DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS/OS ADOLESCENTES: DISCURSOS DE USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Henny Luz Heredia¹ e Elizabeth Artmann²

¹Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Venezuela. hennyluzhm@hotmail.com

²Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. bethartmann@gmail.com

Resumo. O objetivo foi analisar os discursos de usuárias/os e profissionais de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, os desafios e as possíveis estratégias para enfrentá-los. Foi realizado um estudo qualitativo por meio de entrevistas com 12 adolescentes e 12 profissionais do estado Nueva Esparta da Venezuela. A amostra foi definida pelo método de saturação e para a interpretação dos dados foi utilizada a Análise de Discurso Crítica de Fairclough. Para a análise foram considerados três temas: O grande paradoxo entre tutela e autonomia; Contradições e desafios do sistema de saúde; Construindo pontes no desenho de estratégias. Discussão: as normas de gênero reforçam as desigualdades sistêmicas que vulneram os direitos sexuais e reprodutivos das meninas e das minorias de gênero que fogem do padrão da heteronormatividade. A ausência de estratégias para enfrentar as normas de gênero possivelmente denota que os discursos contra-hegemônicos ainda sejam incipientes. Conclusões. A Análise de Discurso Crítica como teoria permitiu dar voz a grupos minoritários (adolescentes), identificando estratégias para alcance dos direitos sexuais e reprodutivos. Através do discurso de profissionais e adolescentes foi possível captar a brecha social existente e analisá-los desde uma perspectiva complementar e não oposta.

Palavras chaves: Direitos Sexuais e Reprodutivos; Adolescência; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Sexual; Gênero e Saúde.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS OF ADOLESCENTS: DISCOURSES OF USERS AND HEALTH PROFESSIONALS

Abstract. The objective was to analyze the discourses of users/the health professionals on sexual and reproductive rights of/the adolescents and challenges and possible strategies to face them. A qualitative study was conducted through interviews with 12 adolescents and 12 professionals from the Nueva Esparta State of Venezuela. The sample was defined by the saturation method and for the interpretation of the data was used the Critical Discourse Analysis of Fairclough. For the analysis three themes were considered: The great paradox between guardianship and autonomy; contradictions and challenges of the health system; Building bridges in the design of strategies. Discussion: the gender norms reinforce the systemic inequalities that violate the sexual and reproductive rights of girls and of the gender minorities that escape the heteronormative pattern. The absence of strategies to address gender norms possibly denotes that counter-hegemonic discourses are still incipient. Conclusions: The Critical Discourse Analysis as a theory allows for the voice of minority groups (adolescents), identifying strategies for achieving sexual and reproductive rights. Through the discourse of professionals and adolescents it was possible to grasp the existing social gap and analyze them from a complementary rather than opposite perspective.

Keywords: Reproductive Rights; Adolescent; Equity in Access to Health Services; Sexual Health; Gender and Health

1. INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) foi reconhecida como direito básico na Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã (1968) (ONU, 1968), mas os direitos da SSR

na adolescência são destacados pela primeira vez em 1979, na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (*CEDAW* – siglas em inglês). Se reconhece que a falta de informação e o acesso a serviços apropriados de SSR afeta a crianças e adolescentes em muitos países, em contextos marcados por relações desiguais de poder ancoradas na categoria gênero (UNICEF, 2014).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIDP – Cairo, 1994) incorpora-se a SSR como um direito humano que integra a saúde reprodutiva, o planejamento familiar, a educação, a igualdade e o gênero, superando a concepção restrita à fecundidade. Considera-se os adolescentes e jovens como sujeitos de direitos reprodutivos e a necessidade de contar com serviços adequados para trabalhar a SSR na adolescência, com ênfase na gravidez não desejada, no aborto em péssimas condições e nas doenças de transmissão sexual (ONU, 1994).

Em sessões da Assembleia Geral da ONU (“CIPD+5”) se reconhece o direito dos adolescentes ao acesso a altos níveis de provisão de serviços/informação, protegendo seus direitos à privacidade, confidencialidade e consentimento fundamentado (ONU, 1999).

Na Convenção dos Direitos da Criança 2003 (ONU, 2003) fundamenta-se a proteção integral, o reconhecimento como sujeitos de direitos, a participação das decisões sobre sua saúde e o acesso a serviços de saúde adequados às suas necessidades, priorizando três dimensões: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, assim como sua qualidade (ONU, 2003, Art. 4).

A SSR na adolescência foi um dos temas priorizados no terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁴: assegurar a saúde e o bem-estar de todos, em todas as idades. Uma das metas visa garantir para 2030 acesso universal aos serviços de SSR, incluindo planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e os programas nacionais (ONU, 2015).

Os avanços nos documentos jurídicos não se produziram linearmente e foram caracterizados por uma tensão nos debates entre as propostas de outorgar a autonomia às crianças/adolescentes e as de conter e controlar suas capacidades de ação (Gaitán, 2018). A complexidade da Convenção dos Direitos da Criança, além de “uma revisão exige uma materialização prática [*tradução nossa*]” (Picornell-Lucas, 2019:1188), para que se traduza em políticas e ações. Segundo Villagrasa (2015, p. 18):

Apesar do caráter universal e indivisível de suas normas, sua aplicação real e completa dista muito de ser uma constatação efetiva... Não só se evidencia uma carência na difusão, já que suas normas geralmente são desconhecidas pelos agentes que devem aplicá-las, como advogados ou juízes, se não porque sua incorporação às leis políticas e programas de infância, resulta todavia deficiente parcial e fragmentária [tradução nossa].

