

# Diretrizes para o projeto do protocolo de atendimento

de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade com gravidez indesejada



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO  
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



---

Julho, 2020





# Diretrizes para o projeto do protocolo de atendimento

de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade com gravidez indesejada

---

Julho, 2020

Consórcio  
Latino-americano  
Contra o Aborto  
Inseguro – CLACAI

© Consórcio Latino-americano Contra o Aborto Inseguro  
(CLACAI)

Secretaria Executiva com sede em PROMSEX

Av. José Pardo 601 Oficina 604, Miraflores, Lima – Perú

(511) 4478668

[susana@promdsr.org](mailto:susana@promdsr.org)

[www.clacai.org](http://www.clacai.org)

---

Elaborado por:

**Silvina Ramos**

**Mariana Romero**

**Sonia Ariza Navarrete**

**María Victoria Tiseyra**

**Correção de estilo e cuidado de edição: Renzo Zegarra**

**Desenho: Julissa Soriano**

**Ilustração: iStock @Ponomariova\_Maria**

---

**Diretrizes para o projeto do protocolo de atendimento  
de meninas e adolescentes com menos de 15 anos com  
gravidez indesejada**

Julho, 2020

Lima, Perú



# ÍNDICE

---

04	<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	24	
09	<b>2. CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA</b>		
12	<b>3. CAPÍTULO II. DIMENSÕES DO PROBLEMA E AS RESPOSTAS</b>	27	
13	II.1. Determinantes da gravidez na adolescência		III.2.1. Princípios para a proteção dos direitos humanos de crianças e adolescentes. O melhor interesse da criança
15	II.2. Qual é a magnitude da gravidez na adolescência?		
16	II.3. Quais são as consequências da gravidez na adolescência, da gravidez forçada, da maternidade forçada e da falta de acesso ao aborto seguro?	32	III.3. Considerações legais básicas para a segurança da interrupção legal da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade
19	II.4. Como foram as respostas?		
21	<b>4. CAPÍTULO III. PADRÕES DE PROTEÇÃO DO DIREITO À INTERRUÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ DE MENINAS E ADOLESCENTES</b>	33	<b>5. CAPÍTULO IV. DIMENSÕES CHAVE DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO</b>
22	III.1. Questão preliminar: a interpretação dos tratados internacionais dos direitos humanos	34	IV.1. Detecção oportuna da gravidez
24	III.2. O direito à ILE: padrões de direitos humanos para meninas e adolescentes	36	IV.2. Aconselhamento de opções
		37	IV.3. Gestão clínica e suporte psicossocial
		37	IV.4. Acompanhamento integral
		37	IV.5. Qualidades e características da equipe interveniente
		38	IV.6. Indicadores para relevar
		40	IV.7. Funções dos vários atores
		41	IV.8. O que não deve incluir um protocolo?
		42	<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
		46	<b>7. NOTAS</b>

# APRESENTAÇÃO

---

Este documento tem como finalidade contribuir no desenvolvimento de diretrizes e/ou protocolos de atendimento que salvaguardem garantias mínimas de proteção de direitos humanos e de padrões de qualidade na prestação de serviços que se deve oferecer a meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade com gravidez indesejada. Seu propósito é preencher um vazio, porque ainda são bem poucos os Estados da Região, que contam com políticas específicas para este grupo de idade e diante de situações muito adversas, e como CLACAI, nos sentimos muito satisfeitas de unir esforços com outras instituições que também estão trabalhando neste tema.

Embora reconheçamos que a abordagem da gravidez indesejada em meninas com menos de 15 anos de idade deve ser considerada desde uma perspectiva intersetorial, *As Diretrizes Para o Projeto dos Protocolos de Atendimento de Meninas com menos de 15 anos de idade* enfatiza na resposta oportuna que devem oferecer os serviços de saúde e suas equipes, porque é a partir daí que se pode abordar uns dos aspectos mais críticos e urgentes e é, em muitos sentidos, o ponto de partida para reduzir riscos e garantir a restituição de direitos já que em muitos casos, a gestação neste grupo de idade é o resultado de estupro.

Outro aspecto relevante a ressaltar é que este documento é o resultado de um processo iniciado em CLACAI há alguns anos e começou a ter forma em 2018, envolvendo diferentes profissionais, ativistas e instituições, que desde suas diferentes perspectivas têm contribuído no desenvolvimento desta proposta. A versão que hoje compartilhamos recolhe os conteúdos e ensinamentos do Foro Regional «*Garantindo o acesso à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes em situação de alta vulnerabilidade no marco da Conferência Regional de População e Desenvolvimento*» (2018) e também nos inspiramos em esforços regionais onde CLACAI também faz parte, como é a Campanha Regional «Meninas não Mães».

Nesse sentido, este documento está dirigido a decisores de políticas em saúde sexual e reprodutiva, a gerentes de programas e serviços, assim como às equipes de saúde que diariamente cuidam da saúde de meninas e adolescentes nos diferentes níveis de atendimento do sistema de saúde.

O documento está organizado em 4 capítulos. O primeiro é sobre a relevância da problemática da gestação e em particular, da gravidez forçada e/ou gravidez indesejada em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade no contexto latino-americano e destaca a importância do projeto e a implementação de estratégias que promovam ações preventivas e de atendimento integral.

No segundo capítulo, são descritos os determinantes, a magnitude do fenômeno e suas características centrais, bem como as consequências geradas pela gravidez e maternidade forçada, bem como a falta de acesso ao aborto seguro e as consequências a que isso leva. Como se pode observar, os resultados não só se produzem no imediato, mas também a longo prazo, pois afetam suas trajetórias de vida ao impor obstáculos nas metas educativas e de trabalho. Além disso, estes impactos negativos se observam no desenvolvimento econômico dos países da região, devido aos problemas no desenvolvimento do capital humano e à perda de ingressos fiscais que destes resultados se derivam.

No terceiro capítulo, se oferece uma descrição das principais normas, legislações e padrões internacionais de proteção dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e adolescentes. Se destaca a obrigação dos Estados de garantir o cumprimento destes direitos, incluindo o direito à interrupção legal da gravidez (ILE), que deve ser oferecida em condições de segurança e qualidade.

Por último, no quarto capítulo, se apresentam os parâmetros e critérios básicos a ter em consideração para a elaboração de protocolos de atendimento a meninas de menos de 15 anos de idade grávidas que devem seguir os sistemas de saúde. Nesta linha, são detalhadas as dimensões chave que deve conter um protocolo de atendimento: a detecção oportuna da gravidez, aconselhamento em direitos e opções, o acompanhamento clínico e suporte psicossocial, o seguimento integral e a abordagem intersetorial da situação da menina e adolescente grávida. Além disso, destaca a importância da elaboração de estadísticas específicas para dar conta do problema em toda sua magnitude e complexidade, e orientar diagnósticos mais precisos e intervenções mais pertinentes.

Este documento foi elaborado em base aos textos *Gravidez e maternidade em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. Linha de base para a elaboração de diretrizes de abordagem integral* (Escobar, Ariza Navarrete e Keller, 2019), e *Os custos de reparação em meninas com menos de 15 anos de idade forçadas a ser mães produto de violação sexual* (Vara Horna, 2019) encarregados por CLACAI a especialistas da região. Também coleta contribuições das conversas mantidas no marco da reunião «Contribuições para a construção de diretrizes para o acesso ao aborto de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade», convocada por CLACAI na cidade de Lima, nos dias 19 e 20 de setembro de 2019.

Nessa ocasião se reuniram 41 profissionais de 11 países da América Latina, com perfis e práxis e inserções institucionais diferentes. A reunião teve como objetivos: trocar diagnósticos e experiências sobre o cuidado da gravidez em meninas com menos de 15 anos de idade; comentar e validar os documentos base elaborados para a reunião; e trocar propostas para a elaboração de diretrizes para um protocolo de atendimento no sistema de saúde às meninas e adolescentes com menos de 15 anos grávidas.

Após sua elaboração, o documento foi submetido a uma revisão por especialistas, graças à inestimável colaboração de Belen Saavedra Prats do Instituto O'Neill da Faculdade de Direito da Universidade de Georgetown, quem coordenou a revisão. Nosso especial agradecimento por suas contribuições a Claudia Sarmiento, Paz Robledo, Mariela Belsky, Raffaella Schiavon, assim como a Guillermo Ortiz e Beatriz Galli de IPAS.

Esperamos que este documento sirva para inspirar e orientar aqueles que estão empenhados em aliviar e resolver este gravíssimo problema que afeta gravemente a vida das meninas e adolescentes da região latino-americana. E também esperamos que contribua a sensibilizar aqueles que ainda não abordaram o problema para que se unam aos esforços que devem ser encarados com urgência.

**Susana Chávez A.**

**Secretária Executiva**

Consórcio Latino-americano Contra o Aborto Inseguro



A Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG) foi fundada em 1952, sendo fundadoras as associações, sociedades e federações de Ginecologia e Obstetrícia dos seguintes países: Argentina, Bolívia, Brasil, Cuba, Chile, El Salvador, México, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Atualmente é formada por Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

Os objetivos da FLASOG são:

1. Integrar em um único grupo as instituições médicas latino-americanas dedicadas à Obstetrícia e à Ginecologia, à razão de uma por país.
2. Promover de forma integral a saúde da mulher e o produto de sua concepção, seu bem-estar e seus direitos.
3. Apoiar o progresso científico, acadêmico docente, ético, sindical e jurídico-social da Obstetrícia e da Ginecologia.
4. Prestar cooperação técnica em cada país, para o desenho, formulação e implementação de políticas de saúde da mulher e o produto de sua concepção para organizações governamentais e não governamentais.
5. Integrar outras associações médicas nacionais ou internacionais dedicadas à saúde da mulher e ao produto de sua concepção, que sejam consideradas úteis para o cumprimento dos objetivos acima e atendam às condições de inscrição detalhadas abaixo.

Existem vários Comitês Técnicos Científicos na FLASOG encarregados de desenvolver as estratégias necessárias para solucionar os problemas de maior impacto na área de Obstetrícia e Ginecologia, entre eles o Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSSR), criado no Congresso Bodas de Ouro, realizado em Santa Cruz de la Sierra, Bolívia, em outubro de 2002. Seus coordenadores foram os professores: Anibal Faúndes (Brasil), Luis Távora (Peru), Pio Iván Gómez (Colômbia).

Desde sua criação, o Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos tem se comprometido com a defesa dos direitos das mulheres, principalmente:

- O direito a uma maternidade saudável e segura
- O direito a uma vida sexual livre de violência, de contrair doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada
- O direito de regular a fertilidade por meio do acesso a todos os métodos anticoncepcionais, com ênfase na anticoncepção de emergência
- O direito de interromper a gravidez, dentro do marco legal de cada país

- O direito à informação sobre saúde sexual e reprodutiva
- O direito de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva

Para Flasog, a Saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres em idade reprodutiva, com ênfase nas e nos adolescentes, é uma questão prioritária de saúde, razão pela qual desde a criação do Comitê de DSSR, diversas atividades têm sido desenvolvidas para favorecer a tomada de decisões de forma livre, responsável e informada sobre aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Nas e nos adolescentes é necessário falar sobre sexualidade, medidas de prevenção e autocuidado, comportamentos de risco, anticoncepção, gravidez não planejada, relacionamentos, bem como o direito de decidir quando e com quem iniciar e manter relações sexuais, o direito de expressar sua opinião e o direito de ser bem informado(a) e de receber atenção profissional em áreas que afetem sua sexualidade e reprodução. Portanto, FLASOG visa estabelecer comportamentos públicos homogêneos em toda a nossa região, baseados nos direitos humanos com igualdade de gênero, com foco em meninas, meninos e adolescentes que enfrentam uma gravidez indesejada. Trabalhamos para envolver tomadores de decisão e responsáveis pela geração e implementação de programas e projetos em saúde sexual e reprodutiva para meninas, meninos e adolescentes.

Acreditamos que este documento será de extrema utilidade para nossos países, ajudando a estabelecer normas de políticas públicas baseadas nos direitos humanos e na perspectiva de gênero.

**Desiree Mostajo Flores**

**Coordenadora Comitê DSSR (2018-2021)**

La Federación Latinoamericana de Sociedades de  
Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

02/

## CAPÍTULO I

---

# INTRODUÇÃO AO PROBLEMA



**A gravidez e a maternidade em adolescentes estão intimamente relacionadas com os contextos de pobreza e exclusão, a falta de condições para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e a ausência de medidas de proteção diante de situações de risco. Aproximadamente 1 milhão de meninas menores de 15 anos tem partos a cada ano, na sua maioria em países de renda baixa e média. (WHO, 2020).**

A gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade são, na grande maioria dos casos, gravidezes indesejadas (OPS, UNFPA, e UNICEF, 2018) e têm múltiplos determinantes. Estes são determinantes vinculados à vulnerabilidade familiar e social, falta de acesso à informação e serviços em saúde sexual e reprodutiva, relações de gênero desiguais, violência contra as mulheres e ausência de educação sexual integral. Também são determinantes vinculados à falta de oportunidades para o desenvolvimento pessoal, a inserção social e para o exercício da autonomia (Brizuela, Ábalos, Ramos e Romero, 2014).

Estas gravidezes são também, em grande proporção, gestações forçadas, consequência da situação de abuso ou violação. A gravidez forçada é a forma mais extrema e cruel da gravidez indesejada. Aos riscos da gravidez em idade precoce, somam-se os riscos derivados do impacto emocional da violência, da culpa, do silêncio e a falta de contenção e de apoio. A gravidez forçada é uma continuidade da situação de abuso que a deu origem; se o abuso não pôde ser contado ou se foi silenciado pelo ambiente, a gravidez também será cercada de ocultação e estigma.

Uma gravidez forçada produto do abuso sexual nessas idades tem forte custo emocional e gera muitas dificuldades para encarar a situação. Além disso, a gravidez e a maternidade forçadas podem provocar a interrupção da escolaridade e afetar significativamente a vida adulta, afetiva, familiar e social dessa menina ou adolescente.

