ARTIGO ORIGINAL

"Era só uma menina": compreensões sobre maternidade precoce nas últimas décadas

Marina Abreu Dias [1]
http://orcid.org/0000-0002-1683-2878

Mariana Hasse [2]
https://orcid.org/0000-0001-9074-7949

[1] Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia.
[2] Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Uberlândia. Campus Umuarama. Av. Pará, 1720. Bairro Umuarama. Uberlândia, MG, Brasil. CEP: 38.405-320. E-mail: mhasse@ufu.br

Resumo

Objetivos: a Lei 12.015 estabelece como crime de estupro de vulnerável o ato libidinoso com menores de 14 anos. Apesar disso, a quantidade de gestantes nessa faixa etária configura um problema de saúde pública. Assim, a compreensão sobre o contexto e as percepções de meninas que foram mães antes dos 14 anos pode favorecer o desenvolvimento de políticas públicas.

Métodos: foram realizadas entrevistas individuais com dez mulheres maiores de 18 anos que foram mães antes dos 14. A discussão foi dividida em três categoriais, relacionadas às épocas em que viveram tais experiências.

Resultados: o entendimento sobre as circunstâncias nas quais engravidaram e as condutas adotadas para lidar com a situação relacionam-se em cada época. A conquista de direitos e ampliação de políticas públicas ampliou as possibilidades de assistência, mas, mesmo com avanços em políticas de equidade marcadores sociais como gênero e raça seguem vulnerabilizando meninas ao longo do tempo. O reconhecimento das violências de gênero como problema de saúde pública possibilitou melhorias na assistência, mas ainda há desafios como garantir o aborto previsto em lei.

Conclusões: tais compreensões são urgentes para desnaturalizar a gravidez precoce e aprimorar o acesso a cuidados integrais e equânimes para crianças e adolescentes.

Palavras-chave *Mães, Assistência integral à saúde, Delitos sexuais, Violência de gênero*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

https://doi.org/10.1590/1806-9304202620250395

Introdução

A Lei 12.015[1] apresenta como crime de estupro presumido a prática de ato libidinoso com crianças menores de 14 anos, sendo insignificante um possível consentimento da vítima, pois se entende que, por estarem em condição peculiar de desenvolvimento, elas não têm capacidade de permitir ou concordar com o ato sexual.

Meninas menores de 14 anos são as vítimas mais frequentes de tais crimes. Do total de casos notificados em 2017 e 2018, mais de 50% foram cometidos contra menores de 14 anos do sexo feminino.[2] Umas das consequências possíveis desses atos é uma gravidez precoce, problema que desperta grande preocupação no campo da saúde pública. A frequência de gravidez não desejada após estupro é imprecisa, mas estudos estimam entre 5% e 17% por episódio, valor que pode aumentar entre adolescentes pela maior probabilidade de engravidar.[3]

Já os dados sobre os nascidos vivos de meninas-mães são alarmantes: entre 2010 e 2019 mais de 250 mil meninas entre 10 e 14 anos tiveram filhos no Brasil.[4] Em 2020, 17.579 meninas se tornaram mães, ou seja, 48 por dia, o que significa dois estupros de vulnerável por hora. Destas, 75% eram negras, o que reforça o entendimento de que o racismo agrava a vulnerabilização dessas meninas.[4]

A gravidez antes dos 14 anos aumenta o risco de mortalidade materna, prematuridade dos bebês, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Além disso, pode ter impactos psíquicos, sociais e econômicos, como limitação do acesso à educação e oportunidades de trabalho.[5]

O Código Penal Brasileiro[6] prevê que, se assim desejarem, meninas e mulheres podem fazer um aborto quando a gravidez resulta de estupro ou se há risco de vida, sem limites à idade gestacional ou peso do feto. Entretanto, o acesso a tal direito ainda é um desafio. Em 2019, apenas 290 estabelecimentos estavam aptos a ofertar o serviço e cerca de 1/3 não realizaram nenhum procedimento naquele ano. Além disso, há barreiras geográficas, desconhecimento sobre a legislação, medo da criminalização, vergonha pelo estigma do procedimento e recusa de médicos.[3] Tais falhas podem levar a abortos clandestinos e potencialmente inseguros, relacionados como a terceira causa direta de morte materna no Brasil.[7,8]

As meninas que não querem ou não conseguem realizar a interrupção da gravidez têm direto à assistência pré-natal diferenciada, com inserção precoce no programa, acompanhamento com equipe multiprofissional, adoção de protocolo de risco e prevenção para evitar uma nova gravidez. Entretanto, o acesso oportuno e de qualidade dessas meninas à assistência adequada à situação que viveram ainda é um desafio.[8]

