



BRINCAR
ou
PARIR



**Gravidez
infantil
forçada**
na América Latina
e no Caribe

Ficha técnica

© Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos das Mulheres (CLADEM)

Elaboração: Susana Chiarotti

Colaboração: Milena Páramo (Argentina); Priscila Akemi Beltrame e Rubia Abs da Cruz (Brasil); Patricia Bráñez (Bolívia); Cindy Ballestas (Colômbia); Yolanda Guirola (El Salvador); Alva Gordillo e Giovanna Lemus (Guatemala); Regina Fonseca (Honduras); Elizabeth Plácido e Julia Escalante (México); Virginia Meneses (Nicarágua); Zagrario Pérez (Panamá); Belinda García, María Elena Verdum e Melody Brizuela (Paraguai); Victoria Solís (Peru); Ana Irma Rivera (Porto Rico); Katherine Jaime (República Dominicana) e Ana Lima (Uruguai).

Edição: Elba Núñez, Coordenadora Regional

Desenho e diagramação: Marta Giménez Fotografias: Lorena Espinoza

Assistência técnica: Liyana Pavón (CLADEM República Dominicana)

Assistência em coordenação: Claudia Vallejos

Tradução: Valéria Pandjjarjian

Jirón Caracas 2.624, Jesús María, Lima 11. Lima, Perú.

E-mail: oficina@cladem.org

Página web: www.cladem.org



redcladem



cladem

Nota: As fotografias foram obtidas com consentimento prévio, livre e informado das meninas e suas representantes legais.

Primeira edição. Assunção, Paraguai. ISBN: 978-99967-828-4-8

Disponível em www.cladem.org

Apresentação

A gravidez infantil forçada tem sido um problema historicamente invisibilizado, à sombra de cifras e diagnósticos sobre gravidez e maternidade adolescente, apesar do fato de que tanto as causas como as consequências de gravidezes em meninas pequenas são, em sua maioria, diferente às das jovens.*

O Balanço regional “Meninas mães. Gravidez infantil forçada na América Latina e no Caribe”, publicado pelo CLADEM no ano de 2016, revela que existe um padrão de violência que se reflete no ocultamento da informação e recusa, por parte dos Estados, de colocar na agenda pública e priorizar as ações de prevenção, punição e erradicação. Temos visto que a maioria dos casos de gravidez infantil aparece como produto de violência sexual, exercida por integrantes da família (abuso sexual incestuoso), conhecidos, vizinhos, ou estranhos. À diferença, portanto, do que ocorre na faixa de 15 a 19 anos, em que se registra uma incidência importante de gravidezes devido a uma iniciação sexual precoce.**

Ao constatar esta flagrante violação dos direitos das meninas que estava ausente das agendas nacionais, regionais e internacionais, desde o CLADEM lançamos a Campanha “Gravidez Infantil Forçada é Tortura” e, nesse contexto, estamos monitorando os Estados da região no cumprimento de sua obrigação de prevenir, punir e erradicar esta prática. Também, desde o Litígio Internacional, exigimos o cumprimento de medidas cautelares. Igualmente desenvolvemos ações de incidência para o cumprimento do Consenso de Montevideu e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Em breve lançaremos o Diplomado “Gravidez e maternidade infantil na América Latina e no Caribe”.

Com a intenção de seguir proporcionando ferramentas para a incidência, hoje colocamos à disposição o dossiê “Brincar ou parir. Gravidez infantil forçada na América Latina e no Caribe”, elaborado pela colega Susana Chiarotti, com base no registro de informação dos quinze países onde o CLADEM está presente.

Esperamos que esta contribuição se constitua em um instrumento para a incidência política, fazendo um chamado internacional a construir alianças para denunciar a impunidade da violência sexual e exigir o reconhecimento da gravidez infantil forçada como forma de tortura, a fim de que os Estados previnam, punam e erradiquem esta prática na região.

Elba Núñez
Coordenadora Regional CLADEM

* CLADEM (2016). Niñas madres. Balance Regional Embarazo y maternidad infantil forzados en América Latina y el Caribe, página 7. Disponível em <https://www.cladem.org/es/publicaciones/regionales>

** Idem nota anterior, página 7.



O que é a

No Balanço sobre Meninas Mães, publicado pelo CLADEM em 2016, demonstra-se que, todos os anos, dezenas de milhares de meninas menores de 15 anos, em nossa região, se convertem em mães quando seus corpos ainda não terminaram de crescer. Um ano depois, observamos que as cifras tiveram, em alguns países, uma leve redução. Contudo, o problema persiste e deve ser abordado com urgência, desnaturalizando situações que muitas vezes passam despercebidas ou se aceitam como normais.