Na Venezuela a Lei Orgânica para a Proteção de Crianças e Adolescentes (LOPNA) outorga cidadania plena às crianças e aos adolescentes (os considera sujeitos de direitos) e obriga a gerar uma rede de entidades de atenção que garantam estes direitos (Venezuela, 2015). Segundo a LOPNA um adolescente é toda pessoa de doze até dezoito anos de idade.

Uma das inovações/avanços da LOPNA é o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, que, conjuntamente com o direito à saúde, à educação, à informação e à proteção da maternidade estabelecidos nos artigos 33, 41, 44, 45, 48, 50 e 124-D visam assegurar a aplicação destes (Venezuela, 2015).

Como em outros países, o dilema entre a realidade e os direitos que efetivamente as/os adolescentes podem exercer geram ainda barreiras e desafios. Apesar das leis/normas, há uma diversidade de obstáculos que emergem e impedem a plena efetivação destes direitos. O objetivo deste artigo foi analisar o discurso de usuárias/os e profissionais de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, os desafios dos serviços de saúde e as possíveis estratégias para enfrentá-los em um estado da Venezuela.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo que propicia o desenvolvimento de conceitos para uma melhor compreensão dos fenômenos sociais, considerando significados, pontos de vista, percepções e práticas dos diferentes grupos participantes. Tanto usuários como prestadores de serviços devem ser considerados na sua realidade pessoal, social e individual como seres únicos. Nesta abordagem, os atores, os valores das pesquisadoras, a subjetividade, os fatos e seus sentidos, sem desconsiderar o conflito, comparecem na análise (Minayo, 2010).

Representa um recorte de uma pesquisa sobre acesso das/dos adolescentes aos serviços de saúde, realizada no estado venezuelano de Nueva Esparta. Procurou-se compreender a articulação da produção discursiva sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, os desafios dos serviços de saúde e as possíveis estratégias para enfrentá-

los em seu contexto histórico-social, sob a perspectiva da Teoria Social do Discurso, utilizando a Análise Crítica do Discurso (ACD) de Fairclough (2001) e o quadro conceptual sobre acesso aos serviços de saúde de Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) e Gilson (2014). Nesta análise crítica interessa-nos mostrar os problemas sociais como o poder e a desigualdade através do discurso (Van Dijk, 2013).

O núcleo central da ACD *“é saber como o discurso contribui para a reprodução da desigualdade e a injustiça social, determinando quem tem acesso a estruturas discursivas e de comunicação aceitáveis e legitimadas por parte da sociedade (tradução nossa)”* (Van Dijk; Athenea Digital, 2002, pp. 6-7). Procura-se compreender as relações entre desigualdades sociais e as formas como os textos são usados para denotar poder/dominação e ideologia (Iñiguez, 2004), analisar como opera a linguagem na forma como se constitui/transmite o conhecimento, na organização das instituições sociais e no exercício do poder. A ACD busca desvendar como através do discurso se (re)produzem as desigualdades sociais que afetam principalmente aos grupos minoritários, bem como as possibilidades de mudança social.

Nueva Esparta foi selecionado por ter delimitadas as áreas de responsabilidade de cada um dos estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atendimento, além de contar com as equipes básicas de saúde organizadas, embora não completas. A amostra foi definida pelo método de saturação. Entre setembro/outubro de 2017 foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 adolescentes (duas entre 10 e 13 anos, cinco entre 14 e 16 anos e cinco entre 17 e 18 anos de ambos os sexos, usuários e não usuários dos serviços de saúde) e 12 profissionais (4 médicos, 4 enfermeiros/auxiliares de enfermagem e 4 promotores de saúde/trabalho social), de 12 estabelecimentos de saúde, 6 do primeiro nível de atenção, 3 do segundo e 3 do terceiro. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados do banco de dados com 246 adolescentes e 35 profissionais de saúde que participaram na primeira fase da pesquisa. Não houve recusas. Os roteiros semiestruturados de entrevistas consideraram um conjunto de questões sobre os elementos que facilitam ou obstaculizam o acesso das/dos adolescentes aos serviços de saúde e sua relação com o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos desta população.

Utilizou-se o modelo de análise tridimensional do discurso de Fairclough (2001). Na primeira dimensão são incluídas as categorias de análise textual. A segunda diz respeito à prática discursiva, são analisadas as atividades cognitivas de produção, distribuição, consumo do

texto, bem como a coerência, a intertextualidade e a interdiscursividade. A terceira refere-se à prática social, relacionada com a ideologia e a hegemonia na instância discursiva analisada.

