



# NEGLIGENCIADOS E DESINFORMADOS: SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES JOVENS

## AS REALIDADES:

- Em diversos países, um quarto ou mais dos meninos e das meninas tornam-se sexualmente ativos antes de completarem 15 anos, muitas vezes involuntariamente.
- Para as meninas de muitos países em desenvolvimento, a iniciação sexual precoce ocorre dentro de casamentos arranjados. Para os meninos, isso praticamente nunca acontece.
- Casadas ou não, as meninas jovens sexualmente ativas são particularmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), HIV/AIDS e gravidez de risco.
- Todos os jovens precisam de informações e aptidões para se protegerem de danos e para tomarem decisões livres, informadas e responsáveis a respeito de sexo e reprodução.
- O acesso precoce e universal à educação sexual exata e abrangente nas escolas é raro, mas muito importante.
- Os serviços de saúde raramente reconhecem ou atendem às necessidades dos adolescentes jovens antes, ou mesmo depois, de eles se tornarem sexualmente ativos.

Os adolescentes de 10 a 14 anos representam 9% da população mundial e 15% da população em alguns países de renda baixa e média.<sup>3</sup> O reconhecimento das realidades da vida das meninas e meninos adolescentes jovens – e especialmente sua necessidade de conhecer seus corpos e seus direitos e responsabilidades sexuais – é essencial para a construção dos fundamentos de uma passagem segura pela adolescência a caminho da vida adulta. Entretanto, os comentários sobre a saúde sexual e reprodutiva e os comportamentos dos adolescentes ou jovens adultos muitas vezes se referem às idades de 15-19 ou 15-24 e os programas e políticas geralmente se destinam a esses grupos mais velhos. Este resumo informativo focado nos aspectos negligenciados e não informados da vida sexual e reprodutiva dos jovens adolescentes tem como objetivo informar a respeito da formulação de políticas e da programação para essa importante nova geração.

## POR QUE ENFOCAR OS ADOLESCENTES JOVENS?

O início da adolescência marca a eclosão da puberdade com todas as mudanças psicológicas e emocionais que esse período envolve, tais como o rápido crescimento físico, o surgimento da libido e dos interesses sexuais e o amadurecimento dos órgãos reprodutivos. É uma época de intensa socialização em atitudes e comportamentos característicos de cada gênero. Meninos e meninas dessa faixa etária têm uma elevada capacidade para o entusiasmo, energia e idealismo e estão adquirindo maior competência social e intelectual. Ao mesmo tempo, sua saúde sexual e reprodutiva enfrenta muitos riscos, cuja natureza, causas e conseqüências estão muito relacionadas com o gênero.