Apesar de terem se tornado sujeitos de direitos e das transformações ocorridas nas últimas décadas, as dificuldades para discutir autonomia e direitos sexuais e reprodutivos na adolescência ainda existe. Isso aparece no dilema vivido por profissionais de saúde que, ao mesmo tempo em que devem cuidar que de situações que envolvem grávidas com menos de 14 anos como sendo de violência, se deparam com meninas que entendem terem consentido sim suas relações sexuais - inclusive com aval da família. Há um hiato entre o que prevê a legislação brasileira, o entendimento sociocultural sobre parâmetros etários da iniciação sexual e a percepção de adolescentes e seus familiares sobre o tema.[9]

Devido a mudanças histórico-culturais, as experiências e percepções sobre a gravidez precoce em diferentes décadas são distintas já que a problemática é entendida de acordo com o contexto no qual as meninas estão inseridas. Por isso o objetivo desse artigo foi, a partir de uma análise temporal compreender o contexto e as percepções de meninas que tiveram filhos antes dos 14 anos sobre esse processo.

Métodos

As diretrizes *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foram adotadas para apresentação dos aspectos metodológicos.[10]

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada através de entrevistas individuais com mulheres maiores de 18 anos que passaram por uma ou mais gravidezes e tiveram ao menos um filho antes dos 14 anos. Caracteriza-se como um estudo exploratório-retrospectivo já que as entrevistadas foram convidadas a relembrar experiências passadas, o que pode trazer vieses de interpretação devido a alterações nas memórias e reconstruções narrativas, além de limitações nas inferências possíveis.

O convite para participação foi publicado em postagens nas redes sociais da pesquisadora principal e entrevistadora: uma mulher de 28 anos, branca, casada, sem filhos, psicóloga, formada há três anos, que cursou residência multiprofissional em saúde coletiva e, atualmente, é mestranda em psicologia. O interesse por essa pesquisa decorreu da experiência prévia da pesquisadora principal durante a graduação e residência em um serviço de atendimento a vítimas de violência sexual atendendo crianças e mulheres adultas, o que a sensibilizou em relação aos desdobramentos de tal vivência na vida das pessoas envolvidas.

Por mais que estivesse inserida em um serviço de saúde, foi optado pela realização de um recrutamento das participantes por meio de postagens que foram republicadas e compartilhadas por outras pessoas e perfis, o que possibilitou que mulheres de diferentes contextos, desconhecidas das pesquisadoras e interessadas em participar da pesquisa entrassem em contato por mensagem

privada pela rede social. Durante o período da produção de dados, 21 mulheres enviaram mensagens com interesse de participar da pesquisa. Todas foram respondidas, mas ao longo dos dias, algumas justificaram que não conseguiriam falar sobre a temática, outras marcaram a entrevista, mas não assinaram o termo de consentimento ou não compareceram no dia marcado. O modo como procederam levou as pesquisadoras a pensarem sobre a dificuldade de falar sobre a experiência e os afetos que perpassam a gravidez e maternidade antes dos 14 anos.

Ademais, é importante ressaltar que o recrutamento por meio digital, a partir de uma página com conteúdo de saúde mental limitou o perfil das participantes, que necessariamente possuíam acesso digital, interesse prévio por temas de psicologia e maior capital educacional, o que pode influenciar suas percepções sobre as experiências vividas. Por não representarem a diversidade de experiências associadas à maternidade precoce, especialmente em contextos de maior exclusão social, há limitações nas possibilidades de generalização dos achados.

Devido às dificuldades para encontrar voluntárias e aos prazos existentes para finalização da pesquisa, ao final, dez mulheres foram entrevistadas. A limitação no tamanho da amostra não permite generalizações, mas, por ser um estudo exploratório sobre um tema complexo e pouco estudado, o objetivo do estudo foi aprofundar o entendimento sobre o problema.

Nenhuma das entrevistadas tinha relação prévia com as pesquisadoras. As entrevistas ocorreram entre março e dezembro de 2023 e foram agendadas individualmente através de mensagens de texto ou telefone. De acordo com a preferência das participantes, ocorreram majoritariamente de forma *online*, sendo que apenas uma foi presencial. As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos cada e ocorreram sem a presença de terceiros. Nenhuma entrevista precisou ser repetida e todas foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado construído especificamente para este estudo, com base na literatura sobre o tema,[2-5,7-9,11,12] contendo informações sociodemográficas e questões sobre a circunstância da gravidez, rede de apoio existente, assistência à saúde recebida, escolha pela manutenção da gravidez e vivência do parto e puerpério. O roteiro foi testado nas duas primeiras entrevistas e não houve modificação.