Os resultados foram estruturados por temas, tomando como eixos norteadores da análise a estrutura conceitual de acesso de Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) que consideram três dimensões: disponibilidade (acesso físico), viabilidade financeira (acesso financeiro) e aceitabilidade (percepção de usuários e prestadores). Para os autores, as melhoras no acesso dependem da interação comunicativa entre o sistema de saúde e seus usuários. Com base nos elementos textuais, foram realizadas as análises de coerência e coesão. Identificaram-se a estrutura da argumentação dos enunciados, a forma de relação das orações e sua racionalidade.

Com o intuito de aproximar o objeto discursivo do processo social onde é produzido e passar do objeto discursivo para o processo discursivo, foram identificados dispositivos analíticos adicionais: metáfora, modalidade, ironia, interdiscursividade e polidez.

As questões norteadoras da pesquisa foram: como o discurso hegemônico construído sobre os adolescentes pode limitar ou facilitar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos desta população? Quais os principais desafios dos serviços de saúde para contribuir na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e quais as possíveis estratégias para enfrenta-los?

As entrevistas duraram em média 35 minutos e foram aplicadas, gravadas e transcritas por uma das pesquisadoras, mantendo-se a expressão fiel do espanhol falado para manter os sentidos produzidos na enunciação.

As referências às entrevistas foram codificadas: Entrevistas com Profissionais (EP), Entrevistas com Adolescentes (EA). Na análise das entrevistas participaram duas pesquisadoras.

O estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da Direção de Investigação do Instituto de Altos Estudos “Dr. Arnaldo Gabaldon” Ministério da Saúde da Venezuela, no 03/04/17 sob o número 003/2017, como pela Direção Estadual Estado de Saúde Nueva Esparta em 12/04/17.

O consentimento livre e informado foi obtido de cada adolescente, com a prévia autorização dos pais ou representantes, bem como dos profissionais saúde que aceitaram participar na investigação.

2.1 Contexto Enunciativo

Com a promulgação da LOPNA estabeleceu-se o direito à informação, à educação e a serviços de SSR para os adolescentes (Venezuela, 2015). No entanto, neste grupo prevalece a prática limitada de exigência e atendimento de direitos sexuais e reprodutivos (UNFPA, 2015). As ações dos serviços são escassas, dispersas, fragmentadas e em muitas ocasiões centradas na atenção da adolescente grávida. Destaca-se a baixa cobertura, qualidade, aceitabilidade e acessibilidade destes. Ainda persistem obstáculos na atenção da SSR dos adolescentes (Venezuela, 2013).

As principais condições jurídicas das/dos adolescentes na Venezuela são: maioridade a partir dos 18 anos; responsabilidade legal perante delitos a partir de 12 anos; idade para atendimento nos serviços de SSR sem pais/representante, 15 anos; idade de consentimento para relações sexuais, 16 anos e matrimônio/união civil com o consentimento dos pais/tutores/juízes, 16 anos para meninos e 14 para meninas.

Várias políticas públicas nacionais para a atenção deste grupo utilizam as faixas entre 12 e 19 anos ou entre 10 e 19 anos. O aborto só é consentido quando há risco para a vida da mulher (Venezuela, 2000).

No período 2006 até 2017 a Venezuela estava entre os países com maiores taxas de fecundidade adolescente da América Latina e Caribe (95 por 1.000 adolescentes entre 15-19 anos) (UNFPA, 2019). A taxa de mortalidade por HIV e outras IST em adolescentes para 2014 foi de 2,19 por 100.000 pessoas entre 10-24 anos, atingindo mais aos meninos (3,02) que às meninas (1,33) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

Em 2017 estimou-se que 33% das novas infecções por HIV concentrou-se no grupo de 10 a 24 anos, atingindo mais às meninas (41%). Entretanto, as novas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) excluindo o HIV afetam de forma similar a ambos os sexos (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As enunciações discursivas, organizadas por temas e trechos são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Enunciações discursivas de adolescentes e profissionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes. Nueva Esparta, Venezuela, 2017

