

Marina Abreu Dias

***“Era só uma criança”*: compreensões sobre a maternidade vivida antes dos 14 anos**

**Uberlândia
2024**

Marina Abreu Dias

***“Era só uma criança”*: compreensões sobre a maternidade vivida antes dos 14 anos**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção à Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde Coletiva. Orientadora: Prof. Dra. Mariana Hasse.

**Uberlândia
2024**

AGRADECIMENTOS

A Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Coletiva foi um desejo permeado de altas expectativas de aprendizado e crescimento. Diante dela, me deparei com a realidade que exigiu adaptações, pés no chão, firmeza, resiliência e força. Lembrarei de todas as experiências com orgulho de mim e do que fui capaz de construir e aprender durante esses dois anos. Amadureci, sobrevivi e experienciei de forma bem real a vida, a psicologia, a saúde, o trabalho multiprofissional e as relações humanas. Então, agradeço a UFU pela oportunidade de me especializar.

Aos campos de estágios, professores, preceptores e pacientes, agradeço pelos encontros, pelos aprendizados e por terem me ensinado a proporcionar o cuidado, a atenção e o respeito.

Às mulheres entrevistadas neste trabalho, agradeço por confiarem suas histórias, suas experiências, dificuldades e por terem contribuído com o meu amadurecimento pessoal e profissional. A cada encontro conseguia refletir ainda mais sobre ser mulher na nossa sociedade.

À Profa. Mariana Hasse, agradeço pela sustentação, pela força, por promover um ambiente de segurança, por me desafiar e acreditar que eu conseguiria finalizar tanto esse trabalho quanto a residência desde o início dos nossos encontros. Que possamos estar juntas em outros trabalhos também.

À banca, Profa. Miriam Tachibana e Profa. Poliana Resende, agradeço pela possibilidade da troca, pela disponibilidade de estarem comigo em um momento tão marcante: apresentação do trabalho e finalização da residência.

À minha mãe, agradeço o cuidado ativo, presente, protetor, preocupado, emotivo e racionalizado. Ao meu pai, agradeço pela praticidade, resolutividade, pela segurança e pela estabilidade. Aos dois, agradeço me auxiliarem a caminhar e a suportar os desafios presentes. Ao meu irmão, agradeço a praticidade, pelas brincadeiras e pelas diferenças. A minha avó, agradeço pelo incentivo ao meu trabalho - a maior apoiadora da pesquisa -, pelo carinho e pelas nossas conversas. Ao Rafael, parceiro de vida, agradeço a paciência, espontaneidade, leveza, cuidado, companheirismo e por exigir que a pausa, o descanso, o brincar e as risadas estejam em nossa rotina. Aos meus sogros, agradeço pelas experiências trocadas, pelo cuidado e pela ajuda durante esses anos.

Aos meus amigos, agradeço por me incentivarem, por estarem presentes, por permanecerem e terem compreendido a intensidade da vivência da residência me proporcionando estabilidade, leveza e cuidado. Aos meus colegas residentes, agradeço pelos

encontros e pelos desencontros, compreendi a importância de florescer em meio aos desafios e de suportar as tempestades com limites e proteção.



ATA

Às 13:30 horas do dia 08 de fevereiro de 2024, de forma presencial, no bloco 8C, sala 110, Campus Umuarama, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado como **“ERA SÓ UMA CRIANÇA”: COMPREENSÕES SOBRE A MATERNIDADE VIVIDA ANTES DOS 14 ANOS**”, de autoria do(a) residente **Marina Abreu Dias**. A Banca examinadora foi composta por: Profa. Dra. Mariana Hasse, Faculdade de Medicina - UFU - orientador(a) e presidente da banca, Profa. Dra. Miriam Tachibana, Instituto de Psicologia da UFU e Profa. Dra. Poliana Castro de Resende Bonati, Universidade Federal de Uberlândia - membros titulares. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 15 minutos, e até 5 minutos de acréscimo. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 10 minutos cada, tendo sido assegurado a eles igual tempo para resposta. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: **APROVADO(A)**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista conforme § 2º do Art. 3º da Resolução nº 5/2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O Certificado de Conclusão de Residência será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto e das normas do PRAPS-FAMED-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Profa. Dra. Mariana Hasse, Faculdade de Medicina - UFU

Profa. Dra. Miriam Tachibana, Instituto de Psicologia da UFU

Profa. Dra. Poliana Castro de Resende Bonati, Doutorado em Saúde Pública, Universidade Federal de Uberlândia



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Hasse, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/02/2024, às 15:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Poliana Castro de Resende Bonati, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/02/2024, às 17:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Miriam Tachibana, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/02/2024, às 21:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5131440** e o código CRC **3C57A20A**.

Referência: Processo nº 23117.005871/2024-93

SEI nº 5131440

RESUMO

A gravidez e a maternidade de meninas menores de 14 anos evidenciam uma questão grave de saúde pública, por decorrerem sempre de uma violência presumida. As construções sobre a saúde e o cuidado e as compreensões sobre a infância e a adolescência se modificaram, ao longo do tempo, assim como os debates sobre violência sexual e consentimento. Por isso, compreende-se a relevância de estudos que identifiquem percepções das mulheres que tiveram filhos antes dos 14 anos sobre a gravidez e a maternidade, para ampliar o entendimento dos profissionais sobre a situação e qualificar a assistência. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender como mulheres que atualmente têm mais de 18 anos, percebem a gravidez e a maternidade vividas antes dos 14 anos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e se caracteriza como uma pesquisa qualitativa. As participantes foram dez mulheres, maiores de 18 anos que passaram por uma ou mais gestações e tiveram seus filhos antes dos 14 anos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temático e temporal. As participantes foram mulheres entre 28 e 72 anos, que engravidaram entre os anos de 1964 e 2007. Atualmente, nenhuma delas está casada com o genitor dos filhos que tiveram antes dos 14 anos. A partir da análise de dados, foi possível identificar três categorias: 1) *“Como se eu fosse uma mulher”* – o contexto da gravidez, 2) *“Parabéns, é uma menina”* – os (des)cuidados em saúde, 3) *“Muito pequena para dar conta”* - repercussões das experiências. Inicialmente, observa-se que o contexto era de obrigatoriedade do casamento, após a descoberta da gravidez. Nas décadas seguintes, a rede de apoio auxiliou no cuidado da gravidez e da maternidade. Com avanço do feminismo, as meninas mães, a partir de 1980, começaram a identificar a gravidez como consequência de uma violência sexual. O acesso aos serviços de saúde era restrito e com o surgimento de políticas públicas, foi ampliado e priorizado a saúde materno-infantil. Porém, as especificidades da gravidez de meninas ainda não são cuidadas de modo integral, além de informações sobre prevenção, possibilidade de interrupção da gestação, vias de parto e amamentação não serem fornecidas. As experiências de violências repercutiram na maternidade, na relação consigo mesmo, no trabalho e no estudo, o que gerou consequências a curto e a longo prazo. Dessa forma, é necessário debates acerca da violência contra crianças e adolescentes e sobre a maternidade nesse período, a fim de ofertar proteção, cuidado e o desenvolvimento integral a essa população.