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo temática.[13] A partir de uma perspectiva interseccional, que considera os atravessamentos de gênero e raça nas experiências, o estudo buscou abranger debates sobre como os marcadores sociais impactam relações de maternagem-cuidado. A autora principal se autodeclara uma mulher branca e compreende como os privilégios da branquitude podem interferir no modo de produzir conhecimento e interpretar os dados de pesquisa - inclusive na escolha das leituras para a análise. Para evitar o apagamento do racismo estrutural buscou manter uma escuta atenta e eticamente comprometida e apresentar interpretações que considerassem os sentidos atribuídos pelas participantes e o impacto do racismo na vida de meninas e mulheres.

Devido à participação de mulheres com diversas idades e que vivenciaram a maternidade em diferentes décadas, optou-se por uma organização temporal dos dados para análise e discussão. Isso porque, em cada período, o contexto parece ter influenciado as percepções sobre as experiências vividas, as respostas sociais à gravidez e a assistência recebida. A organização cronológica dos dados buscou ressaltar as similaridades e diferenças entre as participantes tendo como pano de fundo o contexto social em que vivenciaram as experiências relatadas e as mudanças incorporadas à saúde materno infantil e na conjuntura da violência contra meninas ao longo do tempo. Essa abordagem não possui qualquer pretensão de generalização ou universalização das vivências, e está centrada em aprofundar a compreensão sobre os impactos singulares e históricos que perpassam o fenômeno da gestação antes dos 14 anos, respeitando as reconstruções de memória e o contexto histórico em que a experiência posicionou as entrevistadas.

Assim, a apresentação dos dados e discussão foi dividida em três categoriais: Décadas 1960 e 1970: *"como se eu fosse uma mulher"*, Décadas de 1980 e 1990: *"eu que fiz, eu tenho que criar*" e Anos 2000: *"criança não tem que engravidar"*. Os dados não foram devolvidos para as participantes para validação da análise e discussão realizadas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer nº 5.679.264). A fim de garantir o anonimato das participantes, elas foram identificadas pelo nome de outras mulheres que também representam lutas na nossa sociedade.

Resultados e Discussão

As participantes desse estudo foram mulheres com idade entre 28 e 72 anos (média de 46 anos). O estudo tem um recorte de raça/cor já que apenas duas entrevistadas se identificam como mulheres brancas e todas as demais, como mulheres negras. Todas têm, no mínimo, nove anos de educação formal (ensino fundamental completo), sendo que duas completaram o ensino superior e uma realizou pós-graduação (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização das participantes.

Participantes	Raça/cor	Idade (anos)	Escolaridade	Ano e idade que tiveram filho
Laudelina	Parda	72	Ensino médio completo	1964 - 13 anos
Penha	Preta	59	Ensino fundamental completo	1976 - 12 anos
Joana	Parda	59	Ensino médio completo	1977 - 13 anos
Dandara	Preta	50	Ensino médio incompleto	1987 - 14 anos
Maria	Branca	45	Ensino superior completo	1992 - 14 anos
Elza	Parda	43	Ensino superior completo	1994 - 14 anos
Eva	Preta	38	Pós-graduação	1995 - 11 anos
Ermelinda	Preta	37	Ensino médio completo	2000 - 14 anos
Nísia	Branca	30	Ensino superior incompleto	2006 - 13 anos
Rita	Parda	28	Ensino superior incompleto	2007 - 13 anos

As idades das entrevistadas no momento do parto foram relatadas pelas próprias no momento da entrevista.

Décadas de 1960 e 1970: *"Como se eu fosse uma mulher"*

As participantes que se tornaram mães nas décadas de 1960 e 70 narram contextos semelhantes no qual a gravidez ocorreu: um namoro escondido dos pais com um homem mais velho que virou um casamento após a descoberta da gravidez. Os Códigos civil (1916) e penal (1940) previam que mediante autorização dos responsáveis menores de 16 anos podiam se casar.[14] As famílias das entrevistadas tiveram influência na obrigatoriedade do casamento e no modo de compreensão da gravidez. Joana conta que no dia do seu casamento, aos 13 anos, o juiz pediu para que ela entrasse antes do noivo para ver "*se ela tinha tamanho para casar porque a idade era de criança*" (59 anos, mulher parda).