Temas	Trechos Adolescentes	Trechos Profissionais
1. O grande paradoxo entre tutela e autonomia: “Sí, pueden tener el derecho pero depende de la edad que tengan”	<p>[1] “Depende, si son adolescentes que no tienen la madurez suficiente, no... pero, por ejemplo yo estoy desde los 13 años con él, siempre me he controlado con el ginecólogo, uhhh siempre me he cuidado” (EA12).</p> <p>[4] “Sí, pueden tener el derecho, pero depende de la edad que tengan ...claro que sí porque uno como ser humano tiene que tener derecho a nivel de eso [la sexualidad], pero ahorita con esto hay jóvenes que salen embarazadas entre 10, 11 años...” (EA9).</p> <p>[5] “Sí estoy de acuerdo pero que tengan suficiente información como para no cometer un error... tienes que tener información para poder tener el derecho, como quien dice para tener derecho tienes que cumplir las normas pues” (EA3).</p> <p>[6] “...no puedes ser responsable, si ni siquiera sabes qué es, o sea, digamos que quieres hacer algo responsablemente y no tienes idea de qué es lo que vas a ejercer porque nadie te ha hablado del tema y lo que te han hablado son pocas cosas” (EA2).</p>	<p>[2] “Bueno deberían ser responsables, deberían, pero no, no, no porque éste más bien deberían encaminarse es en estudiar... Debería ya cuando sea una persona apta de verdad... como a partir de los 19 años, más o menos, pero es difícil, es difícil de llevarlos así pues, es difícil” (EP11).</p> <p>[3] “Sí, claro, porque ellos tienen que saber cuáles son sus riesgos, ventajas, desventajas... yo creo que a partir de los 15, 14 años, ya una persona está apta para asumir todo, sus problemas, para saber comprometerse” (EP10).</p> <p>[7] “...yo les dije a ellos “ustedes tienen derecho a decidir tanto los hombres como las niñas a decidir sobre su cuerpo y que hay que tener una buena información, porque después vienen las consecuencias” y les explico las consecuencias negativas que hay si no se lleva una sexualidad responsable” (EP9).</p> <p>[8] “Claro, eso es de vida, eso es innato, parte de la vida de todo ser humano, uno no puede prohibirla, tampoco incentivarla, sino explicarla, si van a tener actividad sexual que sea en forma segura pues” (EP12).</p>
2. Contradições e desafios do sistema de saúde para garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos/as adolescentes	<p>[9] “Que reabastecieran un poco más, hay veces que se sabe que no hay insumos pero eso es más que todo porque, por una red de corrupción... por yo querer tener más dinero yo le voy a vender esto aparte ...siempre va a ver alguien que va a interrumpir eso, pues” (EA1).</p> <p>[12] “Bueno que seamos un poquito más prudentes al hablar con sus hijos, porque a veces les hablamos a manera de exhortación y no debemos ser así, más bien deberíamos hablarles bien, con amor, aunque exhortación es amor, pero no de manera de violencia o de imposición. Sería llevar a la prudencia, hablar con una opción de amor, con los jóvenes ¿entiende? para que lo tomen a bien” (EA11).</p> <p>[13] “Que hablen con sus hijos, lo más pronto posible porque no van a esperar que se descarrilen para hablar con ellos, no” (EA4).</p> <p>[15] “Y hacer que los padres entren en razón, porque siempre va a estar el padre ignorante que va a decir que no, que eso no es así, porque en su época era de esta manera y</p>	<p>[10] “...el sexo aquí es un tabú para las mujeres y los que son diferentes como homosexuales más que todo, pero porque la sociedad así lo impuso, porque en una relación sexual responsable no hay ningún inconveniente, es algo natural y necesario” (EP10).</p> <p>[11] “Tuve una conversación con una pediatra y me dijo: “¿tú estás loca?, ¿cómo tú le vas a ofrecer a las niñas pastillas anticonceptivas? Yo le dije ¿entonces qué vamos a tener niñas mamás? No, no, dígale que no lo hagan, ¿cómo le digo yo que no lo hagan?... mientras más yo se lo prohíbo, más lo hacen, acuérdate que la fruta prohibida es mucho más sabrosa” (EP1).</p> <p>[14] “Bueno mira, a los papás les da miedo hablar con los adolescentes, o si no es golpes... Y a veces ellos [los padres] tampoco tienen la educación efectiva para hablar sobre sexualidad... o no le dicen nada porque no saben o les dicen cosas que no son, entonces el muchacho queda más desorientado” (EP2).</p> <p>[16] “Yo creo que es necesario, que exista</p>

Temas	Trechos Adolescentes	Trechos Profissionais
	ahorita está mal. Es muy difícil, yo he visto madres de amigos que después de explicarle mil veces que el aborto es algo totalmente razonable , ella va a decir que no, que está mal, porque es católica " (EA2).	una ley tal vez , que permita que se puedan examinar y atender a los pacientes, incluso en esa edad, sin necesidad de que los padres estén , eh hh siempre y cuando como digo yo , firmar un consentimiento informado o algo así, me parece que es básico y necesario " (EP4).
3. Pontes no desenho de estratégias: Diálogos possíveis entre adolescente e profissionais	[20] "Me gustaría que se diera más información , no que una cartelera ahí escueta , sino siempre hablarle sobre el tema y agregar adolescentes para que ellos rieguen el tema entre ellos mismos..." (EA5).	[17] "...continuar trabajando con un círculo de padres y representantes " (EP12).
	[21] "Al adolescente se le puede llegar de manera interactiva y atrayendo su atención . Por ejemplo, exámenes de prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Eso sí , hay que ofrecerle una recompensa por ir a enfrentar el miedo a eso " (EA2).	[18] "Que inicien desde los colegios a quitar ese tabú de las palabras anticonceptivo, condón, preservativo y empiecen desde los niños de quinto y sexto grado... Y también desde las mismas familias " (EP10).
	[22] "A partir más o menos de los 8, 9, 10 años , tú no entras de una vez con el tema , pero sí que vayas ya abriéndote un poquito... a medida que vaya creciendo se vaya expandiendo más el tema , o sea la educación sexual, pues" (EA6).	[19] "...para dar la charla, no es nada más hablar, hablar , también lo que es la participación , porque entre ellos más participan es mejor porque van aprendiendo más, que estar uno mecánicamente bla, bla, bla " (EP8).
		[23] "... deberíamos estar capacitados... que el equipo esté sensibilizado , en cuanto al trato con adolescentes, no juzgarlos, sino escucharlos y que ellos sientan que tienen las puertas abiertas , una mano amiga... en ese momento, eh hh tendremos la batalla ganada " (EP3).