Palavras-chave: maternidade; saúde materno-infantil; violência.

ABSTRACT

Pregnancy and motherhood of girls under 14 years of age highlight a serious public health issue, as they always result from presumed violence. Constructions about health and care and understandings about childhood and adolescence have changed over time, as have debates about sexual violence and consent. Therefore, studies that identify the perceptions of women who had children before the age of 14 about pregnancy and motherhood are relevant to expand professionals' understanding of the situation and qualify assistance. Thus, the objective of this study was to understand how women who are currently over 18 years old perceive pregnancy and motherhood experienced before the age of 14. The research was approved by the Research Ethics Committee and is characterized as qualitative research. The participants were ten women, over 18 years of age, who had one or more pregnancies and had their children before the age of 14. Data were analyzed using thematic content analysis. The participants were women between 28 and 72 years old, who became pregnant between 1964 and 2007. Currently, none of them are married to the parent of the children they had before the age of 14. From the data analysis, it was possible to identify three categories: 1) "As if I were a woman" – the context of the pregnancy, 2) "Congratulations, it's a girl" – the (lack of) health care, 3) "Too small to handle it" - repercussions of the experiences. Initially, it is observed that the context was that marriage was mandatory after the pregnancy was discovered. In the following decades, the support network helped with pregnancy and maternity care. With the advancement of feminism, girl mothers, from 1980 onwards, began to identify pregnancy as a consequence of sexual violence. Access to health services was restricted and with the emergence of public policies, maternal and child health was expanded and prioritized. However, the specificities of girls' pregnancies are still not fully addressed, in addition to information on prevention, the possibility of terminating the pregnancy, modes of delivery and breastfeeding not being provided. Experiences of violence had an impact on motherhood, relationships with oneself, work and study, which generated short and long-term consequences. Therefore, debates are needed about violence against children and adolescents and about motherhood during this period, in order to offer protection, care and integral development to this population.

Keywords: maternity; maternal and child health; violence.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Objetivo geral e específicos.....	10
3. Método.....	10
3.1 Tipo de Estudo.....	10
3.2 Aspectos éticos.....	11
3.3 Participantes, instrumentos e procedimentos	11
3.4 Análise de Dados.....	12
3.5 Limitações do estudo.....	13
4. Resultados e discussão.....	13
4.1 “ <i>Como se eu fosse uma mulher</i> ” – O contexto da gravidez	14
4.2 “ <i>Parabéns, é uma menina</i> ” – Os (des)cuidados em saúde.....	20
4.3 “ <i>Muito pequena para dar conta</i> ” - Repercussões das experiências.....	28
5. Considerações Finais.....	30
Referências Bibliográficas.....	33
Apêndice A.....	49
Apêndice B.....	40
Apêndice C.....	41
Anexo.....	42

1. Introdução

A compreensão sobre saúde e a oferta de serviços e ações de cuidado para a população sofreram alterações ao longo dos anos. Por volta da década de 1970, surgiu o movimento sanitário, o qual propôs modificações no ideário e construção de saúde por meio de um processo articulado de teorias e práticas envolvidas em aspectos sociais, políticos e ideológicos na saúde e na sociedade (Virgens; Teixeira, 2022). Tais propostas foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e ficaram garantidas, na Constituição, como um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Foram dispostas, posteriormente, na Lei 8.080 (Brasil, 1990), que cria o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário, a saúde passou a ser compreendida de forma integral, influenciada por determinantes sociais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação e atividade física (Brasil, 1990). Os determinantes sociais constituem o conjunto de aspectos que influenciam e são influenciados pelos processos de saúde, adoecimento e acesso a cuidados em saúde. Por isso, é importante que serviços e ações de saúde realizem o acompanhamento e avaliação para que as necessidades coletivas e individuais sejam atendidas (World Health Organization, 2023).

Concomitantemente ao surgimento do SUS, observou a necessidade social e a importância do cuidado com crianças e adolescentes. A partir disso e das influências do cenário nacional e da nova compreensão de saúde, foi disposto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990), o qual modifica a compreensão social a respeito das crianças e adolescentes. Antes do ECA, era consolidado o Decreto 17.943 (Brasil, 1927), 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, assim, apenas aqueles com idade superior a 18 anos poderiam desfrutar de direitos, ser responsabilizados civil e criminalmente e exercer obrigações. Contudo, com a criação do ECA, esse termo tornou-se inapropriado e depreciativo, já que crianças e adolescentes também possuem direitos que garantem proteção integral e possibilitam seu desenvolvimento físico, psíquico, social e moral (Gallo; Limongelli, 2020; Brasil, 1990).

O ECA evidencia alguns direitos necessários para o desenvolvimento de crianças e adolescentes como o acesso à saúde, lazer, respeito, liberdade, alimentação saudável, educação, esporte, profissionalização, convivência familiar e comunitária, os quais são responsabilidade da família, do Estado e da comunidade. Tais direitos se relacionam diretamente ao SUS, não só

pelo aspecto da saúde, mas pela influência e a relevância dos determinantes sociais no desenvolvimento dos sujeitos (Brasil, 1990).

Dentre esses direitos, estão os sexuais e reprodutivos. A sexualidade exterioriza-se ao longo do desenvolvimento humano e relaciona-se a questões físicas, biológicas, emocionais e sociais, de forma que os sentimentos, sensações e desejos vão influenciar o modo de estar, compreender e expressar as práticas sexuais. Desse modo, apresentar informações e ações sobre educação para a sexualidade pode proporcionar maior autonomia, expressão da orientação sexual, acesso a formas de prevenção reprodutiva e respeito ao próprio corpo (Tibiriçá et al., 2023), o que pode evitar relações e situações de violência.

A violência sexual caracteriza-se por quaisquer atos sexuais ou a tentativa de obtê-lo, podendo envolver comentários ou uso de coerção cometidos por qualquer pessoa em qualquer ambiente independentemente do relacionamento com a vítima (Organização Mundial da Saúde, 2012). A Rede Feminista de Saúde, direitos sexuais e reprodutivos (Daltoé, Cardieri & Soares, 2021) apresenta que, entre 2010 e 2019, 252.786 meninas de 10 a 14 anos engravidaram e tiveram filhos nascidos vivos no Brasil, além de tantas outras meninas que engravidaram, mas não chegaram a parir. Em 2021, foram registrados 25.280 casos de meninas menores de 14 anos que se tornaram mães (Cardieri, 2023). As relações desiguais de gênero e os valores patriarcais deixam meninas mais vulneráveis à violência sexual, que tem consequências individuais, sociais e de saúde para essa população (Souto et al., 2017).