Intervir na prevenção e na abordagem das gravidezes forçadas é um desafio muito complexo pois requer de mudanças culturais em várias dimensões da vida das pessoas e da sociedade: nas formas de construir e viver a masculinidade, nos vínculos entre os gêneros e nos vínculos entre os adultos e as meninas. Essas mudanças culturais são também difíceis porque supõem questionar a visão da família como espaço de proteção e cuidado. Devido que para as meninas e adolescentes abusadas sexualmente e com uma gravidez forçada, a família —sua

família— longe de ser um fator protetor, é frequentemente um fator de risco já que os abusos têm como verdugos a figuras masculinas do ambiente familiar próximo. A ideia da família como um âmbito que abusa e violenta sexualmente as meninas e adolescentes é muito difícil de aceitar pela sociedade.

As opções que essas meninas e adolescentes grávidas devem ter são bem claras: 1) interromper a gravidez com atenção médica de qualidade e segundo os parâmetros do marco normativo vigente em cada país; 2) receber apoio integral para realizar a gravidez e ser mãe com toda a proteção social à qual têm direito; ou 3) receber apoio para, eventualmente, optar pela adoção com todas as salvaguardas éticas e legais e os cuidados necessários para proteger sua subjetividade e desenvolvimento pessoal. Cada uma dessas opções deve estar sujeita a uma decisão muito pessoal, informada e autônoma. Também essas meninas e adolescentes devem receber proteção anticonceptiva eficaz para prevenir uma futura gravidez. Assim mesmo, devem ter a oportunidade de iniciar e manter um processo penal para julgar e sancionar ao violador e um processo civil para receber uma reparação de acordo com os danos provocados em suas vidas.

Nas últimas décadas, diversos processos promovidos pelo reconhecimento de meninas, meninos e adolescentes como sujeitos de direito, e das desigualdades sociais e de gênero, permitiram a construção de um campo de teorização e de pesquisa empírica, bem como reformas legais que visam garantir os direitos humanos específicos desse grupo da população contribuíram a que práticas até então toleradas, silenciadas e minimizadas passassem a ser visibilizadas e concebidas a partir de novos conceitos e incorporadas à agenda pública. No entanto, ainda não existem políticas públicas, programas nem ações adequadas à dimensão e gravidade do problema, tanto preventivas, previdenciárias e de proteção integral (Chejter, 2019).

Neste contexto, o setor saúde pode e deve ser um impulsor estratégico na intervenção sobre o problema e por sua vez, deve assumir o compromisso de torná-lo mais visível e, mais importante, assumir o compromisso de conceber, implementar e avaliar as boas práticas que ofereçam uma resposta oportuna, apropriada e de qualidade a meninas e adolescentes que vivem nesta situação crítica.

Diante da responsabilidade dos Estados latino-americanos de garantir os direitos de meninas e adolescentes e oferecer proteção efetiva às novas gerações, resulta necessário promover propostas e estratégias que permitam oferecer um atendimento integral e de qualidade neste setor da população em situação de alta vulnerabilidade social.

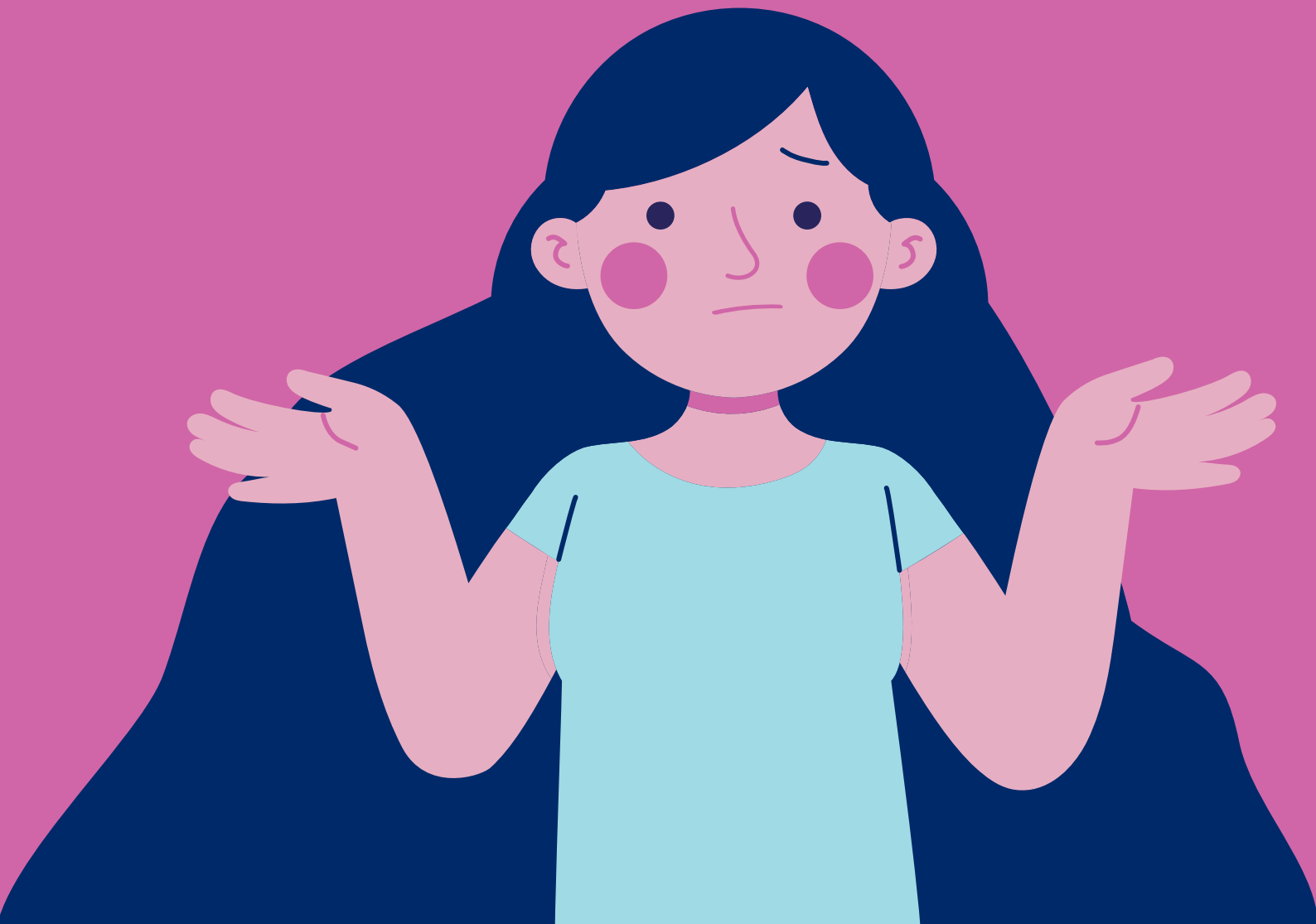
Dada a relevância da gravidez em meninas e adolescentes na região latino-americana, e com o propósito de contribuir a garantir os direitos e promover o desenvolvimento pessoal e a inserção social das meninas e adolescentes, bem como orientar ações de saúde pública, este documento busca aportar ideias para a elaboração de protocolos de atendimento no setor saúde. Para isso propõe parâmetros gerais baseados no respeito pelos direitos das meninas e adolescentes reconhecidos pela Convenção pelos Direitos de Meninas, Meninos e Adolescentes, e pelas recomendações gerais de seu Comitê de Acompanhamento, na evidência científica, e nas boas práticas de atenção sanitária.

03/

## CAPÍTULO II

---

# DIMENSÕES DO PROBLEMA E AS RESPOSTAS



## II.1.

### Determinantes da gravidez na adolescência

Há consenso em indicar que a gravidez na adolescência é consequência de múltiplos fatores inter-relacionados. Os mais relevantes podem se agrupar em duas categorias: os estruturais e os sociais ou de proximidade (Viner, et al, 2012). Os estruturais referem a fatores que geram oportunidades diferenciais aos e às adolescentes sendo o mais importante o nível e a distribuição da renda. Isso ocorre porque a pobreza e a desigualdade estão intimamente ligadas com maior incidência na gravidez na adolescência (Gold, et al, 2001).

Outros fatores relevantes são o capital social —vínculos sociais, normas e valores compartilhados— (Crosby e Holtgrave, 2006), o ambiente educativo —pois a educação constitui uma ferramenta fundamental para a tomada de decisões informadas— bem como as desigualdades étnicas e de gênero que configuram cenários de maior vulnerabilidade onde a gravidez adolescente é frequente (Viner, et al, 2012).

O segundo grupo de determinantes, os sociais ou de proximidade, compreende os fatores relacionados à vida diária dos e das adolescentes. Assim, o estabelecimento de um vínculo estreito e sólido com a escola influi positivamente nas suas trajetórias e funciona, por sua vez, como protetor da gravidez indesejada (Loyd, 2006). Também inclui as possibilidades de acesso aos serviços de saúde —contemplando cobertura eficaz em métodos anticoncepcionais modernos— e inclusão social em seus bairros. Assim mesmo, se destaca a existência de oportunidades que permitam melhorar sua autonomia e poder de decisão como fatores relevantes da gravidez indesejada na adolescência (Viner, et al, 2012 e Brizuela, Ábalos, Ramos, e Romero, 2014).

Para uma maior compreensão dos fatores determinantes, UNFPA (2013) propõe um modelo sócio ecológico que complementa os dois tipos de determinantes. Este modelo permite compreender os vários fatores que influenciam nas condutas respeito à saúde e que operam a diferentes níveis: o individual, as relações interpessoais, a comunidade e a sociedade. Assim, a adaptação do modelo para compreensão do fenômeno social da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade, permite observar como suas identidades se configuram em contextos fortemente marcados por desigualdades de gênero, etnia, classe social e geográficas, entre outros.

O primeiro nível proposto por este modelo, o macro/sociedade, inclui três eixos: 1) ordem social de gênero, 2) desigualdade econômica e social, e 3) o normativo. O primeiro eixo indica que as influências interpessoais que vêm de parentes

e pares são centrais na construção do gênero, sendo um processo diferente e, principalmente, desigual para meninos e meninas (Kågesten, et al, 2016). Desta forma, é extremamente importante adotar uma perspectiva de gênero pois é central na análise do espaço de autonomia, poder e decisão que têm as meninas e adolescentes que vivem em contextos fortemente patriarcais.

Além disso, é importante considerar o eixo de desigualdade econômica e social já que tanto a maternidade adolescente como a gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade na América Latina estão concentradas quase exclusivamente nos setores mais vulneráveis da sociedade (Azevedo, et al, 2012). Merecem atenção semelhante as normas legais que regulam o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e adolescentes, principalmente no que diz respeito ao acesso ao aborto.

O nível da comunidade é formado pelo ambiente institucional e comunitário das meninas e adolescentes. Que dizer, compreende os serviços de saúde disponíveis, escola e as normas sociais e culturais que modelam a interação entre várias instituições. Embora este nível esteja abaixo das normas e estruturas jurídicas nacionais, em muitos casos há solapamentos entre as duas ordens. Assim, por vezes atuam como obstáculos ou facilitadores do acesso a direitos sexuais e reprodutivos de meninas e adolescentes, por isso é importante levá-los em consideração para uma compreensão ampla desse fenômeno.

Por sua vez, o nível de relações abrange as relações que as meninas e adolescentes estabelecem com suas famílias e pares, questão que está fortemente vinculada com as normas de gênero. Nesse sentido, contar com vínculos de parentes positivos e com alto nível de comunicação e coesão familiar está fortemente associado com menor risco de gravidez adolescente e com a postergação da iniciação sexual (Mmari e Sabherwal, 2013). Uma das variáveis determinantes nesse nível é a ordem social de gênero— vinculada à violência sexual e as normas sexistas de poder e controle—, que mina a ação de meninas e adolescentes e restringe sua capacidade para evitar uma gravidez indesejada. Devido a persistência do casamento infantil na região—incluídas as uniões informais—, isto faz ainda mais provável a gravidez nessa idade.

Outro dos níveis que este modelo inclui é o nível individual. Refere-se ao grau de maturidade em relação ao desenvolvimento de sua autonomia. Isso nos permite compreender as ferramentas e competências que tem uma menina ou adolescentes para a tomada de decisões sobre seu corpo que, no caso de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade, é mediado por inequidades estruturais e/ou situações de coerção e coação sexual.

A gravidez na adolescência tem múltiplos fatores determinantes. No caso das meninas, os mais relevantes são de origem cultural, principalmente de gênero e baseados nas assimetrias de poder entre meninas e adultos, portanto as mudanças são mais complexas. Consequentemente, e sabendo que dentro da região, cada país apresenta particularidades e especificidades, esforços devem ser somados para adotar uma abordagem integral que abrange a multidimensionalidade do fenômeno em toda sua magnitude. Diante da relevância que adquire este fenômeno social, resulta imperiosa a implementação de intervenções múltiplas e coordenadas, baseadas em uma compreensão do fenômeno orientada pelo marco de referência descrito.



## II.2.

### Qual é a magnitude da gravidez na adolescência?

A América latina tem características que são particulares: a taxa de fecundidade na adolescência é a segunda mais alta do mundo, só superada pela África subsaariana. A estimativa da taxa de fecundidade em adolescentes da região era de 66,6 nascidos vivos —em diante, NV— por 1 000 adolescentes de 15 até 19 anos no período 2010-2015; 40% superior à taxa mundial (46,5 NV x 1.000) e quase 4 vezes superior às regiões mais desenvolvidas (Nações Unidas, 2015).

Em termos de sua evolução, América Latina está atrás das tendências mundiais. Enquanto que no mundo e nas regiões mais desenvolvidas —Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Japão— a taxa de fecundidade adolescente diminuiu fortemente nos anos 90 e se manteve relativamente estável depois disso, a região da América Latina e do Caribe mostrou uma tendência relativamente estável nos anos 80 e 90 e uma diminuição mais pronunciada nos últimos 15 anos (Nações Unidas, 2015).

As particularidades também se observam entre a fecundidade global e a específica de adolescentes: enquanto a taxa global de fecundidade tem apresentado uma tendência decrescente ao longo dos últimos 35 anos —em linha com o progressivo desenvolvimento econômico da região— a tendência da diminuição da taxa de fecundidade na adolescência não tem acompanhado esse ritmo (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018). Enquanto que a primeira caiu 45%, passando de 3,95 no período 1980-1985 para 2,15 no período 2010-2015, a segunda apenas diminuiu menos de 25% —88,4 para 66,6 no mesmo período—.