3.1 O grande paradoxo entre tutela e autonomia

As políticas públicas e de saúde destinadas à população adolescente na Venezuela têm um escopo de tutela e proteção, para ter garantidos seus direitos através da proteção do Estado. Mas, necessita ações que promovam o empoderamento/emancipação desta população, quer dizer, sua autonomia (Venezuela, 2015). Como em outros países (Ventura; Corrêa, 2006; Durán; Cabrera, 2018), a SSR como direito na população adolescente venezuelana transita no paradoxo de compreender quem deve estar sob tutela (em proteção), e quem tem a autonomia ou a liberdade de decisão.

Nos Trechos 1-4 emerge a idade como critério para demarcar se uma/um adolescente (seja ele 14 ou 15 ou 19) pode exercer sua sexualidade de forma responsável, com as frases "no tienen la madurez suficiente" (Trecho 1); "una persona apta de verdad" (Trecho 2). Assim todas as/os adolescentes de certa idade serão submetidos à mesma regra. Aos menores "*competentes ou precoces, se lhes nega o estatuto de decisão com base em considerações moralmente irrelevantes [tradução nossa]*" (Anderson; Claassen, 2012, p. 501). Emerge o discurso hegemônico sobre a identidade social das/dos adolescentes como imaturos, e incapazes (Chaves, 2005; Checa; Tapia, 2016; Gaitán, 2018), ou seja, sujeitos sem autonomia.

No Trecho 2 se utiliza a estratégia de consentimento aparente (Van Dijk, 2013) referente ao direito a uma SSR responsável, para em seguida negá-lo. O verbo “deveriam” é utilizado quatro vezes para salientar, o que segundo a/o profissional deve ser feito. As crenças e convicções dos profissionais influenciam a relação com o usuário, estereotipando certos grupos (como os adolescentes), julgando, demonstrando preconceitos ou imparcialidade (Gilson, 2014). Assim, se o profissional considera que a/o adolescente não “deveria” poder decidir quando iniciar-se sexualmente, provavelmente irá restringir o acesso à informação, aos preservativos ou aos métodos contraceptivos.

O enunciado do Trecho 1 ilustra o exercício da sexualidade responsável por uma adolescente de 13 anos que utiliza seu próprio exemplo para argumentar o que chama de “madurez suficiente” relacionada às medidas necessárias para evitar a gravidez ou IST. Em contraposição, no Trecho 4 ainda que haja um aparente reconhecimento do direito, se dá a negação deste ao relacioná-lo de forma sutil com a gravidez de meninas de 10 e 11 anos. O tom do enunciado é indireto para falar sobre a sexualidade referida como “a nivel de eso”; “con esto”. As normas restritivas de gênero são reforçadas (Heise et al., 2019) com o discurso hegemônico de que a iniciação sexual na adolescência (sobretudo nas meninas) traz como consequência a gravidez, reproduzindo as desigualdades de gênero.

Já nas enunciações discursivas dos meninos o acesso à informação sobre SSR é demandado. O adjetivo “suficiente” no Trecho 5 denota o imperativo de contar com a informação necessária para a tomada de decisões, caso contrário o direito não pode ser exercido de forma responsável. De forma categórica e em tom de denúncia salienta-se como a ausência de informação impossibilita o exercício do direito: “ni siquiera”; “no tienes idea”; “porque nadie te ha hablado del tema”. A evasão/silêncio são estratégias utilizadas pelos adultos (pais/profissionais de saúde/professores - Trecho 6) (Correa; Cubillán, 2009), e acredita-se no mito do conhecimento que pressupõe que a iniciação sexual será precoce se houver informação sobre o tema (Baccarat de Godoy Martins et al., 2012).

Persistem as barreiras no acesso dos adolescentes a serviços de saúde que respondam a suas necessidades, como acesso à informação oportuna e de qualidade (WHO, 2019). No CIPD+5 conclui-se que os “os adolescentes são particularmente vulneráveis por causa da insuficiente informação e do limitado acesso a serviços pertinentes na maioria dos países (parágrafo 7.3)” (Organización de las Naciones Unidas, 1994).

Há enunciações de profissionais que tentam fugir do discurso hegemônico e concordam que as/os adolescentes podem exercer o direito a uma sexualidade responsável. Em primeira pessoa o profissional do Trecho 7 os reconhece como sujeitos de direito, porém, ao se referir a meninos e meninas como “homens” e “meninas”, denota direito superior nos meninos. As consequências negativas de uma sexualidade não responsável são ressaltadas. De forma amena e valendo-se do recurso da polidez o Trecho 8 apresenta uma posição mais equilibrada que reconhece a sexualidade como parte da vida, contrariando o mito do conhecimento (Baccarat de Godoy Martins et al., 2012). A função da/do profissional é de orientar este processo, ao invés de proibi-lo ou incentivá-lo.