A Lei 12.015 (Brasil, 2009) apresenta como crime de estupro de vulnerável a prática de ato libidinoso com crianças menores de 14 anos, sendo insignificante um possível consentimento da vítima para tal prática. O consentimento, segundo Lowenkron (2015), é compreendido como a “capacidade para exercer livremente a própria vontade” (p. 230), que se relaciona diretamente com a autonomia e com a possibilidade de tomar decisões dotadas de razão.

Ao considerarmos a infância e a adolescência, nos deparamos com o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, do discernimento, do corpo biológico e de tantos outros aspectos que podem se desenvolver - ou não - de acordo com o que é oferecido pelo ambiente. Dessa forma, quando a Lei 12.015 (Brasil, 2009) considera o consentimento irrelevante para a prática de ato libidinoso, ela visa garantir legalmente a preservação da infância e da adolescência para assegurar saúde e um desenvolvimento integral (Lowenkron, 2015), como preconizado no ECA (Brasil, 1990).

É importante ressaltar que, de acordo com o artigo 128 do Decreto-Lei nº 2.848 (Brasil, 1940), todas essas meninas foram vítimas de estupro presumido. Além da assistência jurídica e

psicossocial adequada, essas meninas têm direito a escolher por uma interrupção legal da gravidez prevista para casos de estupro. Apesar disso, muitas meninas não tiveram ou não têm seus direitos assegurados e vivenciam uma gestação e maternidade compulsória.

A quantidade de meninas de 10 a 14 anos que engravidaram, nos últimos anos, evidenciam uma questão grave de saúde pública, já que tanto a violência vivida quanto a consequente maternidade caracterizam como determinantes sociais que influenciam a saúde e a vida dessas meninas. A gestação, neste período, pode impactar a saúde física da menina e do bebê por meio de diabetes gestacional, sofrimento fetal, prematuridade, além de gerar intenso sofrimento psíquico que pode atravessar a gestação (Nascimento et al., 2021). Ademais, pode ocasionar em consequências sociais como evasão escolar, exclusão e isolamento social, abandono familiar e diminuição de oportunidades profissionais, o que pode aumentar a vulnerabilidade individual, social e programática das meninas (Martinez et al., 2011).

Assim como as construções sobre a saúde se modificaram e consolidaram ao longo do tempo, as compreensões sobre a infância e adolescência e os debates sobre violência sexual e consentimento também. Portanto, compreende-se a relevância de estudos que identifiquem percepções das mulheres que tiveram filhos antes dos 14 anos sobre a gravidez e a maternidade para ampliar o entendimento dos profissionais sobre a situação e qualificar o cuidado e assistência.

2. Objetivos geral e específicos

O objetivo geral deste estudo foi compreender como mulheres que atualmente têm mais de 18 anos, percebem a gravidez e a maternidade vividas antes dos 14 anos. Os objetivos específicos foram: identificar o contexto em que a gravidez aconteceu; conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência recebida durante a gravidez, parto e puerpério; conhecer as percepções sobre as repercussões da experiência na vida dessas mulheres.

3. Método

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, a qual busca conhecer os significados, afetos e valores dos participantes para compreender as experiências, situações e o contexto no qual os sujeitos estão inseridos (Batista, Matos & Nascimento, 2017). Diante dos

objetivos propostos, a pesquisa qualitativa proporciona a assimilação da subjetividade e da singularidade de cada indivíduo a fim de observar as contradições, ambivalências, interesses, desejos, relações e desigualdades presentes no discurso, que possibilitam ao pesquisador elaborações e assimilações a respeito da temática (Minayo, 2012).

3.2 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, assim, os direitos das participantes foram preservados e só participaram da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). A fim de garantir o sigilo, as participantes foram nomeadas de modo fictício por nomes de mulheres que inspiraram e representaram lutas na nossa sociedade. O parecer de aprovação do Comitê de Ética foi nº 5.679.264 (Anexo 1).

3.3 Participantes, instrumentos e procedimentos

As participantes foram mulheres maiores de 18 anos que passaram por uma ou mais gravidezes e tiveram seus filhos antes dos 14 anos. Tais mulheres foram convidadas por meio de postagens (Apêndice B) em redes sociais da entrevistadora e entraram em contato por mensagem privada. Após verificação dos critérios de inclusão (ter tido ao menos um filho biológico antes dos 14 anos e, atualmente, ter uma idade superior a 18 anos), foram realizados esclarecimentos sobre a pesquisa, como apresentação dos objetivos da mesma e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A entrevistadora foi a autora deste estudo: 26 anos, branca, casada, sem filhos, psicóloga, formada há dois anos e residente em Atenção em Saúde Coletiva. Por meio de instruções de sua orientadora, a entrevistadora foi treinada a realizar as entrevistas, que foram agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes e realizadas individualmente, algumas de modo presencial e outras online, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Foram entrevistadas dez mulheres e o critério de saturação foi utilizado para a cessação da produção de dados. De acordo com Rego, Cunha e Junior Meyer (2018), nas pesquisas qualitativas, a saturação da amostra ocorre por meio de uma saturação teórica, na qual é realizada uma comparação entre os dados coletados e a teoria.

O roteiro da entrevista (Apêndice C) foi construído especificamente para este estudo, com base na literatura sobre o tema (Cabral; Brandão, 2022; Nascimento et al, 2021), contendo informações sociodemográficas (idade, naturalidade, estado civil, número de gestações e filhos, raça/cor, religião, grau de escolaridade, ocupação) para caracterizar as participantes e questões sobre a circunstância da gravidez, assistência à saúde recebida, vivência do parto e rede de apoio existente. Além disso, o roteiro também abordou percepções sobre a possibilidade de interromper a gestação e sobre a escolha pela maternidade nesse momento.

