva (2017b) chama de “modelo biomédico de assistência”. Infelizmente, verificamos durante os últimos anos a precarização da saúde pública como um todo, com ações que se afastam do que foi defendido no Movimento da Reforma Sanitária, que desqualificam a atenção integral à saúde e que comprometem os avanços do SUS.

Assim como as políticas de saúde, o Serviço Social também passou por um processo de reconceituação, de renovação. A atuação positivista que faz parte da história da profissão passa a ser alvo de críticas num contexto político de crise da ditadura militar do país, durante os anos 70 e 80. A reforma curricular de 1982 proposta pelas vertentes críticas inspiradas na tradição marxista buscou inserir na agenda profissional uma nova proposta de perfil profissional, crítico e comprometido em participar das transformações de uma nova ordem social (SILVA, 2017b).

O assistencialismo como um dispositivo de manutenção da classe trabalhadora e a atuação profissional agindo como um motor do modelo hegemônico e da dominação do capital são marcas do conservadorismo na profissão que o Movimento de Reconceituação busca recusar e criticar, dando assim, início a construção do *Projeto Ético Político (PEP)* (SILVA, 2017b).

Em meio ao contexto de luta política contra a ditadura militar, o direcionamento majoritário do Serviço Social sobre o projeto societário caminha para responder aos interesses da classe trabalhadora. Na construção do PEP, as necessidades sociais da classe trabalhadora são incorporadas enquanto base para a criação de matrizes teórico-metodológicas e dos valores que legitimam a profissão. Também são delimitados os seus objetivos e prescritas as normas para o pleno exercício da profissão, estimulando a organização política dos profissionais para que o estabelecido neste documento continue firme. A reformulação da prática conservadora e a implementação da Constituição de 88 proporcionou novos campos de intervenção profissional para o Serviço Social, e entre eles, a política de saúde (SILVA, 2017b).

No âmbito da saúde, o Serviço Social deve compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, responder e entender os problemas de saúde sob as mais diversas óticas em prol de democratizar o acesso aos serviços e a informação com base no PEP, estimulando a participação popular (SILVA, 2017b).

Apesar de todos os avanços, o conservadorismo ainda permeia sobre o fazer profissional, mesmo que utilizando outras roupagens. A reatualização do conservadorismo no fazer profissional está atrelado à incorporação do pensamento pós-moderno dentro da formação, sendo eles: a metodologia baseada no tecnicismo, a teoria acrítica, a formação veloz e o pragmatismo (NETTO, 2009 apud SILVA, 2017b). Com isso, o assistente social deve lutar para romper com práticas individualizantes e conservadoras a partir do pensamento crítico, de maneira que consiga orientar a sua atuação profissional para a defesa, consolidação e ampliação dos direitos e fortalecimento da participação social.

Ao falar sobre o assistente social e a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, temos que o PEP do Serviço Social se propõe a desenhar um projeto profissional vinculado a um projeto societário baseado na construção de uma nova ordem social que não possua dominação-exploração de classe, etnia e gênero. Defender os direitos sexuais e reprodutivos também está nos princípios do SUS, ao colocar a integralidade e a promoção da saúde como

princípios norteadores da PNAISM e compreender que as mulheres devem tomar suas próprias decisões sobre a sua sexualidade e saúde reprodutiva a fim de uma melhor atenção à saúde (SILVA, 2017b).