- Na maioria dos países em desenvolvimento as meninas estão atualmente amadurecendo fisicamente com menos idade do que antes, devido à melhoria da nutrição e das condições de vida. Em cenários tão diferentes quanto os do Brasil, Chile, República Dominicana, México, Venezuela, Egito, Irã, Índia, Indonésia e Tailândia, as meninas com melhor situação socioeconômica estão começando a menstruar em média com 12,5 anos de idade, ou menos – a mesma idade (ou até menos) que suas contrapartes na Europa e América do Norte.<sup>4</sup> Os primeiros sinais visíveis de amadurecimento sexual, tais como o surgimento de mamas, podem aparecer aos 9 ou 10 anos apenas.<sup>5</sup>
- O início da menstruação não é um indicador suficiente de que uma menina esteja preparada fisiológica e psicologicamente para a relação sexual. O desenvolvimento ósseo e muscular de uma menina ainda está incompleto e ganhos de altura e peso, o pleno desenvolvimento da pélvis, das mamas e do útero, bem como o amadurecimento e lubrificação da cérvis e da vagina ocorrem, na maioria das vezes, *após* o início da menstruação.
- A relação sexual antes do amadurecimento completo da menina pode ser extremamente dolorosa – especialmente quando forçado – por causa do pequeno diâmetro, pouco comprimento, falta de elasticidade e de lubrificação da vagina, sem mencionar o choque emocional que pode acarretar quando há uso de violência. Abrasões e lacerações aumentam o risco de a menina adquirir DSTs, tais como sífilis ou o vírus do papiloma humano (HPV) e HIV, de um parceiro infectado.<sup>6</sup>
- A gravidez precoce, antes que os ossos da pélvis e o canal do parto estejam totalmente desenvolvidos, expõe as meninas a riscos mais elevados de abortamentos precoces e complicações obstétricas, tais como hipertensão arterial induzida pela gravidez, distócia e trabalho de parto prolongado, laceração vaginal, fístula obstétrica, hemorragia pós-parto e morte materna.<sup>7</sup> Também é uma causa de parto prematuro, bebês com baixo peso ao nascer, expulsão de feto morto e morte do recém-nascido.
- Os meninos iniciam a puberdade e entram na etapa do desenvolvimento de crescimento máximo da altura e do peso, bem como da capacidade cognitiva em média cerca de 1,5 a 2 anos mais tarde do que as meninas.<sup>8</sup> A primeira ejaculação consciente do menino, aproximadamente aos 13-15 anos de idade, é geralmente considerada um marco da puberdade masculina, equivalente ao início da menstruação nas meninas. Fortes descargas de testosterona durante a puberdade afetam a consciência sexual masculina e a libido e estão relacionadas ao pensamento criado pela sociedade de dominação masculina e sobre assumir riscos de maneiras complexas e que se reforçam mutuamente.<sup>9</sup>
- Os adolescentes jovens de ambos os sexos, mas particularmente as meninas, são vulneráveis a violações de seus direitos sexuais por colegas e adultos, inclusive membros da própria família. Ao mesmo tempo, um desejo de aceitação pela sociedade, somado a idéias de infalibilidade levam alguns deles, especialmente os meninos, a adotarem comportamentos sexuais e outros comportamentos de risco com surpreendente desprezo pelas conseqüências para si próprios e para os outros.

### QUEM SÃO OS “ADOLESCENTES JOVENS”?

Nós definimos todas as meninas e meninos dos 10 aos 14 anos de idade como *adolescentes jovens*. Alguns relatórios referem-se aos jovens na faixa de 10 a 14 anos como *adolescentes muito jovens*, enquanto outros fazem distinções diferentes.<sup>1</sup> A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) classifica a faixa dos 9 aos 12 anos entre as meninas como pré-adolescência e dos 12 aos 14 como *adolescência precoce*, em comparação com as faixas de 10 a 13 e 13 a 15 para os meninos.<sup>2</sup> Contudo, os dados estatísticos quase nunca são apresentados dessa forma. Por questões de conveniência, a idade de 10 a 14 é utilizada aqui para se referir à adolescência precoce, com o entendimento de que a natureza, o momento e o ritmo do desenvolvimento sexual, emocional, cognitivo e físico variam entre pessoas do sexo masculino e feminino, entre populações e grupos sociais e de um indivíduo para o outro.

A premissa de que meninos e meninas com menos de 15 anos são “jovens demais” para necessitar de informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva ignora essas realidades e nega aos jovens o conhecimento prático e as aptidões de que necessitam para protegerem a si e aos seus parceiros das DSTs/HIV, gravidez, aborto ou parto sem segurança, além de abuso ou violência sexual. Os adolescentes jovens têm o direito de receber informações abrangentes, educação, serviços de saúde e outros tipos de apoio social e legal durante essa importante etapa de formação de sua vida.

## INICIO DAS ATIVIDADES SEXUAIS

São poucas as evidências do que os jovens adolescentes sabem, sentem, acreditam e fazem (ou fizeram a eles) com relação aos seus corpos e o surgimento de seus interesses sexuais. A pesquisa sobre as atitudes e comportamentos sexuais é muito suscetível, e até mesmo tabu, em alguns países e, muitas vezes, os pais, professores, formuladores de políticas, prestadores de cuidados de saúde e outros guardiães discordam dessas investigações. Contudo, surgiram algumas conclusões interessantes.