Participantes	Idade	Raça/cor	Ano e idade que tiveram filho	Escolaridade
Laudelina	72	Parda	1964 - 13 anos	Ensino médio completo
Penha	61	Preta	1976 - 14 anos	Ensino fundamental completo
Joana	59	Parda	1977 - 13 anos	Ensino médio completo
Dandara	50	Preta	1987 - 14 anos	Ensino médio incompleto
Maria	45	Branca	1992 - 14 anos	Ensino superior completo
Elza	43	Parda	1994 - 14 anos	Ensino superior completo
Eva	38	Preta	1995 - 11 anos	Pós-graduação
Hermelinda	37	Preta	2000 - 14 anos	Ensino médio completo
Nísia	30	Branca	2006 - 13 anos	Ensino superior incompleto
Rita	28	Parda	2007 - 13 anos	Ensino superior incompleto

Tabela 1 - Caracterização das participantes

3.4 Análise dos dados

Os dados produzidos foram analisados a partir da análise de conteúdo temático proposta por Bardin (1979). De acordo com Minayo (2009), esta análise busca identificar unidades de sentido sobre uma mesma temática, a fim de estabelecer relações entre o objetivo do estudo e o que foi encontrado. Para realizar a análise, é necessário seguir três etapas importantes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na fase de pré-análise, foi realizada uma leitura atenta e flutuante do material a fim de formular questionamentos e hipóteses do que foi apresentado. Na segunda etapa, exploração do material, foi produzida a categorização a partir dos núcleos de sentido do texto por meio da

redução a palavras e expressões significativas para classificação e agregação dos dados colhidos. Na última etapa, de tratamento de resultados, as pesquisadoras propuseram inferências aos dados encontrados e realizaram interpretações acerca do material coletado (Bardin, 1979).

A partir dessa análise de conteúdo, foi possível articular os resultados encontrados com vivências, recursos e interpretações a fim de construir articulações importantes para o alcance dos objetivos. Além dessa análise, foi possível realizar uma análise temporal a respeito do contexto da gestação, a assistência à saúde e das repercussões da maternidade na vida das entrevistadas.

3.5 Limitações do estudo

A Lei 12.015 (Brasil, 2009) foi sancionada em 2009 e as participantes da pesquisa foram mães antes desse período, sendo a última em 2007. A lei pode proporcionar mudanças sociais em diversos setores como a saúde, a educação e a segurança, dessa forma, seria fundamental compreender modificações sociais foram garantidas de acordo com a lei. Este estudo não entrevistou mulheres que foram mães a partir da sanção da lei e apresenta como limitação e possibilidade para novas pesquisas.

Apesar disso, pelas idades variadas das entrevistadas, foi possível realizar, por meio do discurso, um acompanhamento das discussões e mudanças nas compreensões familiares e sociais sobre a maternidade, aborto, acesso ou não aos serviços de saúde, cuidado e a ética dos profissionais de saúde e as repercussões que a maternidade representou na vida dessas mães. As entrevistas com mulheres que foram mães antes dos 14 anos em diferentes décadas possibilitam compreender temáticas que atravessam a vida das mulheres e que repercutem em diferentes âmbitos como os diversos tipos de violência, a maternidade compulsória, o machismo e a falta de suporte familiar, social e do Estado a uma população vulnerável e que necessita de um suporte presente e integral por meio de políticas públicas.

4. Resultados e discussão

Foram realizadas dez entrevistas com mulheres entre 28 e 72 anos, que engravidaram antes dos 14 anos e foram mães entre os anos de 1964 e 2007. Atualmente, nenhuma delas está casada com o genitor do filho que tiveram neste período. Todas tiveram outros relacionamentos e apenas uma não teve outros filhos. Em relação à religião, cinco entrevistadas são católicas,

duas espíritas, uma evangélica e duas não professam religião, mas informaram crença em uma divindade.

A respeito da escolaridade, todas têm, no mínimo, nove anos de educação formal (ensino fundamental completo), sendo que três completaram o ensino médio, duas completaram o ensino superior e uma realizou pós-graduação. Acerca da profissão/ocupação, há uma variedade, entre dona de casa, estudante, manicure, cabeleireira, cozinheira, auxiliar de limpeza, assistente social e assistente administrativo.

A análise dos dados permitiu identificar três categorias: 1) *“Como se eu fosse uma mulher”* – o contexto da gravidez, 2) *“Parabéns, é uma menina”* – os (des)cuidados em saúde, 3) *“Muito pequena para dar conta”* - repercussões das experiências. Os títulos das categorias assim como o título do trabalho foram falas das entrevistadas acerca das suas experiências. Nas entrevistas, elas verbalizam sobre suas percepções a respeito da maternidade vivida antes dos 14 anos e a partir disso, foi possível construir as compreensões sobre as categorias a serem apresentadas.

4.1 *“Como se eu fosse uma mulher”* – o contexto da gravidez

Essa primeira categoria se refere ao contexto no qual as entrevistadas engravidaram, suas percepções e como suas famílias e a sociedade reagiram à gravidez. As participantes que tiveram filhos nas décadas de 1960 e 1970 narram contextos semelhantes. Os homens de quem engravidaram eram mais velhos e os namoros aconteciam escondidos dos pais. As entrevistadas entendem que as reações de suas famílias influenciaram suas compreensões sobre a maternidade.

Penha afirma que sua família não apenas aceitou a gestação, como a naturalizou - mesmo ela sendo tão nova: *“você ia ser mãe em algum momento mesmo”* (61 anos, mulher preta). A naturalização da maternidade nas famílias de Joana e Laudelina não aconteceu de forma tão explícita, contudo, quando descobriram a gestação das filhas, os pais as obrigaram a casar legalmente. Essa obrigatoriedade sinaliza o destino preconizado para as mulheres: o casamento e a maternidade.

No dia do casamento de Joana, em 1977, quando tinha 13 anos, o juiz pediu para que ela entrasse sozinha, antes do noivo para ele ver *“se tinha tamanho para casar, porque a idade é de uma criança”* (59 anos, mulher parda). A família de Laudelina também buscou autorização na justiça para ela se casar quando ela tinha 13 anos - mesmo ela não querendo. A autorização judicial era necessária visto que, a partir do Código Civil de 1916 (Brasil, 1916), a idade mínima

para casamento de mulheres no Brasil era de 16 anos, salvo situações em que houvesse consentimento dos pais – ou somente do pai se houvesse discordância, como foi o caso de Laudelina. Tal lei prevê ainda a possibilidade de casamento como cumprimento de pena de crimes contra costumes, como sedução (o atual estupro de vulneráveis) e corrupção de menores, ou quando, de tais crimes, resultavam em gravidez (Brasil, 1916).

O Código Penal de 1940 (Brasil, 1940) confirmou o disposto na Lei 3.071 (Brasil, 1916) ao prever a extinção da punibilidade através do casamento do agente com a vítima dos crimes contra os costumes. Tal premissa foi revogada apenas em 2005, o que reforça o entendimento de que as leis brasileiras, durante um longo período, adotavam mínimos marcos etários para a concessão ou impedimento da realização do casamento, sendo as meninas sempre consideradas aptas ao matrimônio de forma mais precoce. Os relatos retratam aspectos condizentes ao contexto que as participantes viviam: casamento como consequência das relações sexuais e maternidade compulsória e naturalizada, como destino. Assim, a partir da gravidez, era esperado que elas assumissem uma vida adulta e se tornassem responsáveis por uma casa, pelo cuidado com bebês e pela própria vida.