Na época, o casamento em caso de gravidez garantiria a restauração da honra da mulher e quando envolvia sedução de menores (o atual estupro de vulnerável), extinguia a punibilidade do autor do crime. Tal premissa foi revogada apenas em 2005 (Lei 11.106), o que evidência como a legislação brasileira foi extremamente danosa para crianças e adolescentes ao adotar mínimos marcos etários para a concessão ou impedimento da realização do casamento infantil – estando as meninas sempre precocemente aptas ao matrimônio.[14]

Aspectos biológicos como a capacidade de gestar, parir e amamentar amparam questões sociais que envolvem meninas e mulheres e naturaliza a maternidade e a divisão sexual do trabalho.[15] A adequação das mulheres a estes lugares-funções é fruto de uma produção discursiva que determina o que cada menina deve ser para ser 'verdadeiramente' uma mulher e, assim, situa o casamento e a maternidade não no campo do desejo, mas do destino. As entrevistadas reconhecem esse processo: "*eu ia ser mãe em algum momento mesmo*" (Penha, 59 anos, mulher preta).

O destino selado para as entrevistadas foi o mesmo de outras meninas e mulheres daquela geração: casamento como consequência de relações sexuais e maternidade compulsória. Nesse processo, assumir as responsabilidades com casa, bebê e uma vida adulta repararia a culpa por se deixarem seduzir por meninos/homens irresponsáveis e não terem prevenido a gravidez.[14]

No Brasil, antes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[16] estava consolidado o Decreto 17.943, que apresentava a assistência a "menores", termo utilizado em referência a pessoas com idade inferior a 18 anos. O conceito de maioridade legal relacionava a classificação etária com direitos e, por isso, apenas pessoas com idade superior a 18 anos tinham direitos e deveres.[17] Nesse cenário, a gravidez precoce não era considerada necessariamente um problema[12]: "E*ra uma coisa rotineira uma menina de 13 anos casada. Tanto que, na época* (1964)*, eu até ganhei um prêmio da mãe mais nova da cidade*" (Laudelina, 72 anos, mulher parda).

Ao engravidar as meninas passavam a ser entendidas como mães e a maternidade, como destino.[18] Os programas de saúde para mulheres da época tinham um enfoque materno-infantil com práticas de cuidado baseadas na especificidade biológica, no papel social de mãe e doméstica das mulheres. Isso resultava em intervenções sobre os corpos das meninas-mães visando assegurar que a saúde de seus filhos fosse adequada às necessidades sociais.[19]

Nesse contexto havia pouco diálogo sobre o universo da reprodução e da sexualidade – ainda mais com crianças e adolescentes. Além disso, até 1979, a Lei de Contravenções Penais[20] vetava anúncios de processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez, o que dificultava o conhecimento sobre o assunto: *"eu não sabia o que era uma relação sexual, não sabia nada, era uma criança esperando outra"* (Joana, 59 anos, mulher parda)*; "descobri que tava grávida quando deu muito enjoo e eu pensava que era problema de verme"* (Penha, 59 anos, mulher preta).

Ainda nos anos 1970 ao questionar - entre outras coisas - situações como estas, a segunda onda do movimento feminista propôs debates importantes sobre as desigualdades de gênero e sobrecarga feminina. Essa

onda introduziu questionamentos culturais e sociais sobre as premissas que determinavam o que é ser mulher e sobre o projeto de família vigente que influenciou as décadas seguintes.[21]

Décadas de 1980 e 1990: *"eu que fiz, eu tenho que criar"*

O contexto histórico-cultural das décadas de 1980 e 1990 apresentava mudanças decorrentes dos movimentos feministas, que contribuíram substancialmente para a implementação das primeiras políticas públicas com um recorte de gênero no Brasil. Algumas eram voltadas para a questão da violência de gênero que passou estava começando a ser entendida como um problema passível de responsabilização.[22]

Nesse contexto uma das quatro mulheres entrevistadas que engravidaram nesse período nomeou o que viveu como violência: "*eu acabei sendo violentada por um conhecido do meu pai aos 13 anos"* (Maria, 45 anos, mulher branca). Por ter sido ameaçada pelo agressor, escondeu a gravidez, que foi descoberta depois de seis meses. Os pais de Maria, mesmo reconhecendo a gravidade da situação, ao invés de procurarem a polícia e serviços de saúde para proteger e cuidar da filha, recorreram ao recurso das décadas anteriores: a obrigação do casamento (que inclusive livrou o agressor de responder pelo crime) e a maternidade compulsória.

Diferentemente, as demais entrevistadas relatam que engravidaram em relacionamentos rápidos com rapazes maiores de idade. Apesar da decepção das famílias, não foram obrigadas a casar, mas a interrupção da gravidez também não apareceu como uma possibilidade naquele momento.

A lógica maternalista e a construção social da subordinação feminina delegou a responsabilidade pela gravidez e maternidade às meninas, que se viram obrigadas a amadurecer precocemente.[15] Enquanto isso, os genitores escolheram não participar do cuidado afetivo e compartilharam apenas responsabilidades financeiras.