- Estudos qualitativos em diversos cenários concluem que os adolescentes jovens do sexo masculino e, algumas vezes, do sexo feminino, consideram as atividades sexuais participativas, incluindo sexo oral e anal, como “brincadeira” ou “diversão”, ou como “nada de especial”.<sup>10</sup> Ademais, as meninas e alguns meninos são especialmente vulneráveis à coerção sexual durante os primeiros anos da adolescência.<sup>11</sup> As normas de comportamento masculino baseadas no gênero também podem incentivar os meninos a serem transgressores nessa idade. A exposição à coerção sexual e à violência, associada às tensões sociais, econômicas e pessoais e às privações na família e na comunidade, podem contribuir para episódios subseqüentes de sexo não-consensual e sem proteção, múltiplas parcerias sem proteção, DSTs/HIV, gravidez involuntária, perda de auto-estima, e outras conseqüências negativas de ordem física, social e emocional.<sup>12</sup>
- As Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS), conduzidas em cerca de 60 países em desenvolvimento, demonstram que 25% ou mais das meninas de 15 a 19 anos de idade iniciaram relações sexuais heterossexuais vaginais antes dos 15 anos de idade (quase todas no casamento) no Níger, Guiné, República Central Africana, Moçambique e Bangladesh e 10% ou mais (dentro ou fora do casamento) em muitos outros países da África Subsaariana, Índia, grande parte da América Latina e Caribe, Suécia e Estados Unidos.<sup>13</sup>
- Entre os meninos de 15-19 anos, 25% ou mais tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de idade no Gabão (48%), Mali, Zâmbia, Malaui, Quênia e Namíbia, bem como no Haiti, Nicarágua, Jamaica, Brasil e Estados Unidos. Esse percentual foi de 10% ou mais em muitos outros países. Estudos na Jamaica, Brasil e Estados Unidos revelam números substanciais de meninos de famílias de baixa renda que tiveram (ou disseram ter tido) relações sexuais aos 12 anos, ou menos.<sup>14</sup>

### Um elevado percentual de adolescentes tanto do sexo masculino quanto feminino na faixa de 15 a 19 anos tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de idade em algumas regiões e países do mundo.

(Medianas e variação entre países dentro da região)

	Intercurso M	Intercurso F	Casamento F	Nascimento F	M/F nº de países
Oeste da África e África Central	11% 4-48%	20% 3-30%	8% 0-27%	3% 0-7%	12/15
Leste e Sul da África	14 0-39	14 3-28	5 0-14	2 0-5	12/15
Norte da África e Oriente Médio	1 0-1	1 1-2	1 1-2	0 0-0	2/5
Repúblicas da Ásia Central	6	0 0-1	0 0-0	0 0-0	1/4
Sul e Sudeste da Ásia	3 0-20	5 0-26	5 0-26	1 0-6	3/8
América Latina e Caribe	16 15-34	10 5-14	4 2-10	1 1-3	5/8

Fonte: Pesquisas Demográficas e de Saúde

- Além disso, pelo menos uma entre 10 meninas na faixa de 15-19 anos já estava casada ou vivendo em união informal aos 14 anos, ou menos, no Níger, Moçambique, Bangladesh, Índia, Nepal, República Dominicana e Nicarágua, o que as coloca diante de um elevado risco de ameaça à vida por gravidez precoce.