A América Latina e o Caribe experimentaram o declínio mais lento da fecundidade em adolescentes para o grupo de 15-19 anos de todas as regiões do mundo, e é reconhecida como a única região com uma tendência ascendente da gravidez em adolescentes com menos de 15 anos. Consequentemente, a proporção dos nascimentos de mães adolescentes aumentou significativamente respeito do número total de nascimentos: atualmente, um 15% dos NV na América Latina e no Caribe são de mulheres com menos de 20 anos (Nações Unidas, 2015). Esses dados visibilizam os níveis profundos de desigualdade presentes entre os diferentes países que compõem a região, bem como dentro da mesma sub-região ou país (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

Dentro da região, as taxas de gravidez na adolescência apresentam níveis com disparidades significativas. Países como Uruguai, Argentina e Peru apresentam as taxas mais baixas em termos comparativos média do período; México, Colômbia e Equador estão em níveis médios; El Salvador e Panamá apresentam níveis relativamente altos; e Honduras, muito alto.

Existem poucos dados sobre gestações em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. O UNFPA estima que 2% das mulheres em idade fértil na América Latina e no Caribe tiveram seu primeiro parto antes dos 15 anos de

idade, e referencia esta região como a única do mundo na que a gravidez nestas idades apresenta uma tendência ascendente (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).<sup>i</sup>

Em 2015 um dos poucos relatórios sobre esse problema foi publicado (Casas Isaza, Cabrera, Reingold e Grossman, 2015). Foi baseado em um estudo multinacional sobre os efeitos na saúde da maternidade forçada em meninas de 9 a 14 anos de idade realizado em Equador, Guatemala, Nicarágua e Peru. Esse estudo indica que nos 4 países teve aumento da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade.

Ter relações sexuais com uma menor de idade é crime nos quatro países estudados. Porém, ao criminalizar o aborto e não prestar serviços de interrupção legal da gravidez a meninas grávidas em decorrência desses atos criminosos, elas são forçadas a uma maternidade gerando graves consequências em sua saúde psíquica, física e emocional, bem como em suas oportunidades para se desenvolver plenamente na sociedade (Casas Isaza, Cabrera, Reingold e Grossman, 2015).

### II.3

## Quais são as consequências da gravidez na adolescência, da gravidez forçada, da maternidade forçada e da falta de acesso ao aborto seguro?

A preocupação pelas consequências da gravidez e maternidade precoce tem sido abordada desde diferentes perspectivas (Samadari e Speizer, 2010 e Sedgh, Finer, Bankole, Eilers e Singh, 2015). Esta preocupação reside no fato de que a gravidez na adolescência acarreta diversas e graves consequências que afetam a vida das meninas e adolescentes em uma multiplicidade de dimensões, tanto individuais como sociais.

### Consequências para a saúde:

- ✓ Em geral, existem maiores riscos para a menina mãe e o/a recém-nascida/o (Pantelides, 2004 e Conde-Agudelo, Belizán e Lammers, 2005).
- ✓ Maior probabilidade de ter sangramento pós-parto, infecções uterinas, parto prematuro, e um/a recém-nascida/o de baixo peso ou com menos desenvolvimento para a idade gestacional.
- ✓ Maior probabilidade de que o/a recém-nascido/a tenha condições neonatais severas (Conde-Agudelo, Belizán e Lammers, 2005 e Ganchimeg, et al, 2014).
- ✓ Esses riscos são maiores nas meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade: uma probabilidade quatro vezes maior de mortalidade materna e de endometrite puerperal.
- ✓ Maior risco de morte neonatal —dentro dos 27 dias posteriores ao parto—.

- ✓ Mais de 40% de probabilidades de anemia materna, e 60% mais de eclampsia —não de maneira significativa— e de hemorragia pós-parto, em comparação com mulheres de 20 para 24 anos (Conde-Agudelo, Belizán e Lammers, 2005).
- ✓ Maior probabilidade que os filhos/as dessas meninas nascerem prematuros, com baixo peso ao nascer, com maior incidência de doenças crônicas e problemas funcionais (Cinar e Menekse, 2017).
- ✓ Maior vulnerabilidade às Infecções de Transmissão Sexual (ITS) por motivos biológicos —pois não completaram o desenvolvimento evolutivo do epitélio protetor do trato genital inferior—, e sociais.

### Riscos para a saúde mental:

- ✓ Em muitos casos as gestações são produto de situações onde a menina/adolescente tem menor poder de decisão ou é vítima de abuso ou violência sexual (UNFPA, 2013 e CLADEM, 2016) com alto impacto na sua saúde mental (Casas Isaza, Cabrera, Reingold e Grossman, 2015).
- ✓ Da mesma forma, as possibilidades de negociar a utilização de métodos de barreira e/ou proteção são nulas, em detrimento de sua autonomia e saúde física.
- ✓ Riscos específicos para a saúde mental gerados pela gravidez produto de abuso sexual, uma maternidade forçada e a carga de responsabilidade que implica o cuidado de um/a recém-nascida/o.
- ✓ Altas taxas de sintomas de depressão e ansiedade durante a gravidez e pós-parto desse grupo populacional. Essa situação se agrava em contextos de privação material e simbólica, onde o exercício da maternidade forçada aprofunda sua vulnerabilidade diante de situações de pobreza, exclusão e violência (Casas Isaza, Cabrera, Reingold e Grossman, 2015).

### Consequências das barreiras no acesso ao aborto seguro:

Devido a que, na maioria dos países que compõem a região, o aborto é legalmente restrito, as tentativas e práticas de aborto são realizadas em condições inseguras com riscos para a saúde física, emocional e social. Nessas condições as complicações são mais prováveis, incluindo: sangramento, sepse, lesão de órgãos internos, e até morte (UNFPA, 2013). Mesmo quando as normas legais permitem um aborto sob o fundamento de estupro ou saúde, as meninas e adolescentes grávidas como resultado de estupro encontram maiores barreiras que as mulheres adultas para aceder a uma interrupção legal da gravidez.

### Impactos de longo alcance nas meninas e adolescentes e na sociedade:

Os custos socioeconômicos e as consequências da gravidez adolescente são complexas e múltiplos e afetam tanto as adolescentes e suas famílias, como a sociedade em seu conjunto e ao Estado (CLADEM, 2016).

- ✓ A gravidez forçada em meninas e adolescentes incide negativamente em suas oportunidades e expectativas educativas e de trabalho. Existe uma significativa relação negativa entre a maternidade na adolescência e assistência escolar, a inscrição em todos os níveis educativos, as probabilidades de completar qualquer um deles e, conseqüentemente, os anos de educação acumulados, bem como uma forte associação com abandono escolar (Rios Neto, e Miranda Ribeiro, 2009; Giovagnoli e Veza, 2009 e Binstock e Pantelides, 2005). Ou seja, como causa ou efeito da gravidez nesta etapa da vida, a deserção escolar está associada com a maternidade precoce (Giovagnoli e Veza, 2009, Binstock e Pantelides, 2005).
- ✓ Quando se envolvem em tarefas de cuidado, elas são mais propensas a ficar inativas no trabalho em comparação com seus pares que não são mães.
- ✓ Maiores dificuldades para encerrar o ciclo de reprodução intergeracional da pobreza.
- ✓ A maternidade forçada é uma barreira de mobilidade social e de desenvolvimento (CLADEM, 2016 e UNFPA, 2019).
- ✓ Impacto no progresso econômico e social dos países da América Latina. Ao registrar um ritmo sustentado de gestações adolescentes junto com um aumento nos casos de maternidade precoce, aumenta abruptamente a quantidade de pessoas inativas no trabalho. Esses impactos se configuram como uma perda da oportunidade de se beneficiar do bônus demográfico que na atualidade apresenta a América Latina, com efeitos na produção local de cada país (UNFPA, 2019 e UNFPA, 2019a).
- ✓ Alto impacto fiscal devido ao não recebimento da receita tributária.

Em síntese, a gravidez e/ou maternidade na adolescência tem profundas conseqüências na vida das meninas e adolescentes. Reforça tendências à interrupção da trajetória escolar, inserções precárias no mercado de trabalho e na reprodução intergeracional da pobreza, além de impactar na saúde física e mental das adolescentes. Em particular, para as mulheres de contextos socioeconômicos vulneráveis –onde a gravidez ocorre com mais frequência–, a maternidade a idades precoces também atua reforçando os papéis tradicionais de gênero e assim perpetua, situações de subalternidade e domesticidade que restringem seus direitos (Gogna e Binstock, 2017).

São esses impactos inter-relacionados que tornam imprescindível a implementação de uma estratégia integral que dê conta dos determinantes do fenômeno a fim de erradicar essas profundas desigualdades que afetam a meninas e adolescentes e violam seus direitos.

## II.4

### Como foram as respostas?

Existe coincidência sobre a escassa informação disponível nos diferentes países sobre a magnitude do problema da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. Esta escassez tem impacto direto sobre as formas em que este problema deve ser compreendido e resolvido.

Em relação com os quadros jurídicos, embora se destaca que em alguns países existe legislação específica à temática, a maioria —à exceção da Colômbia que conta com um quadro jurídico harmonizado—, apresentam inconsistências. Exemplo disso constituem os limites em idade gestacional para a realização de uma interrupção legal da gravidez ou requerimento de patrocínio jurídico que resulta inatingível para meninas e adolescentes em situações de extrema vulnerabilidade. Essas inconsistências acabam dando enquadramento a práticas e condições que não garantem o pleno reconhecimento dos direitos. Também se reconhece uma ampla brecha entre a norma e sua implementação.

Igualmente, destaca-se que, embora existam normas sobre a atenção da violência sexual, não há visibilidade específica para meninas e adolescentes e, de forma geral, persiste a ausência de um olhar exclusivo destinado a esse grupo populacional. Por sua vez, quando existem protocolos de abuso sexual, não há necessariamente uma norma de abordagem integral na maioria dos países. Acima disso, existe uma limitada aplicação devido em grande medida à falta de capacitação. Vale ressaltar que os únicos países com protocolos para atendimento a meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade são Argentina, Colômbia e Uruguai.

Outro ponto é a ausência de uma perspectiva intersectorial na abordagem dessa problemática. Este tipo de abordagem cobra especial relevância nas meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. Devido que as causas da gravidez e maternidade nesse grupo populacional têm múltiplos fatores determinantes, essa abordagem torna-se prioritária.

A fim de compreender a trama de determinantes foi sublinhada a necessidade de identificar os atores intervenientes. Nesse sentido, se enfatizou na polarização da sociedade com relação ao aborto. Por um lado, há uma forte presença dos movimentos de mulheres que, por meio de diversas ações no espaço público, têm instalado o debate na opinião pública e na agenda política. Da mesma forma, foram enfatizadas as várias rotas que esses movimentos articulam a fim de facilitar o acesso ao aborto a meninas e adolescentes. Porém, elas ainda são uma resposta diante casos individuais. Como contrapartida, se observa com preocupação a presença de grupos antidireitos que procuram, por meio de diversas estratégias, obstaculizar o acesso a tudo o vinculado aos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Por exemplo, a oposição desses grupos a implementação da Educação Sexual integral.

Outro dos atores relevantes são as equipes de saúde. Em grande parte dos países há carência capacitação do pessoal, que expressam temor de realizar um aborto em uma menina com menos de 15 anos de idade. Esse temor se deve em grande medida, à falta de conhecimento sobre a segurança dos procedimentos

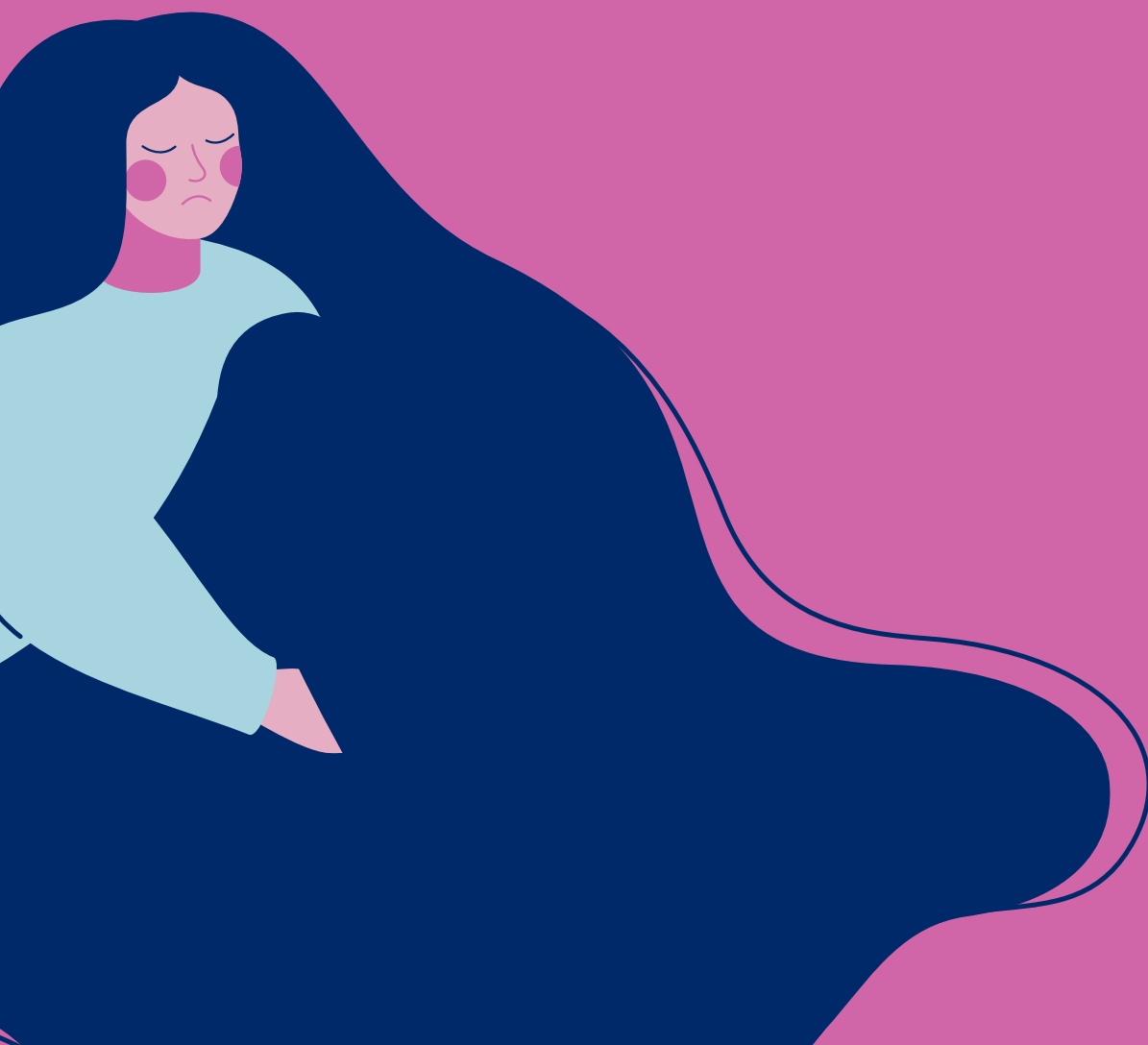
de aborto diante dos riscos de uma gravidez a termo para as meninas, a estigmatização profissional e social e o temor a possíveis sanções legais. Diante disso, se privilegia supeditar a decisão a uma ordem judicial, por exemplo, ou à autorização dos parentes para realizar a atenção, contornando o direito das meninas e adolescentes para ser ouvidas e a sua autonomia progressiva na tomada de decisões.