Não é diferente quando se fala de adolescentes negras. O não acesso aos direitos sexuais e reprodutivos é um resquício colonial, resultante das opressões interseccionais que caem sobre essas meninas. Por isso, enquanto assistentes sociais, devemos por meio da relação com o usuário e com a instituição, garantir o encaminhamento e a viabilização dos direitos sexuais e reprodutivos por meio dos serviços de saúde; exercer crítica ao conservadorismo e às prerrogativas neoliberais que atacam diretamente os direitos deste grupo e o acesso a eles (SILVA, 2017b). Agora, enquanto mulheres negras, devemos continuar juntas na luta, traçando formas de resistência para construirmos uma trajetória cada vez mais equitativa no que tange à saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 152 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro)
- ALMEIDA, A. C. **AS POLÍTICAS PARA AS MULHERES NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DURANTE OS GOVERNOS BRASILEIROS NO PERÍODO DE 2003 À 2021**. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharelado em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.
- ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. 1. ed. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 264 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro)
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-357712>.
- BRASIL. **Decreto nº 17.943**, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 12 out. 1927
- _____. **Decreto de Lei nº 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez.1940.
- _____. **Lei nº 6.202**, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências.. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 abr. 1975.
- _____. **Lei nº 6.697**, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 10 out. 1979.
- _____. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1990.
- _____. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jan. 1996.
- _____. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2002.
- _____. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 abr. 2005.
- _____. **Lei nº 11.770**, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2008.
- _____. **Lei nº 12.015**, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática / Ministério da Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019** / Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, v. 52, n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde)

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

_____. **Projeto de Lei do Senado nº 227**, de 2004. Altera o art. 128 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, para não punir a prática do aborto realizado por médico em caso de anencefalia fetal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

CARNAÚBA, R. A. **Trajetórias de adolescentes negras e mães**: por outras Histórias, por outras Políticas Públicas. Dissertação de Mestrado em Educação, Publicação PPGE-MP.DM – 2019, Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, DF, 173p.

CANABARRO, R. HISTÓRIA E DIREITOS SEXUAIS NO BRASIL: O MOVIMENTO LGBT E A DISCUSSÃO SOBRE A CIDADANIA. In: **Congresso Internacional de História Regional**, II, 2013, Mato Grosso do Sul. Anais. Mato Grosso do Sul: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2013. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/historiaedireitoscanabarro.pdf>.

CARNEIRO, R. F. *et al.* EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 01, p. 104-108, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/617>.

COELHO, R. *et al.* Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. **Nota técnica**. n. 27. IEPS: São Paulo, ago. 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/>.

COLLING, Leandro. **Gênero e sexualidade na atualidade** [ebook]. Salvador: UFBA/SED, 2018. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/430946/2/eBook_%20Genero_e_Sexualidade_na_Atualidade_UFBA.pdf.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. CAVENAGHI, Suzana (org). *In: Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. 282 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T. de A.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, p. 156-169, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH). Genebra: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) [1948]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese>.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.6-7, abr.-jun. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/abr-451>.

FRAGA, C. K.; GAVIRAGHI, F. J.; GOERCK, C. O diário de campo no processo de sistematização da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social: objetivos e contribuições. *Sociedade em Debate*, v. 21, n. 1, p. 255-275, 2015.

FREIRE, A. K. da S. *et al.* Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência: diálogos e aprendizagem na escola. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 38, n. 1, p.3-14, jan.jun., 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322513441_Aspectos_psicossociais_da_sexualidade_na_adolescencia_dialogos_e_aprendizagem_na_escola.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

Fundo de População da ONU Brazil (UNFPA). **Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica**: Informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde [periódico na Internet]. 2007 Jan [acesso em 20 set 2022]. Disponível em: https://brasil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_para_saude_sexual_e_reprodutiva_e_atencao_obstetrica_1.pdf.

Fundo de População da ONU Brazil (UNFPA). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)** [periódico na Internet]. 2007 Jan [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/publications/relatório-da-conferência-internacional-sobre-população-e-desenvolvimento-conferência-do>.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. *In: Fazendo Gênero*, IX, 2010, Santa Catarina. Anais. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: http://www.fg2010.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAOORACISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf.

GONDIM, P. S. *et al.* Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 1, p.50-53, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-128220150001&lng=pt&nrm=is.

GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano**: Ensaio, Intervenções e Diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020. 375 p.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 41. ed. São Paulo: Cortez, 2014. 400 p.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Igualdade racial no Brasil**: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes/ Tatiana Dias Silva, Fernanda Lira Goes, organizadoras. – Brasília: Ipea, 2013. 186 p. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/index.php?option=com_content&view=article&id=727.

LOURENÇO, B. QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med** (São Paulo). 2010 abr.-jun.;89(2): p.70-75.

MACIEL, M. E. de S. A eugenia no Brasil. Anos 90, Porto Alegre, n.11, jul. 1999. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31532/000297021.pdf?sequence=1>.

MARTINS, A. de C. **Gravidez na adolescência**: entre fatos e estereótipos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021. 163 p.

MARTINS, M. M. F. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?lang=pt>.

MORAES, S. P. de.; VITALLE, M. S. de S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. **Revista de Associação Médica Brasileira**, v.58, n.1, p.48-52, 2012.

OLIVEIRA, G. S. de. **Este barulho te incomoda?!** Potência política de travestis negras em Salvador frente à negação de direitos e as múltiplas violências: aceita que dói menos! 166 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, Salvador, 2022.

OLIVEIRA, M. C. de. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES: conquistas e lacunas assistenciais na política de saúde. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v.15, n.2, p.225-232, jul./dez. 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>.

PAIVA, Letícia. Conselho Tutelar denunciou médica por aborto legal em menina de 14 anos. JOTA, 2022. Disponível em: <https://www.jota.info/justica/conselho-tutelar-denunciou-medica-por-aborto-legal-em-menina-de-14-anos-26072022>. Acesso em: 26 out 2022.

PANTOJA, J. H. da C. *et al.* OS REFLEXOS DO PERÍODO COLONIAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: A QUESTÃO DA SEXUALIZAÇÃO E OBJETIFICAÇÃO DA MULHER NEGRA NO BRASIL. *In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, XVI, 2019, Brasília. Anais. Brasília: CBAS, 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/18>.

PEREIRA, C. O. de J. **AUTONOMIA REPRODUTIVA DE MULHERES QUILOMBOLAS E PARTICIPAÇÃO DOS PARCEIROS EM SUAS ESCOLHAS REPRODUTIVAS**. 123 f. Projeto de Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Salvador, 2021.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PeNSE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 156 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101852>.

ROSÁRIO, M. S. do. **Mulheres negras, sofrimento psíquico e acesso à Atenção Básica**: uma pesquisa bibliográfica. 2021. Orientadora: Magali da Silva Almeida. 64 f. il. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, E. S. dos; CONCEIÇÃO, I. M.; MOURA, P. A. GRAVIDEZ E ABANDONO ESCOLAR DE ADOLESCENTES NEGRAS: QUAL O PAPEL DA ESCOLA NESSE CONTEXTO?. **Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional**, [S. l.], v. 10, n. 10, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/enfope/article/view/5268>.

SILVA, J. M. S. **Mães adolescentes negras na UFBA**: As intersecções entre maternidade, raça, trabalho e ensino. 2017a. 81 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SILVA, L. M. Direitos sexuais e reprodutivos femininos: Reflexões ao trabalho do assistente social no âmbito dos serviços de saúde pública. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICAS SOCIAIS, 2., 2017b, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Escola de Serviço Social da UFSC, 2017b, p.1-10. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180089/101_00522.pdf.

SILVA, M. R. B. da. et al. Porque elas não usam?: Um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p.75-83, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/633>.

SOUZA, A. da S.; FRANCA, K. M. C.; DEUS, Y. E. R. de. MATERNIDADE COMPULSÓRIA: IMPLICAÇÕES NA VIDA DA MULHER CONTEMPORÂNEA. *In*: Congresso de Iniciação Científica da FASB, XVII, 2019, Barreiras. Anais. Barreiras: Faculdade São Francisco de Barreiras, 2019. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/479/418>.

TAQUETTE, S. R; MEIRELLES, Z. V. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p.129-142, 2013.