## O QUE OS ADOLESCENTES JOVENS SABEM?

A maioria das pesquisas que investigam o conhecimento, as atitudes e práticas sexuais e reprodutivas de jovens adolescentes (geralmente entre os 12 e os 14 anos) em comparação com os adolescentes mais velhos, revela uma ampla falta de informação, de aptidões e preparo cognitivo para a relação sexual entre os grupos mais jovens.<sup>15</sup> Embora os adolescentes mais velhos também necessitem de mais informações sobre sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos, os adolescentes mais jovens têm mais probabilidade de terem:

- uma compreensão limitada acerca dos significados de algumas das perguntas feitas, além de considerável falta de informação sobre diversas práticas sexuais e seus riscos;
- níveis mais baixos de informação e muitos conceitos errados sobre formas de evitar a gravidez e métodos anticoncepcionais;
- dependência de colegas igualmente desinformados ou irmãos ou primos mais velhos, ligeiramente mais bem informados, para obter informações sobre sexo em lugar de fontes da mídia ou adultos confiáveis;
- um conhecimento bastante elevado sobre HIV/AIDS, mas muito poucas informações a respeito dos sintomas, modos de transmissão e prevenção do HIV e outras DSTs;
- compreensão limitada acerca do conceito de saúde reprodutiva e baixos níveis de informação sobre anatomia e fisiologia reprodutiva;
- muito pouco uso de preservativos, pouco conhecimento sobre onde obtê-los ou acerca de como usá-los corretamente entre aqueles que são sexualmente ativos;
- uma tendência mais elevada entre os meninos mais jovens de mencionar a pressão dos colegas, a gratificação física ou a curiosidade em vez de relacionamentos com namoradas como o motivo de terem relações sexuais;
- uma probabilidade maior entre os meninos e meninas mais jovens de sua iniciação sexual ter sido indesejada ou forçada por uma pessoa mais velha;
- ligações mais fortes com os papéis convencionais dos gêneros e os padrões de comportamento sexual;
- um sentido menor de auto-eficácia com relação aos direitos sobre o próprio corpo.

Os adolescentes jovens do sexo masculino e feminino de praticamente todos os países e grupos sociais estão ávidos para aprender sobre as mudanças pelas quais seu corpo está passando, suas aptidões sexuais e reprodutivas e sobre amor e relacionamentos românticos. Um programa de Educação sobre Saúde Reprodutiva para adolescentes a partir dos 12 anos em Bangladesh, por exemplo, concluiu que os meninos e as meninas queriam aprender sobre menstruação, gravidez, DSTs e HIV, planejamento familiar, desejo sexual feminino e masculino, amor e sobre a escolha do parceiro, mesmo que, em muitos casos, os parceiros desses jovens não sejam escolhidos por eles.<sup>16</sup>

## RESPOSTAS ÀS POLÍTICAS E AOS PROGRAMAS

Acordos internacionais afirmam que *todos* os adolescentes – inclusive os jovens – têm direito a receber informações, educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva apropriados para sua idade que lhes permitam lidar de forma positiva e responsável com sua sexualidade.<sup>17</sup> Tanto a educação formal quanto a informal deve promover relacionamentos baseados na igualdade de gênero e respeito mútuo, bem como permitir que os adolescentes se protejam contra a gravidez precoce e indesejada, DSTs/HIV e abuso e violência sexuais.

Segundo tais acordos, o acesso dos adolescentes às informações e serviços *não poderá ser restringido* por barreiras discriminatórias de ordem legal, normativa ou social com base na idade ou estado civil, ou por atitudes negativas

dos prestadores de cuidados de saúde. Todos os programas devem preservar os direitos dos adolescentes à privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento informado.

**Educação sobre a sexualidade:** Uma educação sobre a sexualidade eficaz, abrangente e contínua, baseada nos princípios de direitos humanos e igualdade de gênero e que responda às perguntas dos jovens adolescentes é necessária com urgência nas escolas e outros locais, inclusive programas fora da escola. Outros modos de comunicação e aprendizado incluem a mídia impressa (especialmente revistas que fazem sucesso entre os adolescentes); programas de rádio e televisão voltados para adolescentes; linhas diretas para perguntas e respostas pelo telefone e Internet.