Em busca de questionar essa realidade, especialmente a maternidade compulsória, a segunda onda do movimento feminista, nos anos 1970, apresentou debates importantes a respeito das desigualdades entre homens e mulheres, sobrecarga da mulher pela dupla jornada de trabalho e pela criação dos filhos (Silva, 2015). Essa onda introduziu questionamentos culturais e sociais sobre as premissas que determinavam o que é ser mulher e sobre o projeto de família vigente naquele período (Azevedo; Dutra, 2019).

A partir disso, novas possibilidades e configurações surgiram, com o investimento afetivo de alguns homens na paternidade, maior ocorrência de divórcios, mais mulheres no mercado de trabalho e a possibilidade social de não ser mãe (Braga; Miranda; Correio, 2018). Embora essas novas perspectivas tenham trazido expectativas para minimizar as diferenças entre os papéis sociais de homens e mulheres, pressões histórico-culturais ainda geram sofrimentos em gerações de mulheres, de modo direto ou indireto, em relação ao exercício da maternidade (Porto, 2017).

O movimento feminista da segunda onda também trouxe debates importantes ao campo da saúde. Houve luta pela ampliação dos direitos reprodutivos e promoção de debates sobre descriminalização do aborto e oferta de laqueadura (Silva, 2015). Surgiram críticas a respeito da priorização da saúde materno-infantil nos programas de saúde da mulher que, basicamente, intervinham sobre os corpos das mulheres-mães visando assegurar que a saúde de seus filhos fosse adequada às necessidades sociais (D'Oliveira, 2000; Osis, 1995).

Uma das mudanças no campo da saúde foi a publicação da Política de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) (Brasil, 1984), anunciada como uma abordagem diferenciada na saúde das mulheres por incorporar a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos (Villela & Monteiro, 2005). Inclusive, a política trouxe implicações necessárias ao conceito de gênero por estruturar uma visão crítica em relação ao modelo que valorizava a mulher apenas por sua função materna. Deste modo, o conceito de atenção integral à saúde da mulher adotado pela PAISM significou o rompimento com essa visão tradicional que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas apenas à reprodução (Hasse, 2016).

A PAISM incorporou princípios e diretrizes do Movimento Sanitário como equidade e integralidade que, futuramente, fundamentaram a criação do SUS. Segundo D'Oliveira (2000), o grande marco da PAISM em relação a outros programas foi “(...) *a politização pela tentativa ousada de incluir a discussão acerca das relações de poder no interior dos serviços de saúde, possibilitada pela inclusão de movimentos sociais (...) que chegam tematizando as relações de gênero classe e etnia*” (D'Oliveira, 2000, p. 106).

As implicações sociais do movimento feminista e da criação da PAISM (Brasil, 1984) desencadearam mudanças nos anos seguintes. Assim, o contexto histórico-cultural das participantes que engravidaram e tiveram filhos entre 1980 e 1990 era outro. Embora também entendam as relações sexuais, que resultaram na gravidez, como consentidas, essas mulheres vivenciaram mudanças em relação à obrigatoriedade do casamento e na participação de suas famílias no cuidado com os bebês - e com elas.

Eva engravidou de um rapaz que morava no bairro e eles continuaram com o relacionamento quando descobriram a gravidez. Não houve obrigação de casamento – talvez por ela ser tão nova (11 anos) –, e sua família conseguiu oferecer algum apoio para sua maternidade. O namorado de Dandara, que era da sua escola, fugiu quando soube da gravidez. Ela contou com o apoio de sua família para cuidar da filha. A família de Elza ficou decepcionada com a gestação, especialmente por ser consequência de um relacionamento com um homem mais velho e que já tinha dois filhos. Apesar disso, ela teve apoio de sua mãe e das irmãs.

Diferentemente das primeiras entrevistadas, estas citam a família como apoio e suporte para construção da maternidade. Miura, Tardivo e Barrientos (2018) afirmam que o apoio social pode reduzir os desafios e auxiliar nos cuidados com o bebê, promovendo estabilidade e cuidado para a saúde de adolescentes que se tornam mães. Elas retomam o conceito de Winnicott - psicanalista inglês - a respeito do ambiente suficientemente bom ao ressaltar a importância do suporte para adolescentes grávidas e mães. Também salientam como este pode ser um facilitador ao oferecer condições importantes para o desenvolvimento físico e psíquico e

permitir que consigam cuidar do bebê. Assim, a família - ou outras pessoas que compõem a rede de apoio -, tem papel importante nessa construção. Não encontramos estudos que discutam a vivência da maternidade por meninas-mães.

Assim como nas experiências vividas nas décadas de 1960 e 1970, as entrevistadas não citam a participação dos genitores de seus filhos nesse processo de construção da maternidade. Quando presentes, eles são citados como provedores, de recursos financeiros ou “*de espermatozoide*” (Eva, 38 anos, mulher preta), distantes e pouco implicados nos cuidados com os bebês. O cuidado fica delegado às mulheres - as próprias meninas-mães ou as que fazem parte da rede de apoio.

Uma das entrevistadas exerceu essa função de cuidado da família desde muito nova já que sua mãe era alcoólatra e a responsabilidade de cuidar da casa – e da própria mãe -, era dela: “*minha relação com a minha mãe foi sempre de eu ser mãe dela e não ao contrário*” (Eva, 38 anos, mulher preta). O pai estava por perto, mas participava apenas financeiramente. Há a presença de um discurso maternalista que atribui à mulher o lugar de cuidado e realiza uma distinção entre os gêneros feminino e masculino, destinando a mulher à esfera doméstica, afetivamente investida, e os homens aos lugares públicos e políticos (Iaconelli, 2023). Ao observarmos tais papéis, o cuidado associado à mulher é, por vezes, invisibilizado e naturalizado.

Para as mulheres que tiveram filhos neste período - e para Eva antes da maternidade -, o cuidar foi algo compulsório e associado a uma habilidade feminina e tido como um trabalho reprodutivo. Esse trabalho configura-se como uma atividade fundamental importante para o desenvolvimento humano e para a economia ao garantir segurança, bem-estar, necessidades básicas e a educação. Porém, por não estabelecer ciclos de acumulação, relações assalariadas ou preço no produto da sua força de trabalho, a naturalização do cuidar expõe a invisibilidade de práticas e de atos estruturantes da vida cotidiana (Iaconelli, 2023; Zimmerman; Vicente; Machado, 2021).