Levando em consideração esses pontos se indica que o abuso sexual, o estupro, a gravidez não intencional e a maternidade forçada se devem em parte às falhas do Estado na proteção da vítima. Como forma de dar respostas diante dessas deficiências, se deve estabelecer algum tipo de compensação para isso. Esta compensação é dada no âmbito da tentativa de cobrir as oportunidades de vida que as meninas e adolescentes perderam por essa situação. Desta forma são estabelecidos dois tipos de custos: de reparação ou de omissão. O primeiro refere-se aos custos para as meninas e, o segundo, refere-se aos custos para o Estado por não prevenir a violência contra as meninas. Ao deixar de garantir seu bem-estar, o Estado incorre em grave violação de direitos. O conceito de reparação é amplo e não é só material, mas também imaterial, e pode contemplar medidas de não-repetição por parte do Estado como, por exemplo, adoção de lei específica, protocolo ou campanha de sensibilização sobre o tema da violência sexual contra as meninas.

A maternidade forçada produz custos onerosos, pois afeta as trajetórias de vida das meninas, devido ao abandono escolar, a insegurança no trabalho e transmissão intergeracional da pobreza. A reparação deve consistir, por tanto, em outorgar os meios adequados para desenvolver-se naquelas áreas da vida que foram afetadas. Deste modo, se dá ênfase em indicar que a reparação deve ser integral e outorgar garantias para o completo desenvolvimento humano das meninas.



# PADRÕES DE PROTEÇÃO DO DIREITO À INTERRUPÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ DE MENINAS E ADOLESCENTES



### III.1.

## Questão preliminar: a interpretação dos tratados internacionais de direitos humanos

A partir da pós-guerra testemunhamos o desenvolvimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH). Essa matéria teve seu momento declarativo de fundação com a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, aprovada o dia 10 de dezembro de 1948, e se multiplicou em inúmeros tratados, declarações, princípios e outros instrumentos internacionais. A subsidiariedade da proteção internacional nos leva à complementariedade do âmbito internacional dos direitos humanos e sua aplicação no âmbito interno. Em sua dimensão internacional, o DIDH se sustenta sobre os princípios fundamentais do direito internacional público tradicional; em sua dimensão local, a aplicação interna é tratada no âmbito do direito constitucional, como duas esferas interdependentes.

O direito internacional de direitos humanos é uma rama específica do direito internacional público que estabelece os padrões mínimos de proteção comum de direitos para todos os seres humanos. É criado e interpretado através de normas jurídicas e jurisprudência por organismos supranacionais que têm autoridade para ordenar e estabelecer os deveres dos Estados com as pessoas e com os outros Estados. Por estas características foi realizado um processo de constitucionalização do direito internacional dos direitos humanos, isto é, o desenvolvimento de um direito mais vertical, que cria uma sorte de ordem pública internacional que limita a soberania dos Estados parte para restringir os direitos humanos das pessoas.

Em matéria de proteção dos direitos humanos, existem vários sistemas que regem sobre os Estados de acordo com sua localização territorial. Existe um sistema universal que cobre a maioria dos países do mundo e sistemas regionais para Europa, Américas e África. Cada um desses sistemas possui órgãos de controle para seu cumprimento, que têm funções de controle periódico —que inclui a avaliação e emissão de observações e relatórios sobre o avanço dos tratados e acordos subscritos—, de reitoria —que inclui a interpretação das normas e o estabelecimento de recomendações gerais para seu cumprimento— e jurisdicionais —para estabelecer sanções pelo incumprimento—.

Assim, quando, por exemplo, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, emite uma sentença onde estabelece o objetivo de um direito reconhecido na Convenção Americana de Direitos Humanos, o faz como «intérprete última da Convenção» (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2012). Isto implica que os órgãos jurisdicionais e de aplicação dos tratados têm a última palavra sobre a interpretação, o objetivo e conteúdo das provisões legais que contêm, delimitando os direitos e obrigações de iniludível cumprimento para os Estados.

Por este motivo, o conteúdo dos tratados e convenções de direitos humanos tem sempre uma hierarquia superior as leis, seja de ordem constitucional ou supralegal —dependendo do Estado— e deve ser aplicado de acordo com a interpretação estabelecida nas observações gerais, relatórios periódicos, sentenças individuais e recomendações temáticas ou por país que são obrigatórias para os Estados.



Esse esclarecimento é essencial para compreender, por exemplo, as obrigações comuns dos Estados em matéria de garantia dos direitos à saúde sexual e reprodutiva das meninas, meninos e adolescentes, incluindo o direito à interrupção legal da gravidez (ILE). No caso de nossa região esses padrões são emitidos pelos órgãos do Sistema de Proteção dos Direitos Humanos das Nações Unidas e os órgãos do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos e devem ser cumpridos pelos Estados, sob pena de incorrer em responsabilidade internacional.

### Tratados e documentos internacionais de proteção dos direitos humanos sexuais e reprodutivos das meninas

Instrumentos supranacionais	Ano
Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	1966
Convenção Americana de Direitos Humanos-Pacto de San José da Costa Rica	1969
Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres	1979
Convenção contra a Tortura e Outros Tratos ou Penas Cruéis, inumanos ou Degradantes	1984
Convenção Interamericana para Prevenir e Sancionar a Tortura	1985
Protocolo adicional a Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais «Protocolo de San Salvador»	1988
Convenção sobre os Direitos do Menino [menina e adolescente]	1989
Convenção Interamericana para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência contra a Mulher «Convenção de Belém do Pará»	1994
Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento	1994
Convenção Interamericana para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Incapacidade	1999
Protocolo Facultativo da Convenção sobre os Direitos do Menino referente à Venda de Crianças, a Prostituição Infantil e a Utilização de Crianças na Pornografia	2002
Diretrizes sobre a Justiça em assuntos concernentes às crianças [NeA] vítimas e testemunhas de crimes	2004
Convenção dos Direitos das Pessoas com Incapacidade	2006
Guias de Santiago sobre Proteção de vítimas e testemunhas. Punta Cana, República Dominicana	2008
Política Andina sobre Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes com Ênfase na Prevenção da Gravidez	2012
Convenção Interamericana contra toda Forma de Discriminação e Intolerância	2013
Consenso de Montevideo	2013
Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável	2015
Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher, a Criança e Adolescente (2016-2030)	2016
Marco Estratégico Sub-regional de Prevenção e Redução da Gravidez Adolescente Indesejada do Cone Sul.	2017

## III.2. O direito à ILE: padrões de direitos humanos para meninas e adolescentes

A proteção dos direitos humanos de meninas, meninos e adolescentes é reforçada e tem princípios especiais que garantem que seus direitos sejam protegidos de forma prioritária e levando em conta sua capacidade, autonomia e condições individuais. Tanto no Sistema Universal como no Interamericano foram desenvolvidos 4 princípios específicos para a garantia dos direitos humanos de meninas, meninos e adolescentes.

### III.2.1. Princípios para a proteção dos direitos humanos de meninos, meninas e adolescentes. O interesse superior do/da menino/a

De acordo com a interpretação do Comitê dos Direitos da Criança (2013), o objetivo desse princípio é garantir o gozo pleno e efetivo de todos os direitos humanos de meninas, meninos e adolescentes e garantir seu desenvolvimento holístico. Por este motivo, foi indicado que: «[I]o que na opinião de um adulto é o interesse superior da criança não pode primar sobre a obrigação de respeitar todos os direitos da criança enunciados na Convenção».

Para determinar o interesse superior se deve levar em consideração a obrigação do Estado de garantir a proteção e o cuidado necessários para seu bem-estar. O bem-estar em um sentido amplo abrange suas necessidades materiais, físicas, educativas e emocionais básicas, bem como sua necessidade de afeto e segurança.

Esse princípio é colocado de forma central quando se tomam decisões que afetam meninas, meninos e adolescentes, e supõe eleger dentro das opções disponíveis aquela que garante de forma mais completa a maior quantidade de direitos, garantindo o bem-estar presente e futuro dessa menina, menino ou adolescente de acordo com sua situação particular e a informação de contexto disponível.

Portanto, um elemento fundamental do processo para determinar seu interesse superior é a comunicação com as meninas/os. No âmbito dessa comunicação, entre outras coisas, devem ser informados sobre o processo e os possíveis serviços e soluções duradouras e solicitar opinião (Comitê dos Direitos da Criança, 2013).

No caso de meninas e adolescentes que fazem gestações forçadas, esse princípio obriga a levar em consideração, não somente o desejo da gestante, mas também a informação sobre as afetações que a gravidez produz na atualidade e as que produzirá em sua capacidade de desenvolvimento futuro, por exemplo.

## Autonomia progressiva

Este princípio está estreitamente relacionado com os processos de «amadurecimento e aprendizagem por meio dos quais as crianças progressivamente adquirem conhecimentos, competências e compreensão de seus direitos e sobre como esses direitos podem se materializar melhor» (Comitê dos Direitos da Criança, 2006).

Este princípio está relacionado estreitamente com poderes de representação e as responsabilidades parentais, de cuidado e assistência. Essas pessoas devem exercer essas ações de cuidado com o objetivo de garantir o exercício dos direitos de meninas, meninos e adolescentes. Por isso as atribuições e deveres são dinâmicos, se modificam de acordo com as capacidades, competências, interesses e desejos de meninas, meninos e adolescentes sob sua responsabilidade. Esses poderes e responsabilidades nunca podem ser exercidas para restringir o exercício dos direitos das meninas, meninos e adolescentes, ou contra seus interesses.

A autonomia progressiva deve ser avaliada caso a caso, levando em consideração o grau de maturidade tanto psíquica como física e as condições sociais e culturais no que se desenvolve cada pessoa. Alguns parâmetros para sua avaliação são a família, a educação, a situação socioeconômica e sua relação com a tecnologia (Comitê dos Direitos da Criança, 2006).

No caso das meninas que fazem uma gestação forçada, todos os órgãos de proteção de direitos recomendaram que se permita, de acordo com sua vontade individual, aceder a interrupção segura da gravidez (ONU, 2019; ONU, 2016; ONU, 2016a e ONU, 2016b). As meninas desde a primeira infância devem ser escutadas e sua opinião levada em consideração.

## Participação significativa (direito a serem ouvidas)

Este princípio se deriva do artigo 12 da Convenção dos Direitos do Menino que estabelece:

*«[I]os Estados parte garantirão à criança que estiver em condições de formar seu próprio julgamento o direito de expressar sua opinião livremente em todos os assuntos que afetam a criança, tendo em devida conta as opiniões da criança, considerando a idade e maturidade da criança».*

Isso não significa que existe um momento a partir do qual devem ser escutadas, mas que «é uma obrigação para os Estados Parte de avaliar a capacidade da criança de se formar uma opinião autônoma» e adaptar os procedimentos para «garantir que o direito de ser ouvido seja exercido garantindo a proteção total da criança» (Comitê dos Direitos da Criança, 2009). O comitê de Direitos da Criança reconhece, por exemplo, que «a criança] é capaz de formar opiniões

desde idade precoce, mesmo quando ainda não consegue expressá-las verbalmente» (Comitê dos Direitos da Criança, 2009).

O Comitê dos Direitos da Criança disse que esse princípio é fundamental para o exercício de todos os direitos e deve ser aplicado em todos os assuntos com as adaptações necessárias para garantir que essa participação seja significativa e suas opiniões sejam levadas a sério. Para isso é fundamental realizar ajustes nos procedimentos gerais de acordo com o grau de desenvolvimento e maturidade de cada menina, menino ou adolescente (Comitê dos Direitos da Criança, 2009).

O anterior implica que nos processos de tomada de decisão devem ter em consideração as «condições específicas do menor e seu interesse superior para se chegar a acordo em quanto a sua participação, conforme o caso, na determinação de seus direitos. Nessa ponderação buscar-se-á maior acesso do menor, na medida do possível, ao exame de seu próprio caso» (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2002).

«O conceito de participação realça a necessidade que incluir as crianças não deve ser somente um ato momentâneo, mas o ponto de partida para uma intensa troca de pontos de vista entre crianças e adultos» para a tomada de decisões que afetem sua vida e seus interesses (Comitê dos Direitos da Criança, 2009).

Essa norma é aplicável a cada uma das decisões referentes ao atendimento de saúde, para isso «deve ser fornecida a informação sobre os tratamentos propostos e seus efeitos e resultados» por meio de «assessoramento e aconselhamento médico confidencial sem o consentimento dos pais, independentemente da idade da criança, nos casos que seja necessário para a proteção de sua segurança ou bem-estar» (Comitê dos Direitos da Criança, 2009).

Essa consideração é especialmente relevante no caso de meninas e adolescentes que têm gestações forçadas, diante dos quais é necessário oferecer oportunidades para ser escutadas em ambientes propícios e com a informação necessária para que possam expressar seus desejos e opiniões sobre sua gravidez de forma autônoma, confidencial e privada.