- Uma educação sobre sexualidade e relacionamentos inserida no currículo escolar deve começar nas primeiras séries do ensino fundamental e ser intensificada nas séries mais adiantadas do ensino básico e no ensino médio.<sup>18</sup> Aos 12 anos, mais de 85% de todas as crianças nos países em desenvolvimento estão na escola.<sup>19</sup> Entretanto, a frequência pode cair rapidamente após os 12 anos em consequência da ampliação das desigualdades baseadas no gênero, situação econômica da família e tipo de residência, rural ou urbana.<sup>20</sup>
- Os programas que ressaltam a abstinência sexual como uma escolha positiva para meninas e meninos com menos de 15 anos (supondo que tal escolha seja possível) devem também fornecer informações precisas e imparciais sobre DST/HIV e prevenção da gravidez.
- Currículos classificados por idade, que alcancem os meninos e as meninas *antes* que se tornem sexualmente ativos segundo qualquer definição, precisam tratar não apenas dos aspectos fisiológicos da sexualidade e reprodução, mas também dos aspectos emocionais das relações de intimidade, diversidades de expressões sexuais, auto-estima, bem como capacidade de negociação e de tomada de decisão.<sup>21</sup>
- Os adolescentes abaixo dos 15 anos, precisam de informações, aptidões práticas e apoio familiar, social e jurídico que lhes permitam tomar decisões informadas – inclusive a recusa de casamento forçado – e proteger-se contra todas as formas de assédio sexual, coerção e violência na família, escola e comunidade. Os adolescentes mais jovens – tanto meninos quanto meninas – precisam de espaços seguros onde possam fazer perguntas, conversar com outros adolescentes e com adultos confiáveis e obter as informações e o apoio necessários para reforçar as mudanças positivas em suas atitudes e comportamentos.

**Serviços de saúde sexual e reprodutiva:** Os prestadores de serviços de saúde sexual e reprodutiva, tais como anticoncepcionais, testes e orientação sobre DST e HIV, preservativos e cuidados relativos ao aborto, muitas vezes hesitam em atender aos adolescentes jovens (ou a qualquer pessoa solteira) e podem recusá-los completamente.<sup>22</sup> Em alguns casos, essa discriminação fundamenta-se em políticas que restringem o acesso de menores aos serviços de saúde sem o consentimento dos pais; em outros, baseia-se em valores culturais, na falta de conhecimento ou negação da necessidade ou nos temores dos próprios prestadores de serviços.

- Os limites entre os direitos dos adolescentes de tomarem as próprias decisões e os direitos dos pais de decidirem por eles são contestados em quase todos os lugares. Entretanto, as evidências sugerem que o fato de recusar informações e serviços cruciais a pessoas jovens não as protege contra o mal. Em vez disso, aumenta a probabilidade de se a iniciação sexual ocorrer e, quando ocorrer, ser de forma desprotegida.<sup>23</sup>
- Os pedidos feitos pelos adolescentes jovens aos prestadores de saúde ou fornecedores, tais como produtos farmacêuticos, informações, serviços ou suprimentos, inclusive pedidos de preservativos e outras formas de contracepção, indicam uma capacidade de tomar decisões responsáveis e devem ser respeitados sem discriminação quanto à idade, gênero ou estado civil.<sup>24</sup>

**Outras respostas às políticas e aos programas:** São necessárias intervenções para promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes jovens em diversos cenários, não apenas nas escolas e nos serviços de saúde, mas também nas esferas nacional e estadual de governo e nas comunidades, bairros e famílias. A eliminação de todas as formas de abuso sexual e tráfico de crianças onde quer que seja encontrado e de casamentos forçados e casamentos de crianças é uma prioridade urgente. É necessário maior atenção em quase todos os lugares para especificar as carências dos diferentes grupos de jovens para elaborar e implementar programas holísticos que construam suas aptidões, confiança,

base de conhecimentos e agenciamento pessoal e para treinar professores, assistentes sociais, prestadores de cuidados de saúde, pessoal de aplicação da lei e outros na comunidade para atender com mais eficácia às necessidades e preocupações dos adolescentes jovens.<sup>25</sup> A documentação pormenorizada dessas iniciativas, inclusive a pesquisa de linha de base e avaliações sistemáticas do conteúdo, processos e resultados, pode ajudar a construir a base de evidências para a próxima geração de políticas e programas de saúde sexual e reprodutiva das quais dependerá o futuro de tantos adolescentes jovens.