A gravidez infantil forçada (GIF) se dá quando uma menina menor de 15 anos fica grávida sem tê-la buscado ou desejado e se lhe nega, dificulta, demora ou obstaculiza a interrupção da gravidez.

Desde 1998, considera-se a gravidez forçada crime de guerra e/ou crime de lesa-humanidade pelo Estatuto de Roma (artigos 7 e 8) quando se comete no marco de um conflito armado. Mas as mulheres que atravessam essa experiência em tempos de paz sofrem também graves consequências, que marcam sua vida para sempre. O custo social é ainda mais alto em tempos de paz, já que durante

gravidez infantil forçada?

as guerras ou conflitos armados a importância das convenções sociais se altera, enquanto em tempos de paz o controle social é mais acentuado, e o estigma e isolamento podem ser maiores.

Para as meninas, uma gravidez forçada pode significar a interrupção de possibilidades futuras e a negação ou restrição de muitos direitos. Esta situação é com frequência ignorada ou minimizada, tanto pela sociedade como pelos estados.

De acordo com o CEVI, a gravidez forçada perpetua na menina a violência sexual e a expõe a novas e reiteradas formas de violência e vulneração de seus direitos humanos, que socavam de igual modo sua integridade pessoal, sua condição de menina e suas possibilidades futuras. O Comitê CEDAW e o Comitê sobre os Direitos da Criança catalogaram a gravidez forçada e os casamentos infantis como práticas nocivas que afetam gravemente os direitos das meninas. Ambos Comitês, em sua Recomendação Geral Conjunta 31, destacam que as práticas nocivas estão profundamente arraigadas nas atitudes sociais segundo as quais se considera as mulheres e as meninas inferiores aos homens e aos meninos com base em funções estereotipadas¹.

O Relator sobre a tortura, em seu relatório de 2016, analisa o impacto da violência sexual na saúde reprodutiva das mulheres e os efeitos agravantes

das negativas de atender suas demandas por parte dos serviços de saúde, que constituem tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. Ademais, afirma que: “As mulheres são vulneráveis à tortura e aos maus-tratos quando buscam assistência médica por sua desconformidade real ou aparente com as funções que a sociedade determina para cada sexo”.²

As causas mais frequentes da gravidez forçada na América Latina e no Caribe são:

a- estupro incestuoso ou por estranhos à família. Em um estudo evidencia-se que a faixa de idade de 10 a 14 anos é a que sofre a taxa mais alta de agressões sexuais, e a idade, em média, na qual as meninas e adolescentes relataram ter sido vítimas pela primeira vez, estima-se nos 11 anos.³ Uma investigação recente reporta que 38% das meninas salvadorenhas de 10 e 12 anos de idade, que tiveram um parto no ano de 2012, informaram que foram obrigadas a manter relações sexuais. Entre os principais perpetradores destas violações destacam-se padrastos e primos.⁴

b- uniões de fato ou casamentos precoces. A prevalência destas uniões varia segundo os países. Muitas destas uniões são forçadas e, devido à diferença de idade e de poder no casal, as meninas estão mais expostas à violência. Em um estudo

feito em El Salvador se determinou que são, sobretudo, as mulheres social e economicamente mais desfavorecidas, menos escolarizadas e que habitam em regiões rurais as que têm mais probabilidades de experimentar uma união precoce. Ademais, 5 de cada 10 meninas unidas precocemente reconheceram sofrer violência dentro das uniões.⁵

c- *relação sexual consentida em que a menina não conhecia as consequências, ou conhecendo-as, não pôde preveni-las.* É o caso de meninas que não tiveram educação sexual, ou havendo tido não puderam ter acesso a métodos de prevenção das gravidezes e de anticoncepção de emergência.

d- *Práticas e costumes que facilitam, promovem ou naturalizam a falta de responsabilidade dos homens na prevenção de gravidezes não desejadas.* É tão comum que a carga de regular a fecundidade recaia sobre as mulheres, que já nos parece normal dirigir o reclamo de anticoncepção e prevenção a nós, deixando de lado a pressão cultural e social que se deveria exercer sobre os varões para que admitam sua responsabilidade no exercício de uma sexualidade que cuide da outra pessoa, não só em relação às gravidezes, mas também às doenças de transmissão sexual.

Em todos os casos há responsabilidade dos Estados; no primeiro, por não ter prevenido a violência sexual contra as meninas; no segundo, por não ter prevenido e/ou impedido as uniões ou casamentos

precoces; no terceiro, por não ter provido infantes e adolescentes das ferramentas necessárias para prevenir uma gravidez; e no quarto, por não promover a corresponsabilidade reprodutiva, não garantir a erradicação de estereótipos e papéis discriminatórios nem promover uma mudança cultural para a igualdade.