Mulheres que escolhem não criar os filhos, interromper uma gravidez ou fazer uma entrega legal do bebê eram - e ainda são -, socialmente condenadas. O trabalho reprodutivo feminino, além de compulsório, é naturalizado e segue invisibilizado por não estabelecer ciclos de acumulação, relações assalariadas ou preço no produto da sua força de trabalho.[15]

As entrevistadas relatam que encontraram apoio, especialmente da família: "*eu passava a noite acordada e depois dormia enquanto meu pai ficava com o bebê"* (Maria, 45 anos, mulher branca); "*eu recebia ajuda pra dar banho, com o peito*" (Elza, 43 anos, mulher parda). O apoio social é um dos fatores protetores no processo de gestação e maternagem, especialmente entre mães meninas e adolescentes.[23] Ter essa rede de apoio auxiliou as participantes a continuarem os estudos, mesmo com o impacto e a discriminação sofridos na escola.

Os anos 1980-90 foram marcados por conquistas importantes como a nova Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) que garantiram direitos à população e favoreceram a criação de políticas de saúde.[24] Outro grande marco ocorrido nessa época, fruto do processo de transformação na concepção sobre a infância e a adolescência que transcorreu ao longo dos anos 1980, foi a promulgação do ECA, em 1990. Ele regulamentou os direitos que garantem proteção integral dessa parcela da população e possibilitam seu desenvolvimento físico, psíquico, social e moral.[16,17] Dentre tais direitos, estão os sexuais e reprodutivos que pressupõem acesso a informações e ações sobre educação para a sexualidade visando maior autonomia, expressão da orientação sexual, acesso a formas de prevenção reprodutiva e respeito ao próprio corpo.[25,26]

A estruturação de tais direitos favoreceu maior garantia de direitos para crianças e adolescentes. No bojo de tais conquistas, mesmo com dificuldades, as entrevistadas que tiveram seus filhos nesse período tivessem acesso à assistência durante pré-natal, parto e puerpério: "*fiz o pré-natal em dois hospitais, no municipal e no estadual"* (Eva, 38 anos, mulher preta). Elza e Maria também fizeram o pré-natal, mesmo tendo chegado mais tardiamente ao serviço de saúde - uma porque não sabia que estava grávida e a outra porque escondeu a gravidez. Isso não é algo incomum entre adolescentes.[5] Pesquisas indicam, inclusive, que o início oportuno do pré-natal é menor entre adolescentes pretas e pardas do que entre meninas brancas em todas as idades, reflexo do padrão de iniquidades raciais discriminação presentes na oferta do cuidado.[8,27]

A gravidez entre meninas necessita de um acompanhamento que contemple o alto risco físico e psicossocial envolvido em tal situação e o acesso oportuno, inclusive para garantir o direito ao aborto previsto em lei quando desejado/necessário. Contudo, devido a fatores como desconhecimento sobre a gravidez, medo de reações de familiares, tentativas de adiar a revelação de uma situação de violência, ineficácia de serviços e falta de atenção às necessidades específicas das meninas, isso dificilmente ocorre, o que reforça a importância da possibilidade de interrupção da gravidez a qualquer tempo.[5,8]

Três entrevistadas desse período tiveram cesárea, parto descrito como "*tranquilo e rápido*" por Elza (43 anos, mulher parda). A discussão sobre via de parto e idade materna ainda envolve preconceitos como o que de uma adolescente não estaria apta física e emocionalmente a dar à luz por parto vaginal. Entretando, dados mostram que o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou

melhor de mulheres adultas.[8] Apesar disso, 38,4% das meninas-mães passam por uma cesárea.[5]

Em relação ao puerpério, destacamos a questão da amamentação, já que pesquisas apontam mães adolescentes têm maiores chances de desmame precoce dos filhos devido à complexidade que a questão envolve nesse contexto.[27] Dandara e Eva amamentaram por dois e três meses respectivamente, a primeira devido a uma grave anemia e, a segunda, para voltar a estudar. Ambas relatam que não desejavam amamentar, pois preferiam vivenciar outras experiências naquele momento, como voltar para a escola. Já para Maria, seu leite era a única forma de garantir alimento para a filha: "*Eu passei fome, cheguei a pesar 40kg porque não me alimentava. Mas ela* (filha) *não passou porque ela mamava em mim*" (Maria, 45 anos, mulher branca).

Essas experiências reafirmam a importância da integralidade do cuidado a cada menina-mãe, para que as orientações quanto ao aleitamento sejam viáveis e adequadas também para o bem-estar delas e que não reforcem processos de isolamento e culpabilização.[27] É importante ressaltar que, apesar de mais de 10 mil meninas menores de 14 anos darem à luz por ano,[5] os estudos sobre amamentação e as especificidades desses casos ainda são escassos.