Por mais que houvesse mudanças nas possibilidades de cuidado e maternidade ao longo das décadas, a obrigatoriedade do casamento, entretanto, ainda apareceu entre as entrevistadas que tiveram filhos nas décadas de 1980 e 1990. Maria engravidou ao ser estuprada por um conhecido da família e foi obrigada pelos pais a casar com agressor: “*sei lá o que passava pela cabeça dessas pessoas (família) na época. Aí me obrigaram a ir morar com ele*” (Maria, 45 anos, mulher branca). Além do estupro e da falta de apoio familiar, ela vivenciou outras graves violências na convivência com esse homem.

Após dois anos de muita privação e sofrimento, conseguiu se separar com ajuda do Ministério Público. A experiência de Maria - vivida em meados de 1992 - remete aos relatos de quase três décadas anteriores e pode estar relacionada ao contexto no qual vivia com seus pais, uma comunidade rural, com hábitos mais tradicionais e com menos acesso à informação. Assim, apesar de reconhecerem a violência vivida e a gravidade da situação, os pais de Maria não conseguiram encontrar novas respostas que não a obrigação do casamento (que inclusive livrou o agressor de responder pelo crime) e a maternidade compulsória.

A partir dos anos 1980, a violência contra as mulheres começou a ter mais visibilidade e a sociedade civil passou a se organizar de forma mais coesa para criar mecanismos para coibi-la. Em 1985, surge a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), considerada a primeira política pública específica de combate à violência contra as mulheres no Brasil, vista como uma importante inovação institucional, sobretudo, por ter introduzido o universo da lei, da justiça e da impessoalidade no âmbito privado (Pimenta, 2010). Assim, a violência de gênero contra mulheres começou a ser entendida como um desvio da normatividade social e interpretada como um crime, passível de responsabilização e punição (Moraes; Sorj, 2009).

Segundo Porto e Amaral (2014), a violência contra mulheres se caracteriza por atos que possam gerar danos ou sofrimento físico, sexual e psicológico, como *“ameaças, coerção ou privação de liberdade, violência doméstica e qualquer tipo de ação, crimes passionais, exploração de mulheres ou meninas, violação, mutilação, casamento precoce e forçado, infanticídio de meninas, entre outros”* (p.210). Entretanto, a construção social da subordinação feminina faz com que atitudes violentas - psicológicas, físicas, sociais e sexuais - sejam naturalizadas, o que gera consequências graves para a vida da mulher.

Mesmo diante de atitudes que naturalizam e banalizam as violências, mulheres que viveram situações de violência, especialmente com a visibilidade que o problema ganhou nos últimos anos, têm mais possibilidade de a reconhecerem como tal. As entrevistadas que engravidaram a partir dos anos 2000, por exemplo, afirmam terem engravidado em contextos de violência.

Nísia tinha 12 anos quando começou a namorar com um rapaz maior de idade, e acreditava que ficaria para sempre com o homem com quem perdesse sua virgindade. Ele era violento, desde o início do relacionamento, e ela entendia que *“se tivesse um filho, ele poderia mudar”* (30 anos, mulher branca). Assim, com cinco meses de namoro, ela engravidou - afirma que intencionalmente -, mas a violência não cessou: *“eu achava que o pai da minha filha seria meu ponto de segurança e, na verdade, ameaçava tirar a vida da minha mãe e dos meus irmãos*

se eu me separasse”. Ela não teve coragem de se separar pelas ameaças, mas 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 tudo começou. Foi uma série de erros da parte dos mais velhos que não me olhavam e não prestavam atenção no que estava acontecendo”* (28 anos, mulher parda). A família teve uma postura culpabilizadora em relação a ela, que foi considerada *“sem vergonha”* e *“vagabunda”*: *“Nunca é o abusador, é sempre a vítima”*. Ela reconhece que teve ajuda de algumas pessoas no processo de maternagem, mas não entende que teve uma rede de apoio.

Hermelinda trabalhava na casa de uma família onde era acolhida e respeitada. Em uma ocasião, o dono da casa a drogou e estuprou. A esposa do agressor e sua própria mãe a responsabilizaram pelo ocorrido e a apresentaram à justiça *“como se eu fosse uma mulher que 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 afirmaram que já haviam acolhido outras vítimas de violência sexual do mesmo agressor. Mesmo assim, a mãe não ofereceu suporte à entrevistada.

Os relatos dessas mulheres reforçam a dificuldade de reconhecer o lugar de vítima em situações de violência de gênero, mesmo elas sendo crianças quando ocorreram. Além disso, mostra o quanto a rede de apoio familiar e os profissionais podem auxiliar no cuidado, no reconhecimento e no acolhimento das vítimas. A fala dos profissionais da delegacia reconhece a gravidade da situação, principalmente, por Hermelinda não ter a proteção e o cuidado de sua mãe - principal cuidadora. Da mesma forma, Rita não teve sua infância protegida pelos familiares, pelo Estado e pela comunidade, que segundo o ECA (Brasil, 1990) tinha o dever de promover a proteção integral para o seu desenvolvimento.

No caso de Nísia, a participante alega ter consentido o relacionamento e o ato sexual que gerou a gravidez. Contudo, com as novas discussões sobre a infância, a violência sexual e o cuidado da infância e da adolescência, o consentimento é irrelevante para que sejam assegurados o desenvolvimento e o cuidado da infância (Lowenkron, 2015). Apesar da lei 12.015 (Brasil, 1990), que considera como violência sexual qualquer ato libidinoso com menores de 14 anos, ter sido promulgada apenas em 2009, o ECA (Brasil, 1990) já existia e regulamentava direitos de crianças e adolescentes. Assim, a responsabilidade pelo cuidado com elas, enquanto sujeitos em desenvolvimento, foi negligenciada em diversos momentos: ao assentir uma relação violenta, ao não acreditar em relatos de violência e ao culpabilizá-las.

Dado esse contexto, nem sempre as participantes se reconhecem enquanto vítimas. Durante as entrevistas, sinalizam que ao longo dos anos e a partir de outras vivências, começaram a compreender a gravidade do que vivenciaram. A dificuldade de se reconhecer como vítima pode também estar associada a sentimentos como vergonha, medo ou até amor pelo agressor, assim como pela falta de discernimento para diferenciar relações violentas das demais. A falta de acesso a informações, direitos e recursos materiais somado às pressões sociais familiares e atitudes negativas de profissionais e instituições contribuem para a culpabilização e sofrimento das vítimas (Hasse, 2016).