Quando não se pode interromper a gravidez, produz-se a **maternidade infantil forçada** (MIF). As causas da MIF são, em geral:

- *A falta de serviços de saúde adaptados às necessidades das meninas, amigáveis e confidenciais que utilizem protocolos específicos para atender a esse problema.*
- *A negativa dos serviços de saúde para interromper as gravidezes infantis.* Em alguns países estendeu-se a utilização do recurso da objeção de consciência para negar acesso a práticas médicas legais (na maioria dos países latino-americanos e caribenhos a relação sexual com meninas se considera violação sexual e o aborto em razão de estupro é legal).
- *Concepções idealizadas da maternidade, que fazem com que muitas meninas, em determinados contextos, creiam que a maternidade é um mecanismo de reconhecimento e autonomia.*

Quais são as cifras?

Há alguma conexão com desigualdade e pobreza?

Em nível mundial, os partos de meninas menores de 15 anos ascendem a 1.100.000 por ano. Em geral, as taxas de fecundidade adolescente são mais altas nas zonas rurais e entre as meninas mais pobres e com menor nível educativo.⁶

As desigualdades de gênero, econômicas e étnico-raciais, entre outras, afetam a capacidade das meninas de exercer todos seus direitos, incluindo o direito à educação e à saúde, especialmente à saúde sexual e reprodutiva. As meninas das zonas rurais, pobres ou de grupos étnicos ou religiosos minoritários estão expostas a um risco ainda maior de não ir à escola que as meninas das zonas urbanas, de recursos econômicos e de grupos étnicos e religiosos majoritários.⁷

As mulheres e meninas dos setores mais pobres têm menos acesso a anticoncepcionais e serviços de saúde reprodutiva. Como resultado, a taxa



de fecundidade das que residem em 20% dos lares mais pobres é quase três vezes superior à das adolescentes de 20% dos lares mais ricos. Ademais, o número de partos entre as adolescentes que residem em zonas rurais é o dobro das que vivem em zonas urbanas.⁸

No Peru, a Pesquisa Demográfica e de Saúde Familiar (ENDES) 2016 teve como resultado que, na área rural, as mães adolescentes ou grávidas pela primeira vez são 22,7%, enquanto na área urbana chegam somente a 9,8%. Ademais, 48,2% de adolescentes eram indígenas da Amazônia e 23,9% pertenciam ao quintil inferior de pobreza.

Apesar das diferenças para o registro de gravidezes e partos entre os países, o CLADEM reuniu a seguinte informação sobre 15 países.

Partos de meninas menores de 15 anos

Países	População total (em milhões)	Ano	Nascimentos de meninas < de 15 anos
Argentina	44.916	2015	2.787
Bolívia	10.887	2016	13.332 (*)
Brasil	206.101	2015	26.700
Colômbia	49.835	2015	6.045
		2016	5.503
El Salvador	6.401	2015	1.444
Guatemala	17.659	Janeiro a junho 2017	1.138
Honduras	8.492	2016	778
México	131.110	2015	10.277
Nicarágua	6.347	2015	1.600
Panamá	4.178	2016	506
Paraguai	6.967	2016	887
Peru	32.937	2015	1.432
		2016	1.162
Porto Rico	3.411	2014	231
República Dominicana	11.005	2016	1.615
Uruguai	3.482	2015	122
		2016	105

Elaboração própria com base em dados oficiais.

Se comparamos estas cifras com as apresentadas no Balanço de Gravidez Infantil Forçada do CLADEM, de 2016, os números de meninas mães teriam diminuído levemente em ao menos 8 países: Argentina, Colômbia, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru e Uruguai. Há que intensificar os esforços para que em poucos anos já não existam.

(*) Bolívia não conta com dados de nascidos vivos de menores de 15 anos, o que impede um seguimento às maternidades infantis. A cifra posta é de gravidezes de meninas menores de 15 anos atendidas nos 9 departamentos do país em 2016.

Fotografia: Lorena Espinoza.



Que custos gera a gravidez infantil forçada?

Quando se produz uma gravidez infantil forçada, a vida da menina se transforma. Tanto seu corpo como sua psiquê enfrentam uma mudança e um conflito que se estende às relações familiares e sociais. As saídas para este conflito são diferentes segundo a classe social da menina, sua origem



étnica racial, a religião e a família. De todos modos, ainda com as variantes que provenham de sua origem e contexto, seus direitos humanos se verão afetados de maneira integral, incluindo sua educação, saúde, ou desenvolvimento de sua sexualidade e sua autonomia física.