O contexto no qual essas entrevistadas foram mães favoreceu a disponibilidade de familiares, especialmente mulheres, para serem rede de apoio e proporcionar a manutenção de algo da infância dessas meninas-mães. Mas, mesmo assim, a lógica do "*eu que fiz, eu tenho que criar*" (Eva, 38 anos, mulher preta) imperou e a maternidade se fez presente na vida delas de forma precoce.

Entretanto, o imaginário de que deveriam ficar satisfeitas em criar filhos, oferecer suporte biológico e investimento afetivo[28] não ecoa entre as entrevistadas. Elas afirmam que se arrependem de terem sido mães naquele momento e reconhecem que suas infâncias não foram protegidas. As repercussões da gravidez e da maternidade ocorridas antes dos 14 anos assombram a vida dessas mulheres e, apesar das diferentes vivências, há impactos persistentes - especialmente na saúde mental -, fruto das responsabilidades assumidas, imposição do lugar de cuidadora e naturalização da maternidade.

Anos 2000: *"criança não tem que engravidar"*

No final dos anos de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que a violência de gênero contra meninas e mulheres é um grave problema de saúde pública devido a sua grande prevalência e consequências danosas à saúde.[29] Desde então, diversos estudos e políticas públicas têm sido desenvolvidas, com um aumento significativo de conhecimento sobre o tema e visibilidade do problema. Nesse cenário, as três entrevistadas que foram mães a partir dos anos 2000 reconheceram terem engravidado em contextos de violência.

Nísia tinha 12 anos quando começou a namorar com um rapaz maior de idade que sempre foi violento com ela, que acreditava que "*se tivesse um filho, ele poderia mudar*" (30 anos, mulher branca). Assim, com cinco meses de namoro engravidou. Mas a violência não cessou: "*eu achava que o pai da minha filha seria meu ponto de segurança, mas ele ameaçava tirar a vida da minha mãe e dos meus irmãos se eu me separasse*". Aos 14 anos, ela conseguiu fugir quando a filha tinha um ano e oito meses.

Rita foi estuprada durante dois anos pelo irmão da sua madrasta, até ficar grávida: "*Aconteceu debaixo do mesmo teto e ninguém observou. Ele tinha 27 anos e eu tinha 10 quando começou"* (28 anos, mulher parda). Mesmo tendo apenas 13 anos quando engravidou, ao invés de protegê-la, os adultos a taxaram de sem-vergonha e vagabunda: "*Nunca é o abusador, é sempre a vítima. E eu era só uma menina".* Ermelinda trabalhava na casa de uma família, sentia-se acolhida e respeitada até o dia que seu patrão a drogou e estuprou. A esposa do agressor e a mãe de Ermelinda a culparam pelo ocorrido e a apresentaram à justiça "*como se tivesse tomando o marido da outra*" (37 anos, mulher preta). Os profissionais da delegacia precisaram sinalizar para as duas mulheres que ela era uma criança e contaram que já tinham acolhido outras vítimas do mesmo agressor.

Apesar da lei 12.015[1] ter sido promulgada apenas em 2009, quando essas meninas passaram por tais situações o ECA[16] já existia há mais de 10 anos. Mesmo assim, familiares tiveram dificuldade em protegê-las, o que reforça o descompasso que permanece entre previsões legais e entendimentos sociais sobre questões como gênero, sexualidade e violência. Diminuir tais hiatos para garantir a efetivação de direitos de forma mais célere, requer que medidas político-educativas sejam implementadas de forma consistente e não apenas com as crianças e adolescentes.

A autonomia para o exercício da sexualidade com segurança depende, entre outros aspectos, de acesso à informação qualificada. Nos anos 2000 ações de educação para a sexualidade, prevenção de violências e discussões sobre igualdade de gênero já/ainda eram realizadas entre crianças e adolescentes, especialmente nas escolas.[9,23] Ademais, é fundamental - ainda mais em um cenário de retrocessos -, que envolvam a comunidade como um todo para que esta possa, de fato, agir como rede de proteção.[11]

O processo de cuidado com pessoas em situação de violência envolve emoções complexas e exige o acionamento de dispositivos como trabalho em rede e clínica ampliada, nem sempre disponíveis no rol de ferramentas dos profissionais. Isso acaba deslocando os casos para uma posição marginal e, não por acaso, muitos

acabam em um jogo de empurra-empurra entre serviços e setores.[29]

Entretanto é partir do apoio encontrado nos diferentes elementos que compõem uma rede que situações de violência - e outros processos de vulnerabilização -, podem começar a ser superados. O encontro de Ermelinda com o policial, que a reconheceu como uma criança e nomeou a situação em que ela estava como de violência sexual, foi fundamental para que ela encontrasse algum apoio - inclusive a possibilidade de realizar um aborto previsto em lei, que ela recusou.