Além do sofrimento pelas violências em si, essas mulheres foram penalizadas por suas próprias famílias, que não foram rede de apoio durante a gravidez, parto e puerpério. O entendimento sobre maternidade, casamento, papéis de gênero e violência mudou ao longo das décadas e isso influenciou significativamente a compreensão sobre o contexto da gravidez de cada uma dessas mulheres. Tais entendimentos também têm impacto sobre a disponibilidade de familiares, especialmente mulheres, para ser rede de apoio.

É importante destacar que, por mais que haja uma invisibilidade, banalização e naturalização de algumas violações, dependendo da época em que ocorreram, todas as entrevistadas relatam situações que configuram violências de gênero – sejam as ameaças ou casamento precoce/forçado – no contexto em que engravidaram e foram mães.

4.2 “Parabéns, é uma menina” – os (des)cuidados em saúde

Essa categoria relaciona-se diretamente à anterior, visto que o marco temporal e o contexto foram aspectos importantes para discernir as experiências vivenciadas. A discussão envolve a assistência que as entrevistadas tiveram – ou não – para cuidados de saúde no contexto da gravidez, parto e puerpério.

As mulheres que tiveram filhos entre a década de 1960 e 1970, antes do surgimento do SUS, tiveram menos acesso a informações, serviços e profissionais de saúde. Duas entrevistadas apresentaram que não tinham informações sobre a prevenção da gravidez, relações sexuais e a diferenciação com outras condições: “*eu pensava que era problema de verme, mas não era*” (Penha, 61 anos, mulher preta). Diferente das duas entrevistadas que não tiveram informações e não realizaram o pré-natal, Laudelina teve acesso a um pouco mais: conversou com sua mãe quando notou a menstruação atrasada, foi ao médico e realizou as consultas mensais de pré-natal.

A saúde da mulher, em específico, foi incorporada às políticas públicas nas primeiras décadas do século XX, sendo restrita às questões relativas à gestação e ao parto com objetivo de proteger mulheres e seus filhos e oferecer acesso à assistência no ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2004). Apesar de incorporada às políticas, as entrevistadas não tiveram acesso a serviços e ações de assistência e educação à saúde antes da gestação, o que tornou ainda mais desafiador o reconhecimento da gravidez e a diferenciação com outras condições de saúde.

Diálogos sobre sexualidade e prevenção da gravidez eram inexistentes e, segundo a Lei de Contravenções Penais (Brasil, 1941), era vetado “*anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez*” e, por isso, anticoncepcionais começaram a ser difundidos apenas a partir de 1970 (Dias, 2019). A pílula contraceptiva proporcionou maior possibilidade de escolha a respeito da maternidade, além da possibilidade de uma postura ativa sobre sua atividade sexual e a maternidade menos compulsória (Dias, 2019; Cabral, 2017). Apesar das possibilidades, ainda hoje, nem todas as mulheres conseguem ter acesso a esses métodos.

Na década de 1980, os anticoncepcionais eram pouco acessíveis e escassos à população, porém, a ampliação do acesso a informações, ações e serviços de saúde foi observada em comparação com a década anterior (Dias, 2019). O surgimento da PAISM, em 1984, ampliou a assistência à saúde a outras fases da vida da mulher, não apenas a reprodutiva, e deu ênfase a cuidados básicos e ações educativas, incluindo assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), câncer cervical e de mama; e atenção à adolescentes e à menopausa (Brasil, 1984).

Embora tivessem mais informações e possibilidade de acesso a serviços que as entrevistadas que tiveram filhos entre 1960 e 1970, Elza e Maria começaram o pré-natal tardiamente – uma porque escondeu a gestação e a outra, pois não sabia que estava grávida já que seguia menstruando. Dandara, que engravidou em 1987 e Eva, em 1995 - após a criação do SUS -, já tiveram acesso aos cuidados mais amplos: “*Fiz o pré-natal. Minha mãe me colocou em dois hospitais, no municipal e no estadual*” (Eva, 38 anos, mulher preta).

A experiência das participantes, que engravidaram a partir dos anos 2000, reforça mais alguns avanços a respeito das informações sobre reprodução, em relação às participantes citadas anteriormente. Uma delas inclusive, utilizou o conhecimento que tinha para engravidar e identificou seu período fértil utilizando o “método da tabelinha” - método contraceptivo de contagem de dias férteis. No pré-natal, realizou as consultas desde o primeiro mês e participou de um grupo de gestantes de alto risco, que forneceu informações importantes sobre gestação e maternidade.

Outra sentia enjoo, mal-estar e sono e, conhecendo os sintomas da gravidez das aulas na escola, torcia para não estar grávida. Ela demorou sete meses para conseguir verbalizar que estava grávida e, assim, acessar consultas de pré-natal. Sem o apoio da família, após as violências sexuais vividas, não se sentia segura para pedir ajuda. A falta de apoio e o medo após ser culpabilizada pela violência sofrida também impactou o pré-natal de Hermelinda, que não realizou nenhuma consulta de pré-natal ou acompanhamento com profissionais.

A falta de suporte e apoio a vítimas de violência podem desencorajá-las a relatar e denunciar a violência, além de influenciar o cuidado que poderia ser fornecido. Pelos relatos das entrevistadas, por mais que as ações e serviços de saúde existam, adolescentes parecem ser um público não acompanhado, assistido e cuidado. A ausência de políticas públicas amplas para os adolescentes até hoje os coloca em risco. As famílias, os profissionais de saúde e outros espaços, como as escolas, têm fornecido informações limitadas e preconceituosas e suporte falho no que tange à educação sexual, violência sexual, gestação e adolescência.

Pelas informações limitadas, muitas pessoas não compreendem a gravidez na infância e adolescência como uma gestação de alto risco, principalmente em relação às consequências psíquicas e sociais (Ribeiro et al., 2017). Dessa forma, a gravidez entre meninas necessitaria de um acompanhamento que contemplasse o alto risco, contudo, dificilmente isso ocorre. Oliveira et al. (2015) afirma o despreparo e a falta de atenção específica dos profissionais às necessidades das adolescentes como aspectos que influenciam no acompanhamento adequado e condizente ao alto risco da gestação, além disso, sinaliza a importância do acompanhamento multiprofissional a essas adolescentes como forma de cuidado integral às suas necessidades.

Pelos relatos das entrevistadas, apenas uma participou do pré-natal de alto risco. Entre 2010 e 2019, 252.786 meninas de 10 a 14 anos engravidaram e tiveram filhos nascidos vivos no Brasil (Cardieri, 2023). Será que essas meninas conseguiram ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional e realizado um pré-natal de alto risco? Apesar dos avanços no reconhecimento da violência, dificilmente, esta é problematizada e cuidada de forma adequada, considerando as necessidades e vulnerabilidades das meninas. Dessa forma, seria fundamental a existência de políticas públicas e espaços de educação permanente aos profissionais sobre essa temática.