Além dos custos pessoais, as gravidezes infantis têm consequências negativas também para os Estados e a sociedade em geral. O custo de oportunidade ao longo da vida, associado à gravidez na adolescência — que se mede calculando a perda de rendas anuais ao longo da vida da

mãe —, vai de 1% do produto interno bruto (PIB) anual da China a 30% do PIB anual da Uganda.⁹

Um estudo específico sobre os custos econômicos da gravidez em meninas e adolescentes demonstrou que estes recaem não só sobre as meninas e suas famílias, mas também sobre os Estados. A gravidez infantil provoca impactos sobre a economia em seu conjunto e sobre a competitividade do país, na medida que envolvem maiores gastos assistenciais desde o Estado e uma perda de captação fiscal de impostos e contribuições. Tanto os *custos diretos* — que incluem o abandono do projeto educativo da adolescente como consequência da gravidez, a assistência médica da gestação, do parto e puerpério e a atenção ao recém-nascido, incluindo as complicações dos eventos obstétricos e da gestação, assim como as consequências dos abortos incompletos — quanto os *custos de omissão*, ou seja, as receitas perdidas em termos de arrecadação fiscal pelo Estado como resultado da deserção educativa das mães adolescentes, afetam a economia da sociedade e do Estado.¹⁰

Custos físicos:

As meninas de 14 anos ou menos sofrem mais complicações durante a gravidez e o parto, que a essa idade são de alto risco. Como em muitos casos ainda não está formado o piso pélvico, os partos são perigosos. Há maiores riscos de sofrer pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ruptura de membranas, parto prematuro e diabetes gestacional. Estas meninas têm 4 vezes mais probabilidades de morrer por causa da gravidez que as mulheres entre 20 e 30 anos, e 5 vezes mais possibilidades de ter fístula obstétrica. Ademais, quando se trata de uma gravidez não desejada,

as investigações mostram que existe um risco social maior para o binômio mãe-filho/a, associando-se com o aborto em condições de risco, o escasso cuidado da saúde durante a gravidez, complicações perinatais, uma probabilidade mais alta de câncer cervical e alguns problemas no desenvolvimento dos meninos/as.¹¹

Custos psicológicos:

Vários estudos demonstraram que além dos riscos físicos, a gravidez infantil tem consequências adversas na saúde mental.¹² Dado que em muitos casos a gravidez se gera por violência sexual, devemos considerar as consequências do abuso, das possíveis ameaças recebidas para não denunciá-lo e do impacto de viver uma gravidez não desejada na saúde mental da menina. Registraram-se sintomas de depressão, ansiedade e, em particular para as que foram atacadas sexualmente, de estresse pós-traumático. Também, uma porcentagem destas meninas pensou no suicídio durante a gravidez.

O Comitê sobre os Direitos da Criança alertou sobre o maior risco que têm as meninas grávidas e puérperas de experimentar sintomas depressivos e desenvolver pensamentos suicidas em comparação com as mulheres adultas no mesmo estado.¹³ Os danos emocionais aumentam quando o abuso sexual da menina foi incestuoso. À violência sofrida se deverá agregar, então, o impacto da crise que se produz ao interior da família, em que muitas vezes as reações dependem do papel que o abusador tem na mesma.

Nem sempre a vítima é escutada e contida por quem tem o dever de protegê-la.

Custos econômicos e no desenvolvimento pessoal:

Cerca da metade das meninas que vivem gravidezes forçadas abandonam a escola. Em caso de retomar, o fazem em sua maioria em espaços de menor nível. Também se dão gravidezes forçadas em meninas que previamente desertaram da escola, seja para se ocupar de tarefas de cuidado, ou cobrir necessidades econômicas da família ou por ingressar em união precoce. O baixo nível educativo dificulta sua inserção posterior ao mercado de trabalho e contribui para que a menina se estanque nos "pisos pegajosos", que impedem ascender a empregos de qualidade.¹⁴

Uma grande proporção destas meninas terá trabalhos informais, sem seguridade social e com baixas rendas. As que ingressem em trabalhos em relação de dependência, provavelmente o façam com salários mais baixos que o de outras jovens solteiras ou sem filhos. As perspectivas são as de uma vida com escasso desfrute de muitos direitos e da geração de um círculo de pobreza que apresenta a estas meninas e seus filhos uma existência com menores oportunidades e potencialidades não desenvolvidas, o que afeta tanto a menina como a sua família e a comunidade.