### **Não discriminação**

Esse princípio consagrado no artigo 2 da Convenção dos Direitos da Criança, estabelece que os Estados Parte garantirão a aplicação de todos os direitos de forma que nenhuma menina, menino ou adolescente seja afetado no exercício destes direitos por sua raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza origem nacional, étnico ou social, posição econômica, incapacidade, ou qualquer outra condição própria ou de seus pais ou de seus representantes legais. Nesse sentido, distinções baseadas apenas na idade para

limitar o exercício de direitos, como a participação ou o acesso a serviços são discriminatórias.

Limitar o acesso à prática de saúde reprodutiva segura, como a interrupção da gravidez ou impor cargas baseadas apenas na idade das meninas ou adolescentes que têm uma gravidez forçada, é discriminatório. Os Estados devem, pelo contrário, desenvolver mecanismos apropriados que permitam acesso prioritário a esta prática, pois resulta indispensável para garantir múltiplos direitos e garantir um desenvolvimento adequado, saudável e seu bem-estar futuro.

### III.3.

## Considerações legais básicas para a garantia da interrupção legal da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade

«Todos os Estados devem garantir o acesso ao aborto seguro e legal como uma questão de direitos humanos»

(Escritório de Alto Comissariado para os Direitos Humanos, 2019).<sup>iii</sup>

### Direito à vida das meninas e adolescentes que têm gestações forçadas

O direito à vida das meninas, adolescentes e mulheres grávidas não pode ser afetado pela regulação local de direito ao aborto (Comitê de Direitos Humanos, 2019). Isto implica no caso das meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade que as regulações não podem restringir ou proibir a elas o acesso à ILE em caso nenhum.

Assim como afirmou com toda clareza o Comitê de Direitos Humanos «as restrições jurídicas que limitem a capacidade das mulheres para submeter-se a um aborto não devem, entre outras coisas, pôr em perigo suas vidas nem expor elas a dores ou sofrimentos físicos ou psíquicos porque isso suporia uma violação do artigo 7 do Pacto» (Comitê de Direitos Humanos, 2019). Disse, além do mais, que os estados não devem criminalizar nenhum caso às pessoas que se submetem a um aborto, pelo contrário, devem tomar medidas para facilitar o acesso para evitar que possam recorrer a abortos perigosos.

Nessa mesma declaração o Comitê reconhece que o direito à vida protege não apenas a vida biológica das pessoas, mas também a dignidade de vida de cada ser humano. Portanto, entre as medidas necessárias para garantir condições adequadas que permitam proteger o direito à vida, encontram-se medidas a curto prazo destinadas a garantir o acesso a serviços essenciais como o atendimento à saúde em particular os serviços destinados a reduzir a mortalidade materna (Comitê de Direitos Humanos, 2019), como o aborto seguro.

A vida de meninas, meninos e adolescentes tem proteção especial (Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, 1966, art. 24, parág. 1); por isso, devem ser tomadas «as medidas de proteção que sua condição de menor precisa, tanto por parte de sua família como da sociedade e do Estado. Ao adotar medidas especiais de proteção, os Estados parte se devem guiar pelo interesse superior da criança, e pela necessidade de garantir a supervivência e desenvolvimento de todas as crianças e de seu bem-estar» (Comitê de Direitos Humanos, 2019).

Nesse sentido, todos os comitês de direitos humanos das Nações Unidas emitiram observações e recomendações unânimes sobre a necessidade de descriminalizar o aborto e garantir o acesso a práticas seguras especialmente para as meninas e adolescentes. Da mesma forma, jurisprudência, tanto do sistema universal como do sistema interamericano de direitos humanos, reconheceu que a proteção da vida em gestação não pode supeditar os direitos das pessoas gestantes, nem lhes impor encargos excessivos. No mesmo sentido foi reiterado que, o «embrião» não pode ser considerado integrante da categoria «infância» protegida pelas convenções de direitos humanos.<sup>vi</sup>

## Direito à saúde

**O direito das mulheres à saúde sexual e reprodutiva é imprescindível para sua autonomia e seu direito a adotar decisões significativas sobre sua vida e saúde.**

(Comitê dos Direitos Econômicos, sociais e Culturais, 2016).

O Direito à Saúde de meninas, meninos e adolescentes se protege de forma reforçada e prioritária, como todos seus direitos humanos. Implica, a proteção integral de aspectos físicos, psíquicos e sociais necessários para seu bem-estar e seu completo desenvolvimento (Comitê dos Direitos da Criança, 2013).

A saúde e os direitos em matéria sexual e reprodutiva não apenas são parte integrante do direito à saúde, mas também são necessários para o gozo de muitos outros direitos humanos, como o direito à vida, proteção contra a tortura e maus tratos, não discriminação, à igualdade no reconhecimento como pessoa diante da lei, privacidade e ao respeito da vida familiar, à educação e ao trabalho (Comitê dos Direitos Econômicos, sociais e Culturais, 2016).

## Exercício de direito à saúde: acesso à informação

É unânime a posição dos organismos de proteção dos direitos humanos sobre a importância do acesso a informação em saúde e especialmente referente com a saúde sexual e reprodutiva desde idade precoce.<sup>vii</sup> Por isso se chega ao acordo em que os Estados têm a obrigação de garantir que meninas, meninos e adolescentes tenham acesso a informação adequada que seja essencial para sua saúde e desenvolvimento a fim que possam eleger comportamentos de saúde adequados. Deve abranger informação sobre o uso e abuso do tabaco, álcool e outras substâncias, regimes, saúde sexual e reprodutiva, os perigos de uma gravidez precoce e a prevenção do HIV/AIDS e as doenças de transmissão sexual (Comitê dos Direitos da Criança, 2013).

Para garantir de forma integral o direito de meninas, meninos e adolescentes à saúde se deve considerar as vantagens de todos os cursos de ação possíveis diante de todos os possíveis riscos e efeitos secundários, e também deve-se levar em consideração devidamente a opinião da criança. Nesse sentido, se deve proporcionar informação adequada e apropriada para que entenda a situação e todos os aspectos pertinentes com relação a seus interesses, e permitir dar seu consentimento informado (Comitê de Direitos da Criança, 2011).

## Exercício de direito à saúde: acesso à ILE

Em matéria de acesso à ILE como garantia do direito à saúde sexual e reprodutiva de meninas e adolescentes, o Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (2016) em sua Observação Geral No. 22 faz lembrar que os Estados devem garantir<sup>viii</sup>:

- **Disponibilidade dos serviços:** para isso se deve garantir que se encontram disponíveis insumos e pessoal adequado para garantir acesso oportuno da qualidade às ILE. Nesse sentido a disponibilidade se relaciona intimamente com o direito a se beneficiar dos avanços científicos que assiste de forma prioritária às meninas, meninos e adolescentes.
- **Acessibilidade:** essa implica a acessibilidade geográfica à informação necessária para decidir sobre a prática e a acessibilidade que deve tender à gratuidade da provisão da ILE em geral e de forma prioritária para meninas e adolescentes.
- **Aceitabilidade:** os serviços devem ser oferecidos com respeito pelas preferências, condições e situação específica de cada menina ou adolescente que precise uma ILE.
- **Qualidade:** os serviços devem estar adequados de acordo com a base empírica mais atualizada desde o ponto de vista científico e médico, e devem ser prestados por pessoal capacitado para incorporar as inovações técnicas e tecnológicas.

O mesmo Comitê indica que a violação do direito à saúde sexual e reprodutiva pode se dar por ação, por exemplo, pela emissão de normas que restrinjam o

acesso às práticas, o por omissão quando essas normas restritivas não são revogadas ou não se emite regulação —procedimentos, diretrizes ou guias técnicas— que facilite o acesso a esses serviços.<sup>ix</sup>

## Proteção de meninas e adolescentes como vítimas de violência sexual

A gravidez indesejada em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade se relaciona na grande maioria de casos com situações de violência, em particular violência sexual.<sup>x</sup> Igualmente, a maioria dessas gravidezes que são de alto risco para a saúde e a vida das meninas são gestações forçadas.<sup>xi</sup>

O Comitê dos Direitos da Criança (2011) reconheceu que a violência sexual ocorre com muita frequência no lar e é perpetrada por conhecidos das meninas, meninos e adolescentes abusados. Nesses contextos existe risco importante de gravidez forçada, por isso foi recomendado em numerosas oportunidades que se garantam os serviços de saúde reprodutiva, incluindo a ILE para evitar a violação de outros direitos das meninas e adolescentes, em particular o direito à vida.<sup>xii</sup>

A Convenção de Belém do Pará estabelece que as vítimas de violência sexual têm direito ao reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos seus direitos humanos, e «isso apenas é possível de atingir com um acesso oportuno a serviços integrais de atendimento na saúde, bem como a informação e educação na matéria».<sup>xiii</sup> A CIDH também observa que a saúde das vítimas de violência sexual deve ocupar um lugar prioritário nas iniciativas legislativas e nas políticas e programas de saúde dos Estados.<sup>xiv</sup> Em particular, «os Estados devem garantir o atendimento da saúde física e mental das vítimas da violência sexual e doméstica em todas as situações, em particular o acesso a serviços de prevenção posterior às agressões, anticoncepcionais de emergência e serviços de aborto sem risco» (Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 2016).

Além disso, o Comitê de Direitos Humanos reconheceu que os Estados estão obrigados no mínimo a «garantir acesso seguro, legal e efetivo ao aborto quando está em perigo a vida e a saúde da mulher ou da menina grávida, quando o fato de prosseguir com a gravidez causa dor ou sofrimento considerável à mulher ou a menina, particularmente quando a gravidez for resultado de violação ou incesto ou não for viável» (Comitê de Direitos Humanos, 2019).

Nesses casos de violência sexual contra meninas e adolescentes todos os organismos de proteção dos direitos humanos reconheceram que não apenas se deve permitir o acesso à ILE para proteger a dignidade das vítimas que têm gestações forçadas, mas também porque é uma forma de evitar que recorram a abortos perigosos.<sup>xv</sup>



## Proteção da integridade pessoal das meninas e adolescentes

Todos os organismos de proteção dos direitos humanos reconheceram que a criminalização e a inacessibilidade ao aborto afetam a segurança pessoal e são incompatíveis com o direito a não sofrer torturas e outros tratos ou penalidades cruéis, inumanos ou degradantes.<sup>xvi</sup> Igualmente, foi considerado que a falta de acessibilidade ao aborto das meninas vítimas de violência sexual, bem como a criminalização desses abortos, constituem atos de discriminação.<sup>xvii</sup>

O Relator Especial sobre Tortura e Outros Tratos ou Penalidades Cruéis, Inumanos ou Degradantes, em seu relatório sobre a tortura em ambientes de atendimento da saúde (2013), determinou que a obrigação de continuar gestações forçadas é uma forma de tortura, bem como a negação do acesso a interrupções seguras da gravidez nesses casos.<sup>xviii</sup>

Jurisprudência internacional de todos os sistemas universal e regionais, reconheceu que o acesso à ILE em caso de meninas e adolescentes é uma obrigação dos Estados e deve ser garantido em condições de segurança, qualidade e bom trato de acordo com os padrões técnicos e as boas práticas sanitárias mais atualizadas.<sup>xix</sup>

O Comitê dos Direitos da Criança, recomendaram que os governos garantam que os meninos e meninas tenham acesso a assistência e assessoramento médico confidenciais sem o consentimento de seus pais, incluso para serviços de saúde reprodutiva.<sup>xx</sup>

05/

## CAPÍTULO IV

---

# DIMENSÕES CHAVE DE UM PROTOCOLO DE ATENÇÃO xxi,xxii



Como resultado do trabalho participativo na Oficina «Contribuições para a construção de diretrizes para o acesso ao aborto de meninas e adolescentes menores de 15 anos»<sup>xxiii</sup> e levando em consideração os documentos apresentados, foram identificadas diretrizes básicas para definir critérios e parâmetros que guiem a elaboração de protocolos de atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade, principalmente dirigido ao setor saúde. Ao mesmo tempo, foi reconhecido que se devem sentar bases e instrumentos para permitir um trabalho Intersetorial em âmbitos centrais como proteção social, saúde, educação e justiça; e depois possa ser adequado ao contexto normativo de cada país.

Em conjunto, se insta aos Estados a realizar um esforço conjunto para a elaboração e consolidação de recomendações para adiantar no desenvolvimento e na aplicação de padrões de atuação que garantem os direitos humanos de meninas e adolescentes. Isso irá contribuir para promover um atendimento oportuno e de qualidade na emergência e no seguimento posterior, bem como para reparar o dano gerado devido as diversas e múltiplas situações de vulnerabilidade que atravessam essas meninas e adolescentes ao longo de suas vidas.

## IV.1

### Detecção oportuna da gravidez

A falta de suspeita do abuso e o escasso alarme das equipes de saúde diante da gravidez em uma menina, bem como o requisito de contar com a companhia de um adulto para ser atendida, traem como consequência que a detecção da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade resulte tardia. Portanto se deve dar prioridade ao atendimento de meninas e adolescentes grávidas, suspeitar de uma situação de coerção, abuso e/ou violência e considerar uma gravidez nestas idades, sempre, como uma urgência. Além disso, é preciso ter presente os condicionantes da gravidez a idade precoce, a amplíssima maioria das vezes, consequência de situações de abuso intrafamiliar (Secretaria de Governo de Saúde da Nação, Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social da Nação, 2019; Ministério de Saúde e Proteção Social, Fundo Populacional das Nações Unidas, 2014; Ministério de Saúde Pública et al, 2019).

Por essas razões, os protocolos devem enfatizar a necessidade de que as equipes de saúde estejam capacitadas e sejam sensíveis a consultas inespecíficas, por dor abdominal, moléstias ou ausência da menstruação ou corrimento vaginal, e consequentemente fazer uma avaliação clínica que, sem ser invasiva, possa detectar uma possível gravidez e/ou possível infecção de transmissão sexual.

Compreender também que a sensibilidade e a escuta ativa permitirão detectar se a gravidez é produto de uma situação abusiva no âmbito intrafamiliar, ou se é uma menina prostituída. Existem outras situações nas que a própria menina oculta a gravidez porque não quer que sua mãe ou sua família fique sabendo que tem relações sexuais. Também se deve considerar as situações onde as mães das meninas e adolescentes sentem a carga da culpa e o estigma, e por isso negam os sintomas, retardando a detecção da gravidez e os cuidados necessários.