## AGRADECIMENTOS

As informações apresentadas aqui foram compiladas e analisadas por Ruth Dixon-Mueller, que também é autora deste relatório. Adrienne Germain, Beth Fredrick, Kate Bourne, Jennifer Kidwell e Cami Hilsendager auxiliaram nesta preparação. Agradecemos aos revisores: Ann E. Biddlecom, the *Guttmacher Institute*, Estados Unidos; Shehu Idris, *International Centre for Reproductive Health and Sexual Rights* (Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva e Direitos Sexuais) (INCRESE), Nigéria; Yara Jarallah, membro da *Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights* (Coalizão da juventude para os direitos sexuais e reprodutivos) (YCSRR), Palestina; Shireen Jejeebhoy, Conselho da População, Nova Déli; Laura Villa Torres, *Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights* (YCSRR), México.

---

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Erica Chong, Kelly Hallman e Martha Brady, *Investing When It Counts. Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents, Guide and Tool Kit* (Nova York: Population Council, 2006).
- <sup>2</sup> Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *Youth, Choices and Change* (Washington, DC: OPAS, 2005).
- <sup>3</sup> Population Council, *A summary of selected DHS data on very young adolescents*, <http://www.popcouncil.org/gfd/gfdcountries.html> (inclui tabelas individualizadas dos países).
- <sup>4</sup> Anne-Simone Parent et al., “The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity,” *Endocrine Review* 24, no. 5 (2003): 668-693; Cynthia B. Lloyd, ed., *Growing Up Global. The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries* (Washington DC: National Academies Press, 2005).
- <sup>5</sup> J. M. Tanner. *Growth at Adolescent*, 2ª ed. (Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962).
- <sup>6</sup> M. Elizabeth Duncan et al. “First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease,” *The Lancet* 335 (10 de fev de 1990): 338-340.
- <sup>7</sup> Cynthia B. Lloyd, ed, *Growing Up Global. The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries* (Washington DC: National Academies Press, 2005).
- <sup>8</sup> Consultar notas 2 e 5, acima.
- <sup>9</sup> J. Richard Udry, “Biological limits of gender construction,” *American Sociological Review* 65, nº. 3 (2000): 443-457.
- <sup>10</sup> Elizabeth Eggleston, Jean Jackson e Karen Hardee, “Sexual attitudes and behavior among young adolescents in Jamaica,” *International Family Planning Perspectives* 25, nº 2 (1999): 78-84; Rajani e Mustafa Kudrati, “The varieties of sexual experience of the street children of Mwanza, Tanzania,” em *Learning About Sexuality. A Practical Beginning*, ed. Sondra Zeidenstein e Kirsten Moore (New York: The Population Council, 1996); Yvonne Szasz, “Masculine identity and the meanings of sexuality: A review of research in Mexico,” *Reproductive Health Matters* 6, nº 12 (1998): 97-104; Lisa Remez, “Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence?” *Family Planning Perspectives* 32, nº 6 (2000): Special Report.
- <sup>11</sup> Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah e Shayan Thapa, *Sex Without Consent. Young People in Developing Countries* (London: Zed Books, 2005).
- <sup>12</sup> *Ibid.*