Devido à alta prevalência de violência sexual entre as causas das gravidezes e maternidades infantis, a maioria das meninas mães não convivem com seus parceiros e recebem apoio principalmente de suas mães e avós. O pai biológico nestes casos não assume sua responsabilidade na

criação, deixando toda a carga do cuidado da criatura à menina e seu entorno.

Muitas destas meninas continuam vivendo com suas famílias, com o que é frequente que sigam convivendo com a pessoa que as violentou.

O fato de não ter podido chegar à educação secundária ou terciária; os empregos com salários pobres e sem seguridade social, o peso das cargas de cuidado da maternidade infantil, influem por sua vez na esfera social, afetando as possibilidades de participação política, acesso à justiça, aos meios de comunicação e a participar da tomada de decisões tanto dentro da família como na comunidade.

No Balanço sobre meninas mães realizado pelo CLADEM¹⁵ pode-se observar os números de nascidos vivos de meninas de 14 anos ou menores. Não é casualidade que os países com maiores cifras sejam os que aparecem com níveis mais altos de desigualdade de gênero, segundo o Índice de SIGI (Instituições Sociais e de Gênero publicado pela OCDE). Lamentavelmente, essa brecha entre os gêneros não só não diminuiu, senão que dos 142 países que o índice abarcou em 2016, em 68 se registraram brechas entre os gêneros superiores às do ano anterior.¹⁶

Isto deve se situar, por sua vez, no contexto de uma região que tem os índices mais altos de desigualdade em todos os aspectos. Estas brutais desigualdades são a causa principal da violência social que tem repercussões

importantes na vida das mulheres e das meninas, seja exercida de maneira individual ou coletiva, por meio de quadrilhas, gangues ou bandos. Estas organizações não nascem como fruto da maldade de seus integrantes, alguns dos quais, às vezes, não alcançam os 10 anos de idade, mas das desigualdades econômicas, étnico-raciais, educativas e sociais obscenas que prevalecem na região.



Fotografia: Lorena Espinoza.



Fotografia: Lorena Espinoza

Qual é a resposta estatal?

Devido a sua complexidade, a prevenção da gravidez infantil requer múltiplas políticas, programas e ações por parte do Estado, que deveriam ser coordenadas entre distintos ministérios. Entre todos esses programas, um crucial é o de Educação Sexual Integral.

Atualmente já se conta com dados concretos que indicam que os programas de educação sexual têm— quando se implementam adequadamente e de maneira integral— um efeito positivo no empoderamento de meninas e meninos, que podem se opor com maiores recursos aos abusos e às relações sexuais não desejadas.

Ademais, contribuem à prevenção da discriminação e à aquisição de capacidades para o exercício de uma sexualidade saudável, responsável e protegida contra doenças de transmissão sexual. Também se comprovou que atrasam o início da atividade sexual entre as e os adolescentes e melhoram o uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes sexualmente ativos/as reduzindo, desse modo, a prevalência da gravidez em adolescentes.

Contudo, a implementação destes programas se vê dificultada na maioria dos países da região, devido, principalmente, a pressões de setores



conservadores. A investigação realizada pelo CLADEM, em 15 países, produz os seguintes resultados:

A **Argentina** conta, desde 2006, com a Lei 26.150 que estabelece a obrigatoriedade do tratamento da educação sexual integral em todas as escolas do país, sejam de gestão estatal ou privada, e a criação de um Programa de Educação Sexual Integral como instância de implementação de estratégias e atividades. Quanto à implementação, esta é insuficiente, ainda que algumas províncias e em alguns momentos se teve melhor alcance. Com a mudança de governo, em dezembro de 2015, o panorama da Educação Sexual Integral se apresenta regressivo. Por Decreto de Necessidade de Urgência mudou-se a estrutura do Ministério de Educação, e os programas, incluído o ESI, perderam protagonismo.

Despediram-se muitos empregados, já não se imprimem mais materiais, nem se realizam formações docentes nem monitoramentos por parte do Ministério de Educação Nacional às províncias. Houve uma entrega de responsabilidade da Nação às províncias, sem recursos, seguimento nem estratégia. Ademais, há maior nível de subexecução orçamentária do programa. Na atualidade, discute-se o orçamento nacional para 2018, e não há expectativa de incremento de dotações, pelo contrário, reduções substantivas.

Na **Bolívia** não há programa integral de educação sexual. Ainda que no currículo base de educação formal atual se incorpora, no Componente "Cosmovisão e Identidade", o parágrafo de saúde, e alguns docentes abordam parcialmente o tema de saúde sexual e reprodutiva, este não é um mandato institucional do Ministério de Educação Plurinacional. Em que pese este Ministério tenha trabalhado durante alguns anos o Plano Plurinacional de Sexualidade Integral para o sistema plurinacional de educação, este nunca foi promulgado nem aplicado aos distintos currículos educativos.