Para lidar com o dilema entre a idade e competência como critérios, Anderson & Claassen (2012, p. 495) propõem o que denominaram “regime da infância”, que inclui quatro dimensões: a tutela e a autoridade e responsabilidade limitada para a tomada de decisões pelos filhos; as responsabilidades de supervisão dos pais/representantes, o papel dos familiares para o desenvolvimento da autonomia. Esta visão destaca a emancipação da/do adolescente, que “ênfatiza fortemente a ideia de amadurecer como pessoa autônoma” (Anderson; Claassen, 2012, p. 521).

3.2 Contradições e desafios do sistema de saúde para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das/dos adolescentes

A qualidade na prestação dos serviços de saúde tem sido um tema prioritário em várias iniciativas globais (UNFPA; IATT, 2008; OMS, 2014). No entanto, persistem: a desigualdade, a fragmentação, a escassa coordenação, em países de alta e baixa renda (Patton et al., 2014). Na maioria dos países os serviços de saúde não expressam o estabelecido no marco legal e necessitam de uma melhora significativa (Clifton; Hervish, 2013; OMS, 2014; Villagrana, 2015).

No Trecho 9 é denunciada a venda de insumos/medicamentos nos serviços de saúde. O adverbio “sempre” é indicativo de que a situação se dá permanentemente y o verbo “interromper” utiliza-se para frisar a forma como o fluxo de insumos/medicamentos é desviado para outros fins. Na Venezuela a crise econômica aprofundou os problemas na dimensão do acesso “disponibilidade” por fatores como: escassez de medicamentos, contraceptivos e problemas de infraestrutura (Roa, 2018).

No Trecho 10, ainda que a/o profissional reconheça que as/os adolescentes podem ter relações sexuais, constata de forma categórica e contra hegemônica, como as normas de gênero presentes na Venezuela reforçam as desigualdades que vulnerabilizam os direitos sexuais e reprodutivos das meninas e das minorias de gênero que fogem do padrão da heteronormatividade (Heise et al., 2019).

Com a interdiscursividade direta exemplifica-se a forma como as barreiras no acesso a métodos anticoncepcionais operam nos serviços de saúde (Trecho 11). As convicções dos profissionais podem ampliar ou diminuir as desigualdades no acesso (Gilson, 2014; Thiede, Akweongo e McIntyre, 2014), apesar da normativa vigente para incluir as adolescentes (Venezuela, 2013). Contraditoriamente, recomenda-se a abstenção sexual. A metáfora da “fruta proibida” ilustra de forma irônica o efeito contrário que produz a proibição que pode despertar maior curiosidade. Em contrapartida, a/o profissional defende oferecer alternativas para as meninas que decidam se iniciar sexualmente.

As dificuldades de comunicação entre pais/representantes (responsáveis por criar uma rede de segurança/monitoramento) e as/os adolescentes aparece nos Trechos 12-15. Segundo Anderson & Claassen (2012) *“é necessário que haja não apenas comunicação suficiente, mas também um relacionamento contínuo que forneça um contexto de apoio à intervenção construtiva (p. 520)”*. No sentido habermasiano o uso da linguagem pressupõe integração social (agir comunicativo) e não apenas meio de transmissão de informações característico do agir estratégico (Habermas, 2012).

Em primeira pessoa e desde o lugar dos pais, o enunciado do Trecho 12 caracteriza possibilidades de um diálogo sem violência, nem imposição, baseado no amor. A audiência é convocada com o “¿entende?” ao final do Trecho. O verbo “descarrila” é utilizado no Trecho 13 no sentido figurado para assinalar que a/o adolescente poderia desviar-se do bom caminho. De forma taxativa se demanda uma comunicação oportuna com “lo más pronto posible”.

Embora o acesso à informação qualificada seja um aspecto fundamental desde a perspectiva dos direitos, nas famílias são escassos os diálogos sobre sexualidade, devido, entre outras, a limitações dos pais (medo, desconhecimento, convicções morais do entorno – Trecho 14) (Heilborn, 2012; Svanemyr et al., 2015). De forma categórica e com interdiscursividade direta, as diferenças geracionais e de critérios em temas controversos

como o aborto aparecem no Trecho 15, no surgimento de enunciações discursivas que tentam escapar do discurso predominante.

A fragilidade dos processos instaurados nos serviços de saúde, bem como do marco jurídico legal para garantir a atenção da população adolescente sem os pais/representantes aparece no Trecho 16. Para a LOPNA desde os 15 anos uma/um adolescente pode ser atendida/o nos serviços de SSR sem os pais (Venezuela, 2015). As outras modalidades de consultas não são consideradas o que deixa um vazio para os profissionais agirem por critérios próprios ou do estabelecimento onde laboram.

O discurso hegemônico das normas de gênero permeia os desafios do sistema de saúde venezuelano na construção do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde e, consequente aos direitos sexuais.

3.3. Pontes no desenho de estratégias: Diálogos possíveis entre adolescentes e profissionais

Diversas são as estratégias propostas por profissionais e adolescentes para enfrentar os desafios acima analisados. O trabalho com os pais/representantes, sua inclusão em atividades como o círculo de pais é proposta no Trecho 17. Outra estratégia é a escola como fonte de informação sobre temas relacionados com a sexualidade (Trecho 18). As famílias e grupos de apoio, escolas e companhias positivas são fatores protetores cruciais para ajudar aos adolescentes a desenvolver seu potencial e alcançar saúde na transição à idade adulta (Svanemyr et al., 2015; Viner et al., 2012).