- 
- 13 Macro International. Pesquisas Demográficas e de Saúde, “Statcompiler.” <http://www.measuredhs.com>; Shusheela Singh, Deirdre Wulf, Renee Samara e Yvette P. Cuca, “Gender differences in the timing of first intercourse: Dados de 14 países,” *International Family Planning Perspectives* 26, n.º 1 (2000): 21-28 & 43.
- 14 Eggleston, Jackson e Hardee, “Sexual attitudes and behavior,” 78-84; Fatima Juárez e Teresa Castro Martin, “Partnership dynamics and sexual health risks among male adolescents in the favelas of Recife, Brazil,” *International Family Planning Perspectives* 32, n.º 2 (2006): 62-70; Deborah A. Cohen et al., “Where and when do youths have sex?” [Southern United States] *Pediatrics* 110, no. 6 (2002).
- 15 Ver nota 13, acima. Eggleston, Jackson e Hardee, “Sexual attitudes and behavior,” 78-84; Juárez e Castro Martin, “Partnership dynamics and sexual health risks among male adolescents,” 62-70; Ann K. Blanc e Ann A. Way, “Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries,” *Studies in Family Planning* 29, no. 2 (1998): 106-116; Alan Guttmacher Institute (AGI), *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Burkina Faso. Results from the 2004 National Survey of Adolescents*, Occasional Report n.º 21 (Nova York: AGI, 2006); *Ghana* (n.º 22), *Malawi* (n.º 24) e *Uganda* (n.º 25).
- 16 Sabina Faiz Rashid, “Communicating with rural adolescents about sex education: experiences from BRAC, Bangladesh,” em *Towards Adulthood. Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia*, ed. Sarah Bott, Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah e Chander Puri (Genebra: Organização Mundial de Saúde 2003).
- 17 Parágrafos sobre adolescência no Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994 e análise de cinco anos da Assembléia Geral das Nações Unidas; e a Plataforma para a Ação da Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, Beijing, 1995 e a análise de cinco anos da Assembléia Geral das Nações Unidas.
- 18 Deborah Rogow e Nicole Haberland, “Sexuality and relationships education: Toward a social studies approach,” *Sex Education* 5, n.º 4 (2005): 333-344; Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten through 12<sup>th</sup> Grade*, 3<sup>a</sup> ed. (Nova York: SIECUS, 2004).
- 19 World Bank, *World Development Report 2007. Development and the Next Generation* (Washington, DC: Banco Mundial, 2007).
- 20 Ver nota 6, acima.
- 21 Andrea Irvin, *Positively Informed. Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates* (Nova York: International Women’s Health Coalition, 2004); Grupo de Tarefa Inter-agências sobre Jovens; David A. Ross, Bruce Dick e Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People. A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries* (Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2006); Douglas Kirby, B. A. Laris e Lori Roller, *Sex and HIV Education Programs for Youth. Their Impact and Important Characteristics* (Washington, DC: Family Health International and YouthNet, 2006).
- 22 Karl L. Dehne e Gabriele Riedner, *Sexually Transmitted Infections among Adolescents. The Need for Adequate Health Services* (Genebra: Organização Mundial de Saúde 2005).
- 23 Douglas Kirby, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, *Emerging Answers. Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, 2001, <http://www.teenpregnancy.org>.
- 24 Rebecca Cook e Bernard M. Dickens, “Recognizing adolescents’ ‘evolving capacities’ to exercise choice in reproductive healthcare,” *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 70, n.º 1 (2000): 13-21.
- 25 Grupo de Tarefa Inter-agências sobre Jovens da UNAIDS; David A. Ross, Bruce Dick e Jane Ferguson, eds., *Preventing HIV/AIDS in Young People. A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. (Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2006); Sue Alford, Nicole Cheetham, and Debra Hauser, *Science and Success in Developing Countries. Holistic Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections* (Washington, DC: Advocates for Youth, 2005); Judith Bruce e Amy Joyce, eds., *The Girls Left Behind. The Failed Reach of Current Schooling, Child Health, Youth-Serving and Livelihoods Programs for Girls Living in the Path of HIV* (Nova York: The Population Council, 2006).

**PARA OBTER INFORMAÇÕES MAIS DETALHADAS:**

International Women's Health Coalition  
333 Seventh Avenue, 6<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10001  
212.979.8500  
[communications@iwhc.org](mailto:communications@iwhc.org)  
[www.iwhc.org](http://www.iwhc.org)