O **Brasil** incluiu a educação sexual no currículo nacional do Ministério de Educação, desde 1996, para as escolas primárias e secundárias. Não era obrigatória, mas só sugerida. Ademais, estava descentralizada, razão pela qual variava segundo os estados. Apesar disso, cerca de 45% das escolas chegaram a contar com programas de ESI. Contudo, em 2015 se iniciou uma campanha em todos os estados, coordenada por partidos

conservadores e políticos evangélicos, para retirar a palavra gênero nos Planos Estaduais e Municipais de Educação, suprimindo temas como a educação sexual, a orientação sexual e outros dos planos de educação. Atualmente, as legislaturas estaduais estão eliminando as normas sobre Educação Sexual em quase todo o país.

A **Colômbia** conta com várias normas e programas que se referem à educação sexual, como a Resolução 3353, de 1993, do Ministério de Educação (Obrigatoriedade da Educação Sexual em todas as Instituições educativas do país), a qual estabelece que a mesma dar-se-á em todos os estabelecimentos educativos do país em nível pré-escolar, básico primário, básico secundário e médio vocacional. Apesar destes mandatos normativos, aparecem obstáculos nas escolas para desenvolver os Projetos Pedagógicos de Educação para a Sexualidade, em sua maioria relacionados com carência de material educativo, a falta de formação dos docentes e um enfoque reduzido ao planejamento familiar.

Em **El Salvador**, o Ministério de Educação conta com documentos para o alinhamento do currículo oficial em EIS com os critérios do Consenso de Montevideu e os padrões internacionais sobre a matéria. Contudo, estes não se aplicam. A capacitação do pessoal docente e das pessoas adolescentes e a sensibilização dos pais e mães de família não têm avançado no ritmo requerido. Os docentes capacitados representam somente 6% do total. Não se destinou orçamento por parte do governo para implementar a EIS, só foram realizadas ações pontuais financiadas com fundos

da cooperação internacional, o que compromete sua sustentabilidade.

Na **Guatemala**, nos anos 2008-2011, implementou-se a estratégia Prevenir com educação, dando cumprimento à Declaração Ministerial para a incorporação da Educação Integral em Sexualidade-EIS no sistema educativo. Segundo o monitoramento das organizações sociais, em 2011 teve-se um avanço de 55% da implementação da estratégia, contudo, de 2012 a 2017 não se registram avanços, nem dotações orçamentárias, mas sim uma grande oposição às liberdades das mulheres.

Honduras conta com uma matrícula de 1.973.241 estudantes, distribuídos em 25.983 centros educativos. Atualmente, só em 4,06% dos centros educativos se implementam os guias de educação em sexualidade, denominados Guias "Cuidando Minha Saúde e Minha Vida". De 2011 a 2016 registram-se 22.750 docentes, em nível nacional, certificados no curso de Educação Integral para implementação dos guias em sala de aula, mas a Secretaria de Educação não conta com um indicador de qualidade que permita avaliar em que medida se implementa.

No **México**, de acordo com estimativas realizadas pela Secretaria de Educação Pública, 71,1% das estudantes mulheres (matriculadas em idade ideal) de 4º, 5º e 6º anos, receberam educação integral da sexualidade no período 2015-2016. A porcentagem de estudantes varões matriculados que recebem Educação Integral em Sexualidade (2015-2016) é de 69,2%.¹⁷

Nicarágua conta com um currículo escolar em que se integrou a educação sexual desde um conceito biologicista. Ademais, o currículo nacional básico de 2009 só dedica dois parágrafos à educação da sexualidade, em específico no capítulo dos eixos transversais. Este documento é o mais recente sobre a abordagem do tema nos colégios e enuncia que “a educação da sexualidade é parte indispensável da educação de qualidade, a qual deve ser integral e necessária para o desenvolvimento harmônico das pessoas” e que “a educação da sexualidade começa a se estudar na Nicarágua a partir do terceiro ano, quando os estudantes têm entre 8 e 9 anos”. Segundo especialistas, no primário só há uma unidade, onde se abordam unicamente temas anatômicos referentes às mudanças experimentadas na adolescência. No secundário, o currículo está orientado à abordagem das doenças de transmissão sexual e à paternidade responsável.

O **Panamá** não conta com uma lei de educação sexual e, embora existam iniciativas de programas de inclusão no currículo deste tema na educação pública, sempre houve resistências.