As abordagens utilizadas nas atividades com as/os adolescentes são um ponto importante e incluem a participação ativa destes (Trechos 19 e 20). Novas formas para incluir as/os adolescentes resgata-se no enunciado do Trecho 21, assim como, a necessidade de minimizar o temor que o contato com os serviços de saúde gera. Uma vinculação efetiva dos adolescentes com os serviços de saúde exige empoderamento (Heilborn, 2012; Svanemyr et al., 2015). Ao garantir sua participação na tomada de decisões sobre: sua saúde, a atenção que recebem, a avaliação dos serviços de saúde, entre outros, se fortalece o empoderamento e o protagonismo deles como sujeitos de direitos. Também é importante garantir espaços de participação dos adolescentes no desenvolvimento de políticas e serviços e na tomada de decisões políticas, assim como fortalecer a capacidade no pessoal

de saúde e dos sistemas de informação sobre a saúde da/do adolescente (Viner et al., 2012).

A aquisição gradual de competências pelas/pelos adolescentes (Anderson; Claassen, 2012), ou “autonomia progressiva” (Organización de las Naciones Unidas, 2003) é outra estratégia que pode ser usada nas famílias, na escola ou nos serviços de saúde (Trecho 22). Por fim, a capacitação dos profissionais de saúde é requerida. Com frequência as/os adolescentes não se identificam com os serviços de atenção primária em saúde, os encontram como inaceitáveis, devido à percepção de falta de respeito, carência de confidencialidade e privacidade, medo ao estigma, à discriminação, e à imposição dos valores morais dos profissionais da saúde. Enquanto as/os adolescentes valorizam a privacidade e confidencialidade, os profissionais nem sempre respeitam estes princípios (OMS, 2014; Viner et al., 2012). As frases “las puertas abiertas para una mano amiga, que no que te va a señalar” expressam a necessidade de construir essa relação próxima, de confiança entre os serviços de saúde, profissionais e adolescentes: seu alcance permitirá “ganar la batalla” (metáfora utilizada no Trecho 23) (Gilson, 2014).

A ausência de estratégias para enfrentar as normas de gênero possivelmente indique que os discursos contra hegemônicos ainda são incipientes.

4. CONCLUSÕES

Os discursos analisados são marcados pela escassa autonomia que a sociedade outorga às/aos adolescentes no exercício dos direitos sexuais tornando-os vulneráveis; pelas contradições nas concepções de diferentes atores e instituições sociais, pelos vazios políticos; pelas diferenças entre o discurso que reconhece as/os adolescentes como sujeitos de direito versus a concepção tradicional que os concebe como receptores passivos dos serviços/ações, objetos de políticas definidas por adultos competentes (Durán; Cabrera, 2018; Picornell-Lucas, 2019). Na legislação venezuelana específica é possível identificar o paradoxo entre tutela e autonomia ao tratar as esferas da reprodução ou sexualidade, situação presente em outros países (Ventura; Corrêa, 2006; Durán; Cabrera, 2018).

As escolhas metodológicas efetuadas podem contribuir na compreensão do objeto de estudo em outros contextos, desde que adaptadas, considerando os limites de uma pesquisa qualitativa. A estrutura triangular de Thiede; Akweongo; Di McIntyre (2014)

possibilitou abranger a complexidade do conceito do acesso como processo relacional e suas dimensões.

A ACD como teoria permitiu compreender como a prática nos sistemas de saúde está sendo influenciada pelas normas de gênero que reforçam as desigualdades no acesso dos adolescentes aos serviços de saúde afetando seus direitos a uma SSR, especialmente às meninas e minorias de gênero. Ao mesmo tempo foi possível identificar os discursos contra hegemônicos produzidos no cotidiano dos serviços de saúde por usuários e profissionais, que poderiam contribuir para modificar suas práticas. O discurso de profissionais e adolescentes permitiu captar a brecha social existente e analisá-los desde uma perspectiva complementar e não oposta. A ACD permite dar voz a grupos minoritários (adolescentes), identificando estratégias para alcance dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nos discursos analisados o trabalho com os pais aparece como uma estratégia fundamental para construir/reforçar discursos não hegemônicos. O empoderamento dos próprios adolescentes é um caminho pouco explorado, mas os discursos dos adolescentes contra a discriminação, o aborto e outros temas, mostram que é possível fazer outras construções com e para eles. Os esforços do governo no desenho de políticas, ações e estratégias devem incluir estes e outros aspectos, para que o enfoque dos direitos destacado nos discursos dos diferentes instrumentos e políticas institucionais deixe de ser retórica e se constitua em uma prática cotidiana (Morlachetti, 2007; Rodríguez, 2009; Villagrasa, 2015), com o objetivo de diminuir as desigualdades em saúde e melhorar o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes na Venezuela.