Em qualquer caso, as instituições que interatuam com meninas e adolescentes, e em particular o setor saúde devem estabelecer como prioridade a detecção precoce de situações de abuso e consequentemente a detecção precoce de gravidez nesse grupo etário.

Nas situações onde se confirme a gravidez indesejada de adolescente com menos de 15 anos de idade, os devidos cuidados devem ser tomados diante do verdadeiro risco ou suspeita de violência sexual tanto na relação que gerou aquela gravidez, como em sua trajetória sexual prévia. Embora a gravidez possa ser produto de uma relação sexual livre e consensual, entre pares, sem desequilíbrio de poder —devido à idade, posição social, econômica, entre outros—, e sem violência; não se deve assumir essa gravidez como resultado de planejamento ou desejo prévio. Em sua maioria, as meninas e adolescentes desconhecem as consequências das relações sexuais sem proteção, ou não tiveram os meios adequados para prevenir —falta de informação sobre saúde sexual e acesso a métodos anticoncepcionais—.

A estimativa exata da idade gestacional é fundamental, assim como o diagnóstico precoce, pois serão determinantes nas opções que poderão ser oferecidas a menina ou adolescente. As salvaguardas recomendadas pelas guias da Organização Mundial da Saúde e outras organizações intergovernamentais enfatizam as atitudes empáticas assim como neutras na realização do exame de ultrassom, além do cancelamento do volume do monitor fetal e consulta sobre a visualização das imagens (OMS, 2012), e guias nacionais.

## IV.2. Aconselhamento de opções

Impulsar a conformação de aconselhamento de opções e direitos resulta estratégico a fim de oferecer um atendimento integral às meninas e adolescentes. Isso também é imprescindível para que elas possam tomar decisões de acordo com suas competências e sua autonomia progressiva. É necessário que se ofereça informação adequada e oportuna, baseada nos direitos que ela tem, na evidência científica sobre seu estado físico clínico, os riscos que carrega uma gravidez a termo nessas idades, os procedimentos disponíveis para realizar uma interrupção segura, os cursos de ação que os organismos de proteção e apoio devem oferecer-lhe, assim como sobre outras opções disponíveis segundo o marco legal e institucional.

O aconselhamento de opções deve considerar a presença de uma pessoa adulta, significativa, para a menina ou adolescente. Essa consideração não apenas responde às necessidades emocionais da menina, mas também, em alguns países, aos requerimentos normativos. Porém, não se deve assumir que essa pessoa significativa deva ser algum de seus progenitores e, em qualquer caso, se deve avaliar junto com a menina ou adolescente o desejo de que esteja presente. No caso dela consentir, se sugere que a informação seja transmitida e expressada em termos simples para que sejam as mesmas meninas e adolescentes que possam tomar a decisão de forma informada e livre de condicionamentos. Adicionalmente, o aconselhamento deve ser permeável a outras perguntas, considerações e dúvidas que a pessoa significativa para a menina possa realizar, sempre salvaguardar o papel principal da menina ou adolescente e prevendo situações de coerção ou substituição da vontade ou consentimento.

Devido à situação de vulnerabilidade da menina e/ou adolescente a abordagem se deve realizar desde uma única equipe de saúde para evitar situações de revitimização. Diante disso, se recomenda ter:

- Pautas de atuação claras e precisas de derivações e de abordagens de meninas e adolescentes no sistema de saúde.
- Pautas de atuação dentro do sistema educativo a fim de realizar uma derivação oportuna e com perspectiva de direitos das meninas com suspeita ou confirmação de gravidez.
- Pautas para articulação com a autoridade de proteção de direitos da infância e adolescência local, para as possíveis medidas de proteção e o acesso à justiça nos casos pertinentes.

Portanto, em todos os casos se deve garantir uma abordagem integral e intersetorial, e para isso é fundamental a elaboração de pautas claras e articulações interinstitucionais que permitam fornecer encaminhamentos e referências oportunas que acompanhem a menina e adolescentes no processo de atendimento, e resguardem seu bem-estar e seus direitos. Para o desenvolvimento de cada uma dessas pautas se deve considerar as possibilidades e recursos sanitários e de proteção, bem como as condições legais habilitantes em cada país em matéria de acesso ao aborto por causa de violação e risco para a saúde ou a vida, bem como para a denúncia e processo penal por abuso em meninas e adolescentes.

A contracepção pós evento obstétrico deve formar parte do aconselhamento integral antes da interrupção da gravidez ou do parto e durante todo o processo de atendimento. Ou seja, potenciar as oportunidades para que a menina ou adolescente chegue ao evento obstétrico com uma decisão tomada. Para isso se deve oferecer informação adequada e acorde ao desenvolvimento de sua autonomia progressiva e à situação psicossocial, sobre se quer utilizar um método anticoncepcional e que tipo de método ela prefere.<sup>xxiv</sup> Sugere-se portanto realizar avaliação das condições particulares da menina e adolescente, e ofertar e prover métodos anticoncepcionais de longa duração já que são os que mais e melhor protegem esta população.

### IV.3. Supervisão clínica e apoio psicossocial

A ativação do protocolo se deve realizar assim que houver suspeita de violência na gravidez. Diante disso, a função da equipe é a de acompanhar a menina e adolescente ao longo de todo o processo, favorecendo com informação adequada e precisa as oportunidades para que possam tomar decisões de forma autônoma e informada, incluindo a avaliação das diferentes possibilidades: interromper ou continuar a gravidez para maternar ou dar em adoção.

As equipes devem ter profissionais capacitados de forma a proporcionar escuta e atendimento atento às meninas e adolescentes. Nesse sentido, resulta necessário fortalecer a formação de profissionais capazes de dar apoio emocional e cuidado oportuno em base a evidências científicas, com abordagem de direitos e perspectiva de gênero. Ao mesmo tempo, se sugere fazer ênfase nos princípios declarados nos marcos internacionais dos direitos humanos, com especial ênfase na confidencialidade. Nesse último aspecto, encontram-se: sigilo profissional, atendimento sensível e direito das pessoas à informação e à proteção.

Um dos temas que maior temor e incerteza gera dentro dos integrantes das equipes que atendem a meninas e adolescentes grávidas é o processo de consentimento da menina e a tomada de decisão. É assim que, em muitos casos, a voz da menina fica silenciada, ou no melhor dos casos mediada, pelas interpretações do adulto que a acompanha ou da própria equipe de saúde. Embora as estruturas regulatórias possam exigir a aquiescência ou consentimento de um pai ou adulto, a menina tem direito a ser escutada e sua voz é fundamental no processo de tomada de decisões. A fim de neutralizar esse olhar espontâneo centrado no adulto, é necessário fornecer-lhes informação adequada e precisa, e promover ativamente sua participação em cada etapa do processo de atendimento. Nesse sentido, a equipe tem a obrigação de transparência ativa, isto é, fornecer informação que, ainda que não for solicitada explicitamente, permita e facilite o processo de consentimento informado e a garantia do direito à informação.

**Transparência ativa. As/os profissionais da saúde e as autoridades públicas tem a obrigação de fornecer toda a informação disponível de forma dinâmica e ao longo de todo o processo de atendimento, mesmo que não exista solicitação explícita. Dita informação deve ser atualizada, completa, compreensível e fornecida em língua e com formato acessível.**

Sugere-se que as atividades da equipe de saúde sejam direcionadas não só às intervenções relacionadas ao cuidado clínico e ginecológico-obstétrico —pois é sempre uma gravidez de alto risco—, mas também ao acompanhamento da menina e da adolescente ao passar o processo de tomada de decisões.

## IV.4. Acompanhamento integral

As meninas e adolescentes com gestações indesejadas requerem de acompanhamento integral e intersetorial que vai além da decisão de interromper ou de continuar com a gravidez. Por isso é necessário que o trabalho se articule com diferentes áreas e instituições como educação, proteção social e justiça.

O atendimento não conclui na resolução da urgência ou no aborto/parto. O acompanhamento da menina e/ou adolescente grávida para observar a evolução de sua condição física, emocional e social, bem como as intervenções para mitigar o impacto que teve a situação da gravidez em sua vida —e da gravidez indesejada em particular— são necessárias para garantir sua reincorporação na escola e na comunidade.

Dadas as condições e situações de vulnerabilidade da menina e adolescente grávida, o atendimento e abordagem não apenas reside no atendimento do evento obstétrico e na alta institucional, mas requer a implementação de estratégias integrais para acompanhar a restituição do bem-estar e a saúde, evitando a revitimização. Conseqüentemente, esse acompanhamento deve considerar:

- a articulação com o sistema educativo para a permanência ou a reinserção escolar da menina ou adolescente;
- o acompanhamento integral da equipe e com atendimento psicossocial;
- a continuidade ao tratamento de saúde mental nas situações de violência;
- a observância da situação de crime no caso de abuso para a apresentação da denúncia penal correspondente.

## IV.5. Qualidades e características da equipe interveniente

Considerando que o problema da gravidez forçada tem múltiplos determinantes e várias conseqüências que impactam na saúde psicofísica e social das meninas e adolescentes, deve-se prever uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. Nesse sentido, se sugere fornecer opções e respostas que abordem com maior amplitude possível as múltiplas dimensões que são causa e também efeito dessa situação.

É recomendável que o protocolo forneça a relevância e necessidade da educação sexual integral para o desenvolvimento de competências subjetivas, assim como a informação para prevenir e enfrentar situações de abuso e violência. Também informar sobre a necessidade de identificar interlocutores válidos na instituição educativa —como no sistema de justiça— para garantir seu envolvimento na abordagem desses casos. A capacitação e treinamento adequados das equipes de saúde em atendimento clínico e gineco-obstétrico de meninas e adolescentes, com perspectiva de direitos e de gênero são requisitos para a conformação das equipes de atendimento.

Da mesma forma, a conformação da equipe deve ser multidisciplinar, integrada por profissionais médicos, da saúde mental e do âmbito do trabalho social. Isso tornará mais fácil levar em conta as interações entre as dimensões da saúde e potencializará a avaliação das circunstâncias familiares e comunitárias, bem como contribuirá a detectar redes de apoio e contenção para a menina ou adolescente. É preciso atender a situação de muitas comunidades nas quais a conformação de uma equipe com as características mencionadas é inatingível pois apenas há um/uma médico/a, obstetra ou parteira, e/ou um/uma enfermeiro/a. Nesses casos, oferecer acompanhamento e assistência técnica à distância ou com uma equipe itinerante é uma alternativa que merece ser considerada tanto para a situação pontual como para o acompanhamento posterior.

## IV.6. Indicadores para relevar

Tendo em vista a escassez de informação específica desse grupo populacional, se devem impulsar registros e investigações para relevar e sistematizar dados sobre a situação das gestações e as maternidades forçadas de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade.

Ter dados confiáveis, sistemáticos e agregados, não só permitirá a elaboração de políticas públicas baseadas em um diagnóstico preciso da situação e das necessidades reais, mas que também permitirá elaborar argumentos sólidos para neutralizar os possíveis ataques de setores da sociedade contrários ao reconhecimento do interesse superior de meninas e adolescentes, sua autonomia progressiva e seus direitos sexuais e reprodutivos.

A disponibilidade de indicadores sócio demográficos e sanitários —como a magnitude absoluta e relativa de meninas e adolescentes que dão a luz e abortam, e a mortalidade materna geral e por causa nesse grupo de idade—; de indicadores de processo —como a morbidade associada aos episódios reprodutivos, acessibilidade de métodos anticoncepcionais pós evento obstétrico e a implementação dos protocolos de atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade—; e de indicadores de processo e resultado — como número de consultas com a equipe psicossocial, continuação da trajetória escolar, hospitalizações durante a gravidez, morbidade severa, peso ao nascer, complicações no pós parto imediato, entre outros—, permitirão medir custos individuais e para o Estado e, com isso, gerar modelos de intervenção custo-efetivos para a prevenção desse problema a futuro e a reparação dos direitos.



A reparação é o direito reconhecido internacionalmente que tem as meninas forçadas a ser mães a ser compensadas pelos danos sofridos. Essa é uma obrigação do Estado derivada de sua responsabilidade internacional e é um direito fundamental das vítimas. A gravidez e a maternidade forçada de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade, abrange uma série de violações que devem ser reparados de forma integral. O direito internacional estabelece diferentes formas de reparação para ressarcir as violações manifestas dos direitos humanos; porém, não todas são possíveis de aplicar para o caso das meninas forçadas a ser mães (Vara Horna, 2019).

Entre as formas de reparação possível, a compensação —indenização— refere a toda forma específica de reparação que busca outorgar recompensas econômicas ou monetárias por certas perdas, podem ser materiais ou imateriais. Cobre várias reparações por danos físicos e mentais, oportunidades perdidas, incluindo emprego, educação e benefícios sociais; danos materiais e perda de ganâncias, incluída a perda de ganância potencial, dano moral; bem como os custos requeridos para assistência legal ou pericial, medicina e serviços médicos, e serviços sociais e psicológicos.

Outra forma de reparação é a reabilitação, que tem como propósito proporcionar às vítimas todos os serviços essenciais que sejam necessários para ajudá-las a continuar com sua vida de forma digna. O mínimo que pode exigir-se para as vítimas de maternidade forçada por violação, considerando a gravidade do dano sofrido, deve ser o acesso a serviços de saúde física e mental adequados e oportunos. A reabilitação não está limitada somente a serviços de saúde nem à menina. Pode cobrir também a seus pais ou tutores/as que assumem a representação e as consequências colaterais da negativa de aborto. As meninas mães, por lei, são ainda dependentes de seus pais ou tutores/as, que tem a obrigação de cobrir suas necessidades e velar por seus interesses. São eles/as que subsidiam o custo da maioria das consequências perniciosas, destinando dinheiro e tempo proveniente de suas poupanças, empréstimos ou trabalho remunerado e trabalho não remunerado.

A satisfação é outra das medidas reparatórias e procura proporcionar bem-estar e contribuir a mitigar a dor da vítima, através do restabelecimento da dignidade da vítima e difusão da verdade sobre o sucedido.