O **Paraguai** está experimentando um forte retrocesso em matéria de educação sexual, devido à pressão de setores conservadores sobre o Ministério de Educação e Ciências que, mediante Resolução N° 29.664, de 5 de outubro de 2017, “proíbe a utilização de materiais tanto impressos como digitais referentes à teoria e/ou

ideologia de gênero nas instituições educativas dependentes do Ministério de Educação e Ciências”. A proibição implicou a retirada imediata de mais de 90.000 exemplares de materiais dirigidos à educação escolar básica: 7o, 8o e 9o anos que tinham sido publicados, desde o ano de 1995, no marco do Programa PRIOME, e se contradiz com a aprovação, em maio do ano de 2017, do Programa Ñaneñe’eke de prevenção educativa da não violência sexual e da gravidez na adolescência para os distintos níveis/modalidades do sistema educativo nacional, onde se reconhecia que garantir a educação sexual integral é uma obrigação constitucional.

No **Peru**, a educação sexual integral, desde um enfoque de gênero e direitos humanos, é parte das políticas públicas há algumas décadas. Atualmente vigoram as “Diretrizes Educativas e Orientação Pedagógica para a Educação Sexual Integral” (2008), que oferecem pautas para que os/as docentes desenvolvam adequadamente as ações pedagógicas. Incluem o enfoque de gênero e sobre educação sexual integral presente no Currículo Nacional de Educação Básica. Lamentavelmente, só 23% de docentes mencionou ter sido capacitado pelo Estado nos últimos três anos, ao que se soma que 77% relatou que a principal dificuldade que tem para dar educação sexual é a falta de recursos e materiais didáticos, e 55% destacou a falta de formação ou conhecimento suficiente. Segundo um estudo elaborado pela Universidade Cayetano Heredia em 2016, 42% dos colégios situados em Lima, Ayacucho e Ucayali ensinam educação sexual sem fazer referência ao Currículo Nacional, da mesma forma que 27% de docentes que aceitaram dar Educação Sexual. Isto possibilita o

uso de enfoques não apropriados ou a difusão de estereótipos e ideias preconceituosas sobre a sexualidade.

Porto Rico conta com leis e políticas públicas que asseguram a educação sexual. Conta com um Modelo de Educação para a Saúde Sexual Integral que propõe “uma visão integral, afirmativa e de respeito da sexualidade, que evite culpabilizá-la, trivializá-la ou ridiculizá-la.” Lamentavelmente, na atualidade isto não se cumpre cabalmente quanto à relação entre educação sexual e equidade de gênero, e nos últimos anos a ênfase tem sido na educação sobre abstenção sexual. Na atualidade, as cartas circulares do Departamento de Educação para a educação com perspectiva de gênero, assim como as garantias a estudantes transexuais foram derogadas.

Na **República Dominicana** o Programa de Educação Afetivo Sexual (PEAS) tem sido executado desde 1996 pelo Ministério de Educação. Não é um programa de educação sexual integral e, segundo avaliação realizada pelo UNFPA em 2012, apenas 9 de cada 100 escolas implementou nesse ano escolar o PAES, que chegava só a 7% da população estudantil. Não houve uma revisão deste programa, pelo que atualmente o país segue sem ter acesso à educação sexual integral e não há cifras da implementação do PEAS mais recentes.

O **Uruguai** atualizou, em julho de 2017, por meio do Conselho de Educação Inicial e Primária (CEIP), um Guia para tratar a educação sexual em seus centros educativos, no qual recomenda como ensinar esses temas desde a teoria e a prática. O guia tem como marco a Lei 18.437 e propõe a escola como o âmbito privilegiado para derrubar os estereótipos e crenças sobre a sexualidade, o corpo e a reprodução, com informação oportuna e cientificamente validada. Contudo, alguns dos conceitos e atividades propostas geraram polêmica e a reação de setores conservadores foi muito forte, especialmente da igreja católica. Organizações que se autodenominaram “Com meus filhos não te metas” marcharam sob esse lema, repudiando o guia.

Resumindo, podemos ver que na maioria dos países existe algum programa para transmitir educação sexual. Contudo, em todos eles, em maior ou menor grau a implementação é deficiente e/ou parcial: abarca somente uma porcentagem de estudantes, não conta com um seguimento efetivo do estado, não há suficientes materiais nem capacitação docente.

Propostas e demandas e chamado de ação mundial

Há dois anos o CLADEM está impulsionando uma campanha para visibilizar as gravidezes infantis forçadas, denunciá-las e buscar propostas para sua diminuição e erradicação. Neste lapso, incrementaram-se as investigações sobre o tema, especialmente nos organismos intergovernamentais. Assim, na OEA, o MESECVI publicou, em 2017, seu estudo a respeito no Relatório Hemisférico sobre Violência

Fotografia: Lorena Espinoza.