Agradecimentos. Este trabalho foi realizado como o apoio do Instituto de Altos Estudos “Dr. Arnoldo Gabaldon” do Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela; do Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), da Capes/CNPq/MRE-Brasil; da FAPERJ e o Projeto Inova da Fundação Oswaldo Cruz.

5. REFERÊNCIAS

- Anderson, J.; Claassen, R. Sailing Alone: Teenage Autonomy and Regimes of Childhood. *Law and Philosophy*, V. 31, N. 5, P. 495–522, Set. 2012.
- Baccarat De Godoy Martins, C. et al. Sexualidade na adolescência: mitos e tabus. *Ciencia y enfermería*, v. 18, n. 3, p. 25–37, 2012.
- Chaves, M. Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Ultima Década*, Valparaíso, v. 13, n. 23, p. 9-32, 2005.
- Checa, S.; Tapia, S. (Coord.). *Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes: diálogos*

- posibles entre los jóvenes y los servicios de salud. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2zuc7xt>>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- Clifton, D.; Hervish, A. The World's Youth: 2013 Data Sheet Population Reference Bureau, , 2013. Disponível em: <<https://www.prb.org/youth-datasheet-2013/>>. Acesso em: 11 fev. 2019
- Correa, C.; Cubillán, F. Manual de capacitación salud sexual y reproductiva: desde una mirada de género. Maracay: IAESP Dr. Arnoldo Gabaldon, 2009.
- Durán, Ernesto. "De menor a ciudadano: tránsitos en un entorno mancodiano". En Pereira, M^a F.; Picornell-Lucas, A. (Org.). Experiencias mundiales de ciudadanía de la infancia y adolescencia. João Pessoa: Editora Universidade Federal da Paraíba, 2018, p. 38-55.
- Fairclough, N. Teoria social do discurso. In: Fairclough, N. Discurso e mudança social. Brasília, DF: Editora UnB, 2001. p. 89-132.
- Gaitán, Lourdes. Los derechos humanos de los niños: ciudadanía más allá de las "3Ps". Sociedad e Infancias, v. 2, p. 17-37, 2018.
- Gilson, L. Aceitabilidade, confiança e equidade. In: McIntyre, D.; Mooney, G. (Org.). Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 163-190.
- Habermas, J. Teoria do agir comunicativo. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. v. 1.
- Heilborn, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. Psicologia Clínica, v. 24(1), p. 57–68, 2012.
- Heise, L. et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. The Lancet, v. 393, n. 10189, p. 2440–2454, jun. 2019.
- Institute For Health Metrics And Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponível em: <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>. Acesso em: 16 mar. 2020.
- Iñiguez, L. A análise de discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L. Manual de análise do discurso em ciências sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 105-160.
- Minayo, M. C. De S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- Morlachetti, A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población, Santiago, v. 34, n. 85, p. 63-96, 2007.
- OMS – Organización Mundial De La Salud. Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, 2014.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Proclamación de Teherán. ONU, 1968.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. "Programa de Acción", Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. ONU, 1994.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ICPD+5. ONU, 1999.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. ONU, 2003.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Nova York, 2019. Disponível em: <<http://bit.ly/2ZAZSho>>. Acesso em: 29 ago. 2019.
- Patton, G. C. et al. Next steps for adolescent health: a Lancet Commission. The Lancet, v. 383, n. 9915, p. 385–386, fev. 2014.

- Picornell-Lucas, Antonia. La realidad de los derechos de los niños y de las niñas en un mundo en transformación. A 30 años de la Convención. *Rev. Direito Práx.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1176-1191, June 2019.
- Roa, A. C. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00058517, 2018.
- Rodríguez, J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid: OIJ, 2009.
- Svanemyr, J. et al. Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches. *Journal of Adolescent Health*, v. 56, n. 1, p. S7–S14, jan. 2015.
- Thiede, M.; Akweongo, P.; McIntyre, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Org.). Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.
- UNFPA – Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina. Nova York, 2015.
- UNFPA – Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2019. UNFPA, 2019.
- UNFPA – United Nations Population Fund; IATT – Interagency Task Team On Hiv and Young People. Guidance brief: HIV Interventions in the Health Sector for Young People. United Nations Population Fund, , 2008. Disponível em: <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/iatt_hivandyoungpeople/en/>. Acesso em: 11 fev. 2019
- UNICEF – Fondo De Naciones Unidas Para La Infancia. ¿Qué significa la CEDAW para los derechos de las niñas en América Latina y el Caribe?. UNICEF, 2014.
- Van Dijk, T.; Athenea Digital. El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital*, v. 1, p. 18–24, 2002.
- Van Dijk, T. A. Discurso y poder. Barcelona: Gedisa, 2013.
- Venezuela. Extraordinario no 5.494, de 20 de octubre de 2000. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, 20 out. 2000.
- Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Caracas: UNFPA, 2013.
- Venezuela. Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, n. 6185, 8 jun. 2015.
- Villagrasa, Carlos. Derechos de la infancia y la adolescencia: hacia un sistema legal. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, V. 49, P. 17-41, 2015.
- Ventura, M.; Corrêa, S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1505–1509, jul. 2006.
- Viner, R.M. et al Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, v.379, n.9826, p.1641–1652, abr.2012.
- World Health Organization. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. World Health Organization, 2019.