As outras duas entrevistadas não tiveram nem a informação sobre esse direito, sendo que uma delas tentou interromper a gravidez por conta própria. Estima-se que ocorram anualmente no Brasil mais de 700 mil abortos inseguros.[7] O desconhecimento sobre o direito em casos de estupro e a dificuldade de acesso a serviços que realizam o aborto previsto em lei, muitas vezes faz com que meninas e mulheres recorram a tentativas clandestinas. Por serem geralmente mais empobrecidas, meninas negras e pobres costumam ficar mais inseguras e correr maior risco de serem criminalizadas.[2,7]

No Brasil, as mulheres não brancas são as que mais sofrem com as violências de gênero, inclusive a obstétrica, caracterizada pela violação à saúde sexual e reprodutiva da mulher, por ação ou omissão, durante o pré-natal, parto e puerpério. A desvalorização e desumanidade ligada às mulheres negras, fruto da nossa herança colonial, ainda se legitima nas relações de biopoder, expressas através de assistência inadequada e práticas violentas.[30]

As três entrevistadas reconhecem situações violentas no momento do parto, como desqualificação devido à pouca idade, ausência de explicação sobre procedimentos realizados e utilização de intervenções desnecessárias, como a manobra de Kristeller: *"(...) ele jogou o corpo todo em cima da minha barriga duas vezes para meu filho sair"* (Rita, 28 anos, mulher parda). Ermelinda procurou o hospital com dores, mas o médico disse: "*você não vai ganhar hoje, pode ir pra casa, é só daqui duas semanas. (...) Ai quando fui sair do hospital, ainda bem que tava de vestido, a bolsa estourou, só fiz agachar e já saiu*" (37 anos, mulher preta). Aos 14 anos, ela deu à luz na porta da instituição, sem assistência adequada.

Entre essas entrevistadas também não houve orientações adaptadas e/ou adequadas sobre amamentação. Rita e Ermelinda amamentaram pouco tempo. Já Nísia encontrou na amamentação uma forma de proteger a si e à filha da violência doméstica que sofria: "*eu tinha muito medo dela chorar e ele* (genitor) *brigar comigo. Ela vivia no meu peito porque eu tinha medo mesmo*" (30 anos, mulher branca).

Mudanças sociais, culturais e à presença de políticas públicas voltadas ao enfrentamento de violências de gênero podem ter favorecido que as participantes que tiveram filhos nos anos 2000 tivessem uma percepção diferente sobre as violências vividas. Contudo, a assistência que encontraram ainda apresentou fragilidades que trouxeram consequências para ela e seus filhos.

Considerações finais

O crime de estupro presumido e a gravidez precoce, uma de suas possíveis consequências, são problemas antigos, mas que ainda carecem de reconhecimento e problematização. Entre nossas entrevistadas, as violências foram mais claramente reconhecidas a partir dos anos 2000, mas o casamento precoce e, especialmente, a maternidade compulsória seguiram naturalizados ao longo dos anos.

Apesar dos avanços que aconteceram nas últimas décadas, inclusive com a promulgação da Lei 12.015/2009, a invisibilidade e a naturalização da violação sexual de meninas ainda se faz presente. As participantes relataram situações que sinalizam falta de cuidado adequado, negligência e banalização das violências que vivenciaram, tanto por familiares quanto por profissionais, que deveriam protegê-las enquanto sujeitos em desenvolvimento.

Nesse sentido, a forma como gênero, sexualidade e direitos humanos são entendidos interfere na forma como meninas são acolhidas – ou não -, ao passarem por situações como essas. Tais entendimentos interferem, inclusive na garantia do acesso ao direito ao aborto previsto em lei, que não deveria ser objeto de questionamento quando associado a um estupro de vulnerável. Por isso é necessário e urgente a produção de outras pesquisas sobre a realidade de meninas-mães e sobre as percepções e práticas dos profissionais - especialmente os de saúde, mas não só -, sobre o cuidado que se produz.

Agradecimentos

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro para execução da pesquisa.

Contribuição dos autores

Dias MA e Hasse M: concepção, delineamento, estruturação, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito.