O documento *Os custos de reparação em meninas com menos de 15 anos de idade forçadas a ser mães produto de violação sexual* encarregado por CLACAI (Vara Horna, 2019), realiza uma proposta metodológica para estimar os custos de reparação integral. Essa proposta considera a reabilitação integral de dano físico e mental, os custos para compensar a perda de oportunidades, os custos pelo dano moral infligido e os custos por danos ao projeto de vida. É assim que considera custos materiais —lucro cessante, despesas de bolso para o atendimento— como imateriais —perdas de oportunidade, dano moral, sofrimento—.

Devido a que essas categorias são genéricas se requer de investigações especializadas em custos para sua validação empírica. Essas investigações serão possíveis se houver indicadores provenientes de estadísticas vitais, organismos de proteção e educação, e instituições de saúde. No caso dessas últimas, poder prover informação sobre as trajetórias das meninas e adolescentes —detecção, tempos, organismos contatados, acesso efetivo ao

atendimento—, bem como sobre os custos materiais sofridos, resulta relevante para que o Estado garanta o direito de reparação a meninas e adolescentes.

Complementarmente, a disponibilidade de dados e indicadores facilita uma incidência informada que pode dar conta também dos custos de omitir a implementação de políticas públicas destinadas a intervir sobre este problema nessa população.

Por todas essas razões, resulta imperiosa a elaboração de estatísticas diferenciadas e específicas para este grupo de idade, bem como de indicadores de serviços —disponibilidade de equipes especializadas em adolescência, implementação de práticas incluídas em protocolos de atendimento, tempo transcorrido entre a suspeita da gravidez e confirmação, entre outros— e sócio demográficos —escolaridade no momento da detecção, idade gestacional na interrupção ou parto, antecedentes de abuso/violência—. A informação é um insumo estratégico para uma política e uma incidência informadas.

## IV.7. Funções dos diversos atores

O protocolo deve contemplar as responsabilidades e funções indelegáveis dos diferentes atores institucionais envolvidos na proteção dos direitos de meninas e adolescentes grávidas, independentemente do organismo estatal através do qual se realiza a detecção ou se tome conhecimento da gravidez. O protocolo deve contemplar as ações que são obrigação dos agentes do Estado de acordo com o marco normativo vigente —reporte, denúncia e/ou notificação aos sistemas de proteção—. A articulação com o setor de justiça é mandatária se o abuso sexual e a violação se reconhecem como crime. No entanto, o atendimento da menina ou adolescente, o aconselhamento de opções e a interrupção da gravidez —se essa for a decisão— eles não devem ser subordinados aos tempos judiciais ou de outros setores do estado. O atendimento integral e de qualidade também depende da oportunidade e celeridade com que se realize e, portanto, não deve sofrer dilatações de nenhum tipo e por nenhuma razão.

O grande desafio é que a atuação da equipe de saúde seja de acordo com a normativa vigente de cada país, que contribua para a proteção da menina ou adolescente em situação de vulnerabilidade, sem gerar uma revitimização, e que tenha como finalidade a reparação do dano gerado, ou seja, que o atendimento da saúde seja reparador em caso da interrupção legal da gravidez. Nesse sentido, se insta ao trabalho articulado com os sistemas de proteção e de saúde com o objetivo de garantir seus direitos no atendimento e a reparação do dano.

Por último, os protocolos podem também incluir considerações sobre o papel da mídia tanto para comunicar casos específicos como para sensibilizar sobre a gravidez indesejada em meninas e adolescentes. Essas considerações devem realizar uma apelação forte para a proteção da identidade da menina, para evitar a revitimização e/ou a banalização das circunstâncias que a cercam e ao seu ambiente próximo. De igual forma, a mídia pode ser parte de uma estratégia de

difusão para pôr na agenda pública temas que abrangem desde políticas sobre sexualidade na criança até a importância da educação sexual integral para o reconhecimento da coerção e violência sexual em crianças e adolescentes. Na mesma linha, se recomenda a incorporação de enfoques que integrem as dimensões de masculinidades e diversidades.

## IV.8.

### O que não deve incluir um protocolo?

Os consensos surgidos da reunião convocada por CLACAI reforçam propostas contempladas nos protocolos recentemente elaborados em Argentina e Uruguai referentes a supostos e práticas deletérias que não devem estar em guias de atendimento (Secretaria de Governo da Saúde da Nação, Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social da Nação, 2019; e Ministério da Saúde Pública, et al, 2019). Essas propostas se referem aos posicionamentos das equipes diante a gravidez de uma menina ou adolescente, bem como a recomendações explícitas para os procedimentos diagnósticos e os tratamentos.

Entre essas sugestões destaca-se que os protocolos:

- Não devem assumir a naturalização nem o desejo da gravidez em meninas e adolescentes.
- Não se deve assumir relações sexuais consentidas, portanto convocar o parceiro da menina ou adolescente sem avaliação integral e expresse consentimento da menina ou adolescente.
- Não se deve tornar invisível a coerção, a violência e o abuso a que meninas e adolescentes podem estar submetidas em seu ambiente familiar e social e que pode ser um dos determinantes que contribuíram a gravidez.
- Não se deve assumir que a menina ou adolescente «não se cuidou porque não queria». O acesso à informação e métodos anticoncepcionais é ainda restringido, os determinantes são complexos e excedem a expressão de vontade da menina ou adolescente.
- As gestações forçadas de meninas e adolescentes devem –em todos os casos–considerar-se como situações excepcionais e, portanto, não se deve estabelecer limites de idade gestacional para a interrupção da gravidez.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. (1969). Convenção Americana sobre Direitos Humanos. "Pacto de San José da Costa Rica". Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0001.pdf>
- Azevedo et al. (2012). *Gravidez adolescente e oportunidades na América Latina e no Caribe: sobre maternidade precoce, pobreza e conquistas econômicas*. Washington DC: Banco Mundial.
- Binstock, G., y Pantelides, A. (2005). A fecundidade adolescente hoje: diagnóstico sócio demográfico. Em M. Gogna (Coord.), *Gravidez e maternidade na adolescência. Estereótipos, evidências e propostas para políticas públicas* (pp. 77-112). Buenos Aires: CEDES/UNICEF/Ministério da Saúde da Nação.
- Brizuela, V., Ábalos, E., Ramos, S., e Romero, M. (2014). *A gravidez na adolescência. Folha Informativa 10*. Buenos Aires: Observatório de Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Casas Isaza, X., Cabrera, O., Reingold, R., e Grossman, D. (2015). *Um estudo multipaís sobre os efeitos na saúde das maternidades forçadas em meninas de 9-14 anos de idade*. Planned Parenthood. Nueva York: Planned Parenthood Federation of America.
- Chejter, S. (2019). *Modelos de intervenção em casos de abusos sexuais e gravidez de meninas com menos de 15 anos de idade Plano de Prevenção da Gravidez Indesejada na Adolescência*. Buenos Aires: Secretaria Nacional da Criança, Adolescência e Família, Plano ENIA
- Cinar, N., e Menekse, D. (2017). Effects of adolescent pregnancy on health of baby. *Open Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, 2(1), 12-23.
- CLADEM. (2016). *Meninas Mães. Gravidez e maternidade infantil forçada na América Latina e no Caribe*. Asunción: CLADEM.
- Coalisão Internacional Pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2002.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). Observación general núm. 22. relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). U.N. Doc. E/C.12/GC/22.
- Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. (2016). Observação geral núm. 22. relativa ao direito à saúde sexual e reprodutiva (artículo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais). U.N. Doc. E/C.12/GC/22.
- Comitê de Direitos Humanos. (2017). Observação geral núm. 36 sobre o artigo 6 do Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos, referente ao direito à vida. Recuperado de [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf)
- Comitê dos Direitos da Criança (2006). Observação Geral No. 7, Realização dos direitos da criança na primeira infância, 40º período de sessões (2006), U.N. Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1

- Comitê dos Direitos da Criança. (2009). Observação Geral 12. O direito da criança a ser escutada. U.N. Doc. CRC/C/ GC/12.
- Comitê dos Direitos da Criança. (2011). Observação geral Nº 13. Direito da criança para não ser objeto de nenhuma forma de violência. U.N Doc. CRC/C/ GC/13.
- Comitê dos Direitos da Criança. (2013). Observação geral Nº 14. Sobre o direito da criança a que seu interesse superior seja uma consideração primordial (artigo 3, parágrafo 1), U.N. Doc. CRC/C/ GC/14.
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., e Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (192), 342-349.
- Corte Interamericana de Direitos Humanos. (2002). Opinião Consultiva OC-17/2002. Condição Jurídica e Direitos Humanos da Criança.
- Corte Interamericana de Direitos Humanos. (2012). Caso Artavia Murillo e outros ("Fecundação in vitro") vs. Costa Rica. Recuperado de <http://bcn.cl/1r49q>
- Crosby, R. A., e Holtgrave, D. R. (2006). The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. *Journal of Adolescent Health*, (38), 556-559.
- Escobar, J. C., Ariza Navarrete, S., e Keller, V. (2019). *Gravidez e Maternidade em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. Linha base para a elaboração de diretrizes de abordagem integral*. Lima: CLACAI.
- Escritório de Alto Comissariado para os Direitos Humanos. (2019). International Safe Abortion Day. Recuperado de <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25066&LangID=E>
- Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos. (1966). Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., e Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(1), Suppl 1:40-8.
- Giovagnoli, P., e Vezza, E. (2009). *Early childbearing and educational outcomes. Quantitative assessment*. Washington: Banco Interamericano de Desenvolvimento.
- Gogna, M., e Binstock, G. (2017). *Gravidez e Maternidade em adolescentes com menos de 15 anos de idade. Descobertas e desafios para as políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF.
- Gold, R., Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lynch, J. W. and Connell, F. A. (2001). Ecological Analysis of Teen Birth Rates: Association with Community Income and Income Inequality. *Maternal and Child Health Journal*, 5(3), 161-167.

- Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R.W., Moreau, C., Chandra-Mouli, V., Herbert, A., et al. (2016) Understanding Factors that Shape Gender Attitudes in Early Adolescence Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS ONE*, 11(6), e0157805.
- Loyd C. B. (2006). Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/337e/ba44652f-f1923a4b5eda5e4eded49aad2f54.pdf>
- Ministério da Saúde Pública, Ministério de Desenvolvimento Social, Ministério de Educação e Cultura, Escritório de Planejamento e Orçamento, Administração Nacional de Educação Pública, Instituto da Criança e Adolescente do Uruguai et al. (2019). Estratégia intersectorial e nacional de prevenção da gravidez indesejada em adolescentes. Mapa de rota para o atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade em situação de gravidez. Recuperado de [https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no](https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no-pdf;jsessionid=7D3BCE2E51EA5ABD-0BEFED9C7BD78BB5?sequence=1)
- Ministério da Saúde e Proteção Social, Fundo Populacional das Nações Unidas. (2014). Protocolo de atendimento da menor de 15 anos grávida. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>
- Mmari, K., y Sabherwal, S. (2013). A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an update. *Journal of Adolescent Health*, 53(5):562-572.
- Nações Unidas. (2015). World fertility patterns. Recuperado de [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/worldfertility-patterns-2015.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/worldfertility-patterns-2015.pdf)
- OMS. (2012). Aborto sem riscos: guia técnico e de políticas para sistemas de saúde 2ª ed. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432\\_spa.pdf;jsessionid=7D3BCE2E51EA5ABD-0BEFED9C7BD78BB5?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=7D3BCE2E51EA5ABD-0BEFED9C7BD78BB5?sequence=1)
- OMS. (2014). Manual de prática clínica para aborto seguro. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/47/9789243548715\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/47/9789243548715_spa.pdf?sequence=1)
- ONU. (2016). Relatório de segurança e saúde no Grupo de Trabalho da ONU sobre discriminação contra a mulher. Recuperado de [http://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/32/44#sthash.LwS545RE.dpuf](http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/32/44#sthash.LwS545RE.dpuf)
- ONU. (2016a). Relatório sobre o direito à saúde dos adolescentes pelo Relator Especial da ONU sobre a saúde. Recuperado de [http://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/32/32](http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/32/32)
- ONU. (2016b). Relatório sobre as perspectivas de gênero pelo Relator Especial da ONU sobre a tortura. Recuperado de [http://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/31/57](http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/31/57)
- ONU. (2019). Relatório da Relatora Especial sobre a violência contra a mulher, suas causas e consequências. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/74/137>
- OPS, UNFPA, e UNICEF. (2018). *Acelerar o progresso para redução da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EEUU)*. Washington D.C.: OPS.
- Pantelides, E. A. (2004), Aspectos sociais da gravidez e a fecundidade adolescente na América Latina. Em CELADE (Ed.), *A fecundidade na América Latina e no Caribe: transição ou revolução?* (pp.167-182). Santiago de Chile: CEPAL
- Rios Neto, E., e Miranda Ribeiro, P. (2009, setembro). *Intra and intergenerational consequences of teenage childbearing in two Brazilian cities: exploring the role of age at menarche and sexual debut*. Apresentado na XXVI IUSSP International

- Population Conference, Marrakech. [aspx?NewsID=25066&LangID=E](#)
- Samadari, G., e Speizer, L. (2010). Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *International Perspectives. Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 26-35.
- Secretaria de Governo da Saúde da Nação, Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social da Nação. (2019). Atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade grávidas: Roteiro: ferramentas para orientar o trabalho das equipes de saúde. Recuperado <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001539cnt-atencion-menores-15-hoja-ruta.pdf>
- Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M.A., y Singh S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescence*, 56(2), 223-230.
- UNFPA. (2013). *Maternidade na criança: enfrentar o desafio da gravidez em adolescentes*. Estado da população mundial 2013. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. (2019). *Consequências socioeconômicas da gravidez adolescente na Argentina. Implementação da metodologia para estimar o impacto socioeconômico da gravidez e a maternidade adolescentes nos países da América Latina e do Caribe – MILENA 1.0*. Argentina: UNFPA.
- UNFPA. (2019a). *Consequências socioeconômicas da gravidez adolescente no Paraguai. Implementação da metodologia para estimar o impacto socioeconômico da gravidez e maternidade adolescentes nos países da América Latina e do Caribe MILENA*. Asunción: UNFPA.
- United Nations Human Rights. (2019). International Safe Abortion Day. Recuperado de <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews>.
- Vara Horna, A. A. (2019). *Os custos da reparação em meninas com menos de 15 anos de idade forçadas a ser mães produto de violação sexual*. Lima: CLACAI.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., y Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641-1652.
- WHO. (2020). A gravidez na adolescência. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