Sexual e Gravidez Infantil nos Estados Partes da Convenção de Belém do Pará.

Nas Nações Unidas, o UNFPA publicou vários relatórios com dados e análises de gravidezes e maternidades infantis de menores de 15 anos.

Este tema foi debatido em espaços como, por exemplo, a Comissão sobre a Situação da Mulher, na sessão de 2017, em articulação com o governo do Uruguai; a reunião do CEVI em Lima, em 2016, onde se decidiu elaborar o relatório já citado.

O tema foi motivo de uma audiência solicitada por parte de organizações da sociedade civil de vários países ante a Comissão Interamericana de

Direitos Humanos. As organizações sociais estão incluindo, ademais, de maneira crescente, esta preocupação em seus programas. Em vários países tem-se discutido o tema e intensificado algumas medidas.

Contudo, isto ainda é insuficiente. O problema é mundial e nos serve de espelho para observar a situação de milhares de meninas cujos caminhos têm sido cobertos de obstáculos.

É imprescindível organizar alianças para promover um alerta maior sobre este tema e gerar políticas de prevenção que envolvam todas as áreas de governo. Devem se adequar tanto os marcos jurídicos como as respostas da justiça, do setor saúde, educação e desenvolvimento.

CLADEM faz um apelo: trabalhar em conjunto para erradicar este problema.

CONSTRUAMOS ALIANÇAS. Devemos unir forças, conhecimentos e recursos para conhecer a fundo, abordar as causas e encontrar soluções que permitam às meninas da região uma infância feliz.

INCLUAMOS O PROBLEMA DA GRAVIDEZ INFANTIL de maneira específica no seguimento do CONSENSO DE MONTEVIDÉU

EXIJAMOS PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS para enfrentar este problema, que impliquem o envolvimento de todos os setores de governo.

DENUNCIEMOS os altos índices de impunidade da violência sexual, ao redor de 98 % em quase todos os países.

Referências

- 1 OEA-MESECVI - Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará - Octubre 2016. <http://oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-EmbarazoInfantil-ES.pdf>
- 2 Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/31/57,5 de enero 2016. Disponible em: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361.pdf>
- 3 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Salud (MINSAL); Instituto Nacional de Salud (INS); Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU); Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA); Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE), Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos. El Salvador 2015. Informe Final. San Salvador, El Salvador, noviembre de 2016.
- 4 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El costo económico de embarazo en niñas y adolescente, El Salvador 2017.
- 5 Op.cit. en nota iii
- 6 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017.
- 7 Op.cit. en nota vi
- 8 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017.
- 9 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017. También, ver Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El Costo Social del embarazo y uniones tempranas en niñas y adolescentes. El Salvador 2017. Primera edición El Salvador, julio de 2017.
- 10 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El costo económico de embarazo en niñas y adolescente, El Salvador 2017.
- 11 Op.cit. en nota iii
- 12 Entre outros: Patel, Payal H., and Bisakha Sen (2012). Teen motherhood and long term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, No. 5, pp.1063-1071; Hodgkinson, Stacy, and others (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, vol. 133, No. 1, pp. 114-122, doi:10.1542/peds.2013-0927.
- 13 Comité de los Derechos del Niño. Comentario General No. 4: Salud adolescente y desarrollo. U.N. Doc. CRC/GC/ 2003/4, 27 (Julio 2003).
- 14 À diferença dos “tetos de cristal” que freiam o ascenso, os “pisos pegajosos” estão no extremo oposto. Padecem-no aquelas mulheres com maternidades precoces, nível de educação formal baixo, provenientes de lares de baixa renda, para as quais depois custa encontrar lugares de trabalho bem remunerados ou ascender no emprego.
- 15 CLADEM, Embarazo y Maternidad Infantil Forzados en América Latina y el Caribe, Asunción, febrero 2016.
- 16 UNFPA- Estado de la Población mundial 2017. Nueva York, 2017. Os países da região, com diferenças de gênero máximas são, de maior a menor: Nicarágua, Haiti, Jamaica, Guatemala, Honduras, Colômbia e Peru. Com diferenças de gênero medianas: Paraguai, Bolívia, Costa Rica, El Salvador, Brasil, Equador, Venezuela, Panamá e República Dominicana, e com diferenças de gênero baixas: Cuba e Argentina.
- 17 Estimaciones de la SEP con base en Estadísticas y formatos DGPPyEE, SEP y Proyecciones de Población a mitad de año CONAPO 1990-2030. Versión abril 2013.



SIGRID RAUSING TRUST