Todas as autoras aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. Brasil. Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei n o 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília (DF): DOU 8 de agosto de 2009. [acesso em 2025 Set 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
2. Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Ramos JAS. The invisible magnitude of the rape of girls in Brazil. Rev Saúde Pública. 2021 Dez; 55 (103). https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003439
3. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? Cad Saúde Pública. 2021; 37 (12): e00085321. https://doi.org/10.1590/0102-311X00085321
4. Cardieri L. Estupro de Vulnerável: caracterização de meninas mães no ano de 2021 - Brasil e Regiões. In: Estudo meninas mães 2023: atualização da análise de dados do SINASC/DATASUS 2021 para o estudo original da década 2010-2019. Curitiba: PR, Rede Feminista de Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos; 2023.
5. Pinto IV, Bernal RTI, Souza JB, Andrade GN, Araújo LF, Felisbino-Mendes MS, *et al*. Gravidez em meninas menores de 14 anos: análise espacial no Brasil, 2011 a 2021. Ciênc Saúde Colet. 2024; 29 (9): e10582024. https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.10582024
6. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro 1940. Código Penal. Brasília (DF): DOU 8 de dezembro de 1940. [acesso em 2025 Set 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
7. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Ramos Jr AN, Carvalho FHC, Machado MMT, *et al*. Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. Rev Saúde Pública. 2014 Jun; 48 (3): 508-20. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004878
8. Silva LES, Costa JC, Blumenberg C, Lima NP, Ruas LPV, Costa FS, *et al*. Início oportuno do pré-natal em adolescentes vítimas de violência sexual: implicações para o aborto legal no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2025 Jan; 30 (1): e18682024. https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.18682024
9. Costa SF, Tarquette SR, Moraes CL, Souza LMBMS, Moura MP. Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o "estupro de vulnerável". Cad Saúde Pública. 2020; 36 (11): e00218019. doi: 10.1590/0102-311X00218019
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021; 34: eAPE02631. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631
11. Cabral CS. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. Saúde Soc. 2017 Oct; 26 (4): 1093-104. https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001
12. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. Cad Saúde Pública. 2020; 36 (8): e00029420. https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420
13. Taquette SR. Pesquisa qualitativa para todos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2020.
14. Plan International Brasil. Tirando o véu. Estudo sobre casamento infantil no Brasil. São Paulo, Brasil; SD. [*Internet*]. [acesso 2025 Out 3]. Disponível em: https://plan.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Tirando-o-veu-estudo-casamento-infantil-no-brasil-plan-international.pdf
15. Iaconelli V. Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas de reprodução. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2023.
16. Brasil. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): DOU 14 de julho de 1990. [acesso em 2025 Set 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
17. Gallo S, Limongelli RM. "Infância maior": linha de fuga ao governo democrático da infância. Educ Pesq. 2020; 46: e236978. https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046236978
18. Badinter E. Um amor conquistado: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: RJ: Nova Fronteira; 1985.
19. Villela W, Monteiro S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: Villela W, Monteiro S. (org.). Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Brasília (DF): Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2005.
20. Rosaneli CF, Costa NB, Sutile VM. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. Physis. 2020; 30 (1): e300114. https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300114
21. Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS, Menezes GMS, Costa MCN, Natividade MS. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. Epidemiol Serv Saúde. 2021; 30 (1): e201953. https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100003

22. Moraes AF, Sorj B. Os paradoxos da expansão dos direitos das mulheres no Brasil. In Moraes AF, Sorj B. (org). Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2009.

23. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília (DF): UNICEF; 2011 [acesso em 2025 Out 20]. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes-textos-e-artigos/publicacoes/publicacoes-1/situacao-da-adolescencia-brasileira-2011

24. Virgens JHA, Teixeira CF. Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. Saúde Debate. 2022 Jan; 46 (133): 534-50. https://doi.org/10.1590/0103-1104202213320

25. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, Santos SS, Dias ACG. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. Psicol Estud. 2014 Apr; 19 (2): 211-21. https://doi.org/10.1590/1413-737221567004

26. Tibiriça VA, Faria VGS, Silva ALC, Almeida CS. Sexualidade e gênero: o que pensam os adolescentes? O papel da escola e sociedade na visão de adolescentes sobre a temática. Saúde Redes. 2023; 9 (2). https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n2.3955

27. Conde RG, Guimarães CMS, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. Acta Paul Enferm. 2017 Jul; 30 (4): 383-9. https://doi.org/10.1590/1982-0194201700057

28. Donath O. Mães Arrependidas: uma outra visão da maternidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

29. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu). 2017 Jan; 21 (60): 52-62. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357

30. Santana AT, Couto TM, Lima KTRS, Oliveira PS, Bomfim ANA, Almeida LCG, *et al*. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. Ciênc Saúde Colet. 2024; 29 (9): e09952023. https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.09952023

Recebido em 6 de Novembro de 2025
Versão final apresentada em 6 de Julho de 2026
Aprovado em 7 de Julho de 2026

Editor Associado: Aline Brilhante