- i As principais fontes de informação sobre a gravidez em meninas e adolescentes menores de 15 anos de saúde são: 1) dados retrospectivos coletados em pesquisas domiciliárias em que mulheres mais velhas são questionadas sobre a idade do primeiro parto, 2) dados de censo, e 3) estatísticas vitais.
- ii O bônus demográfico se denomina quando a quantidade de pessoas que conseguem ingressar no mercado de trabalho é maior do que as pessoas dependentes. Isto é, a relação de dependência —a quantidade de pessoas passivas por cada trabalhador ativo— desce (UNFPA, 2019).
- iii Declaração disponível em inglês. Existe antecedente na Declaração conjunta de expertos de direitos humanos da ONU, a Relatora especial sobre os direitos das mulheres da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e os relatores especiais sobre os direitos das mulheres e os defensores de direitos humanos da Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos, setembro de 2015.
- iv Ver, por exemplo, Observações finais do CDH sobre El Salvador, Doc. da ONU CCPR/C/SLV/CO/7 (2018); Guatemala, Doc. da ONU CCPR/C/GTM/CO/4 (2018); Líbano, Doc. da ONU CCPR/C/LBN/CO/3 (2018); Camarões, Doc. da ONU CCPR/C/CMR/CO/5 (2017); República Democrática do Congo, Doc. da ONU CCPR/C/COD/CO/4 (2017); República Dominicana, Doc. da ONU CCPR/C/DOM/CO/6 (2017); Jordânia, Doc. da ONU CCPR/C/JOR/CO/5 (2017); Maurício, Doc. da ONU CCPR/C/MUS/CO/5 (2017); Honduras, Doc. da ONU CCPR/C/HND/CO/2 (2017); Madagascar, Doc. da ONU CCPR/C/MDG/CO/4 (2017); Paquistão, Doc. da ONU CCPR/C/PAK/CO/1 (2017); Bangladesh, Doc. da ONU CCPR/C/BGD/CO/1 (2017); Marrocos, Doc. da ONU CCPR/C/MAR/CO/6 (2016); e Equador, Doc. da ONU CCPR/C/ECU/CO/6 (2016); Observações finais do Comitê sobre os Direitos da Criança sobre Guatemala, Doc. da ONU CRC/C/GTM/CO/5-6 (2018); Ilhas Marshall, Doc. da ONU CRC/C/MHL/CO/3-4 (2018); Palau, Doc. da ONU CRC/C/PLW/CO/2 (2018); Panamá, Doc. da ONU CRC/C/PAN/CO/5-6 (2018); Ilhas Salomão, Doc. da ONU CRC/C/SLB/CO/2-3 (2018); Sri Lanka, Doc. da ONU CRC/C/LKA/CO/5-6 (2018); Malawi, Doc. da ONU CRC/C/MWI/CO/3-5 (2017); Arábia Saudita, Doc. da ONU CRC/C/SAU/CO/3-4 (2016); Serra Leoa, Doc. da ONU CRC/C/SLE/CO/3-5 (2016); Haiti, Doc. da ONU CRC/C/HTI/CO/2-3 (2016); Peru, Doc. da ONU CRC/C/PER/CO/4-5 (2016); Quênia, Doc. da ONU CRC/C/KEN/CO/3-5 (2016); e Irlanda, Doc. da ONU CRC/C/IRL/CO/3-4 (2016); Observações finais do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Comitê DESC) sobre Equador, Doc. da ONU E/C.12/ECU/CO/3 (2012), parág. 29; a República da Coreia, Doc. da ONU E/C.12/KOR/CO/4 (2017); Filipinas, Doc. da ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); Quênia, Doc. da ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); e Paquistão, Doc. da ONU E/C.12/PAK/CO/1 (2017).
- v Whelan vs. Irlanda, CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017); Mellet vs. Irlanda, CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); K.L. vs. Peru, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); e L.M.R. vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011).



- vi Whelan vs. Irlanda, CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017); Mellet vs. Irlanda, CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016); K.L. vs. Peru, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); e L.M.R. vs. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011).
- vii Comitê sobre os Direitos da Criança, Observação Geral No. 4. A saúde e o desenvolvimento dos adolescentes no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003); Comissão Interamericana de Direitos Humanos, "Acesso à informação em matéria reprodutiva desde uma perspectiva de direitos humanos", OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61. Comitê DESC, Observação geral No. 14. Direito ao prazer do mais alto nível possível da saúde. U.N Doc. E/C.12/2000/4, CESCR (2000)
- viii Ver também, Observações finais do Comitê DESC sobre a República da Coreia, Doc. da ONU E/C.12/KOR/CO/4 (2017); Paquistão, Doc. da ONU E/C.12/PAK/CO/1 (2017); Honduras, Doc. da ONU E/C.12/HND/CO/2 (2016); Polônia, Doc. da ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); Filipinas, Doc. da ONU E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); Costa Rica, Doc. da ONU E/C.12/CRI/CO/5 (2016); Quênia, Doc. da ONU E/C.12/KEN/CO/2-5 (2016); e Macedônia, Doc. da ONU E/C.12/MKD/CO/2-4 (2016).
- ix Em relação com a recomendação de emitir regulação para garantir o acesso aos abortos seguros, ver por exemplo: Observações finais do Comitê DESC sobre Espanha, Doc. da ONU E/C.12/ESP/CO/6 (2018); México, Doc. da ONU E/C.12/MEX/CO/5-6 (2017); Moldávia, Doc. da ONU E/C.12/MDA/CO/3 (2017); Uruguai, Doc. da ONU E/C.12/URY/CO/5 (2107); Polônia, Doc. da ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); e Costa Rica, Doc. da ONU E/C.12/CRI/CO/5 (2016).
- x Ver estudos recentes como: Ministério da Saúde da Nação Argentina, Meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade grávidas Abordagens institucionais desde o sistema de saúde e sua articulação com educação, justiça e proteção de direitos da criança e adolescentes em localidades selecionadas de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Entre Rios e a Cidade Autônoma de Buenos Aires. Buenos Aires, UNFPA e Unicef Argentina, OMS/OPS, 2019; Análise da causalidade da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. Subgrupo para a erradicação da gravidez em meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade. México, 2018..
- xi Idem
- xii Ver (ONU, 2019; ONU, 2016; ONU, 2016a y ONU, 2016b)
- xiii Comitê de Expertas (CEVI) do Mecanismo de Acompanhamento da Implementação da Convenção de Belém do Pará (MESECVI), "Declaração sobre a Violência contra as Mulheres, Meninas e Adolescentes e seus Direitos Sexuais e Reprodutivos", OEA/Ser.L/II.7.10, 19 de setembro de 2014.

- xiv Ver. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Paulina Del Carmen Ramírez Jacinto vs. México, Petição 161-02, Solução Amigável, Relatório N° 21/07, 9 de março de 2007
- xv Ver por exemplo, Observação Geral 28, Comitê de Direitos Humanos Observações finais do CDH sobre Equador, CCPR/C/ECU/CO/6 (2016); Comitê CEDAW sobre Chile, Doc. da ONU CEDAW/C/CHL/CO/7 (2018); Fiji, Doc. da ONU CEDAW/C/FJI/CO/5 (2018); Ilhas Marshall, Doc. da ONU CEDAW/C/MHL/CO/1-3 (2018); República de Coreia, Doc. da ONU CEDAW/C/KOR/CO/8 (2018); Arábia Saudita, Doc. da ONU CEDAW/C/SAU/CO/3-4 (2018); Suriname, Doc. da ONU CEDAW/C/SUR/CO/4-6 (2018); Burkina Faso, Doc. da ONU CEDAW/C/BFA/CO/7 (2017); Guatemala, Doc. da ONU CEDAW/C/GTM/CO/8-9 (2017); Quênia, Doc. da ONU CEDAW/C/KEN/CO/8 (2017); Kuwait, Doc. da ONU CEDAW/C/KWT/CO/5 (2017); Mônaco, Doc. da ONU CEDAW/C/MCO/CO/1-3 (2017); Nauru, Doc. da ONU CEDAW/C/NRU/CO/1-2 (2017); Omã, Doc. da ONU CEDAW/C/OMN/CO/2-3 (2017); Paraguai, Doc. da ONU CEDAW/C/PRY/CO/7 (2017); Costa Rica, Doc. da ONU CEDAW/C/CRI/CO/7 (2017); Níger, Doc. da ONU CEDAW/C/NER/CO/3-4 (2017); Nigéria, Doc. da ONU CEDAW/C/NGA/CO/7-8 (2017); El Salvador, Doc. da ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9 (2017); Irlanda, Doc. da ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7 (2017); Jordânia, Doc. da ONU CEDAW/C/JOR/CO/6 (2017); Micronésia, Doc. da ONU CEDAW/C/FSM/CO/1-3 (2017); Ruanda, Doc. da ONU CEDAW/C/RWA/CO/7-9 (2017); Sri Lanka, Doc. da ONU CEDAW/C/LKA/CO/8 (2017); Argentina, Doc. da ONU CEDAW/C/ARG/CO/7 (2016); Bangladesh, Doc. da ONU CEDAW/C/BGD/CO/8 (2016); Butão, Doc. da ONU CEDAW/C/BTN/CO/8-9 (2016); Burundi, Doc. da ONU CEDAW/C/BDI/CO/5-6 (2016); Haiti, Doc. da ONU CEDAW/C/HTI/CO/8-9 (2016); Tanzânia, Doc. da ONU CEDAW/C/TZA/CO/7-8 (2016); e Honduras, Doc. da ONU CEDAW/C/HND/CO/7-8 (2016).
- xvi Relatório do Relator Especial sobre a questão da tortura e outros tratos ou penas cruéis, inumanos ou degradantes, Doc. da ONU A/HRC/31/57 (2016), parág. 43; Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observação geral N.º 22, parág. 10; Comitê de Expertas (CEVI) do Mecanismo de Acompanhamento da Implementação da Convenção de Belém do Pará (MESECVI), “Declaração sobre a Violência contra as Mulheres, meninas e Adolescentes e seus Direitos Sexuais e Reprodutivos”, OEA/Ser.L/II.7.10, 19 de setembro de 2014; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, “Acesso a serviços de saúde materna desde uma perspectiva de direitos humanos”, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69; Comissão Interamericana de Direitos Humanos, “Padrões jurídicos vinculados à igualdade de gênero e os direitos das mulheres no sistema interamericano de direitos humanos: desenvolvimento e aplicação. Atualização de 2011- 2014” (2015).
- xvii Ver, por exemplo: Observações finais do Comitê dos Direitos da Criança sobre Namíbia, Doc. da ONU CRC/C/NAM/CO/2-3 (2012); Comitê DESC, Observação geral N.º 22, parág. 34; Conselho de Direitos Humanos. Relatório do Grupo de Trabalho sobre a questão da discriminação contra a mulher na legislação e prática. A discriminação contra a mulher sobre a saúde e a segurança. U.N. Doc. A/HRC/32/44 (2016).
- xviii Conselho de Direitos Humanos. Relatório do Relator Especial sobre a tortura e outros tratos ou penas cruéis, inumanos ou degradantes, Juan E. Méndez. Formas de abusos presentes em ambientes de atendimento da saúde. U.N Doc. A/HRC/22/53 (2013)
- xix Comitê de Direitos Humanos. K.L. vs. Peru. Comunicação N° 1153/2003 - Decisão de 24 de outubro de 2005. Comitê de Direitos Humanos. L.R.M vs. Argentina, Comunicação N° 1608/2007, Decisão de 29 de março de 2011. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Paulina Del Carmen Ramírez Jacinto vs. México, Petição 161-02, Solução Amigável, Relatório N° 21/07, 9 de março de 2007.

- <sup>xx</sup> Ver, por exemplo: Observações finais do Comitê dos Direitos da Criança sobre: Polônia, Doc. da ONU E/C.12/POL/CO/6 (2016); Indonésia, Doc. da ONU CRC/C/ IDN/CO/3-4 (2014); Venezuela, Doc. da ONU CRC/C/VEN/CO/3-5 (2014); e Marrocos, Doc. da ONU CRC/C/MAR/CO/3-4 (2014).
- <sup>xxi</sup> Para a elaboração dessa seção do documento se tomaram como insumos principais os dois documentos base referenciados ao início. Ver documentos de referência 1 e 2
- <sup>xxii</sup> SConsultar também os protocolos disponíveis da Argentina, Colômbia e Uruguai citados a continuação: Secretaria de Governo de Saúde da Nação, Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social da Nação Atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade grávidas: roteiro: ferramentas para orientar o trabalho das equipes de saúde / Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social da Nação, Secretaria de Governo de Saúde da Nação. - 1a ed.- Cidade Autônoma de Buenos Aires: Ministério de Saúde da Nação. Direção de Promoção da Saúde e Controle de Doenças Não Transmissíveis; Cidade Autônoma de Buenos Aires: UNICEF, 2019. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001539cnt-atencion-menores-15-hoja-ruta.pdf>; Ministério de Saúde e Proteção Social. "Protocolo de atendimento de menina com menos de 15 anos de idade grávida". Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Bogotá, 2014. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atendimento-grávida-menor-15.pdf>; Estratégia intersectorial e nacional de prevenção da gravidez indesejada em adolescentes. Mapa de rota para o atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade em situação de gravidez. 2019. Disponível em: <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/estrategia-intersectorial-y-nacional-de-prevencion-del-embarazo-no>
- <sup>xxiii</sup> A Oficina foi realizada em Lima, Peru de 19 a 20 de setembro de 2019.
- <sup>xxiv</sup> Como indica a OMS (2014), a Anticoncepção Imediata Pós-evento Obstétrico (AIPE) é o acesso a um método anticonceptivo depois de um evento obstétrico – puerpério ou pós aborto- (parto vaginal, cesárea ou aborto), antes da alta hospitalário (48 horas). Em caso de aborto, o começo imediato da anticoncepção significa o mesmo dia do procedimento cirúrgico ou o dia que toma o primeiro comprimido de um esquema de aborto com medicamentos.





# Diretrizes para o projeto de protocolo de atendimento de meninas e adolescentes com menos de 15 anos de idade com gravidez indesejada

---