Além do pré-natal, é importante destacar algumas especificidades relacionadas ao parto. Segundo Vanegas López, Pávez Lizárraga e Muñoz Ojeda (2021), há algumas indicações para a realização de cesárea como o tamanho e posição fetal, sofrimento fetal agudo e cesáreas anteriores. Contudo, quando a cesárea não é bem indicada, pode acarretar consequências negativas para a mulher e para o bebê como o aumento da possibilidade de morbimortalidade

materna, prematuridade, chance de óbito fetal e consequências para gestações seguintes, além de influenciar na amamentação e no desenvolvimento do sistema imunológico do bebê.

Entre as mulheres que tiveram seus filhos entre 1960 e 1970, houve um parto vaginal hospitalar, um parto domiciliar, acompanhado por uma parteira e uma cesárea devido à posição do bebê (pélvico). Das entrevistadas que tiveram filhos entre 1980 e 1990, apenas uma realizou parto vaginal, as demais tiveram cesárea e apresentaram que o parto foi “*tranquilo e rápido*”. A partir da década de 1980, houve um aumento dos partos cesáreas como consequência da medicalização do corpo feminino. Era um contexto em que os médicos assumiram o protagonismo nas decisões das mulheres e na realização do parto (Fernandes; Rosa, 2020).

No Brasil, ocorre a chamada “epidemia de cesáreas”, isto é, a realização excessiva de procedimentos cirúrgicos sem real indicação. A OMS (Organização Mundial da Saúde) recomenda o percentual de até 15% para a realização de partos cesarianas, principalmente, pela morbidade e mortalidade materna e fetal ser maior quando comparada a partos vaginais. Apesar dessa recomendação, em 2018, o Brasil teve a segunda maior proporção de cesarianas do mundo (55,7%) (Pires et al., 2023). Isso é ocasionado por fatores como comodidade para os profissionais, os custos e formação inadequada, o que reforça a necessidade de mudanças na assistência e na formação dos profissionais (Oliveira et al., 2022).

Em um estudo realizado, Gama et al. (2014) apresenta que 40% dos partos realizados em adolescentes em 2011 e 2012 foram cesáreas, sendo que, muitas gestantes tinham este tipo de parto como o preferido desde o pré-natal. Muitas mulheres possuem medo do trabalho de parto vaginal já que este são realizados com procedimentos que aceleram o processo e causam dores, além de violências verbais por parte dos profissionais. Por isso, o desejo por procedimentos que tornam a vivência “menos dolorosa” e “*tranquila e rápida*” (entrevistadas que tiveram filhos em 1980) acaba sendo tão grande (Diniz, 2009).

Quando reflete sobre o cuidado à gestante e a parturiente, apresenta a importância do respeito ao desejo e a decisão por meio do diálogo sobre as evidências e possibilidades disponíveis para que possam se preparar para o momento do parto. O respeito, o incentivo da autonomia, o cuidado e a tomada de decisão precisam ser ressaltados para que os direitos sejam garantidos juntamente com o cuidado integral e a humanização (Vanegas López; Pávez Lizárraga; Muñoz Ojeda, 2021; Oliveira et al, 2022). Contudo, na gravidez de meninas e adolescentes, é importante observar a condição das meninas para decidir sobre a via de parto e garantir acesso à informação.

Atualmente, com a Lei 12.015 (Brasil, 2009), o consentimento de adolescentes menores de 14 anos é irrelevante para a prática de ato libidinoso, como forma de garantir o cuidado e

proteção preconizado pelo ECA (Brasil, 1990). Dessa forma, é importante refletir se tal aspecto se estenderia ou não à via de parto. Quais são as especificidades da gravidez de meninas e as possibilidades de decidirem sobre o tipo de parto, por exemplo? Tal temática e a falta de evidências expõem a importância de estudos a fim de refletir sobre a atenção e o cuidado ofertado no acompanhamento da gestação de meninas.

A experiência de Hermelinda (mulher preta, que teve seu filho nos anos 2000), mostra como o conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo é banalizado e desqualificado. Ela foi ao hospital devido às dores que sentia, mas o médico disse que o parto ainda estava longe de ocorrer e a mandou para casa. Ao sair, ela teve seu filho na porta do hospital, aos 14 anos, sem assistência adequada.

Nesse caso, além de não levar em consideração o conhecimento sobre o próprio corpo e sua vivência, pode ter ocorrido uma situação de violência obstétrica devido ao racismo. Santana et al. (2023) apresentam que muitas mulheres negras são negligenciadas por profissionais de saúde, no momento do parto, por serem consideradas fortes e, conseqüentemente, “*suportam mais dor*”. Essa é uma concepção racista, ultrapassada e decorrente de um pensamento colonial. As mulheres negras sofrem mais com as violências sexistas e racistas, incluindo aí, as violências obstétricas, o que torna essa população mais vulnerável. Buscando maior equidade no acesso e cuidado à saúde, foi formulada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que contempla também o cuidado a mulheres grávidas (Brasil, 2013).

Outras entrevistadas, que vivenciaram o parto após os anos 2000, reconhecem situações violentas no momento do parto, como desqualificação devido a pouca idade, falta de explicação sobre procedimentos realizados e utilização de intervenções desnecessárias: “*No momento do parto, ele jogou o corpo todo em cima da minha barriga. Antes disso, ele cortou, fez... o pic. Assim que ele fez, eu senti um ardor. Ele se jogou duas vezes para meu filho sair*” (Rita, 28 anos, mulher parda).

O “pic”, nome popularmente dado à episiotomia, somado a outras práticas como a manobra de Kristeller e uso de ocitocina sintética para intensificação das contrações são ações violentas por parte da equipe de profissionais de saúde (Brasil, 2016). O debate sobre a violência obstétrica é recente e relaciona-se às problematizações com o desrespeito ao corpo das mulheres e a sua autonomia. Nesse contexto, as discussões sobre o direito de meninas sobre seus corpos também é importante para que se possa pensar sobre a questão da violência obstétrica (Carvalho et al., 2012).

O acesso à informação para tomada de decisão também é imprescindível quando se trata da amamentação. Nas décadas de 1960 e 1970, as mulheres entrevistadas tiveram vivências permeadas pelo desconhecimento. Foram informadas que enquanto estivessem amamentando, não poderiam ficar grávidas. Contudo, duas engravidaram. Todas apresentaram frustração a respeito da amamentação por conta da dor que sentiam e dificuldade na produção do leite, mas também não tiveram acesso a informações sobre como melhorar essa vivência.

As informações nesse período eram escassas também, pois apenas a partir da década de 1970 que iniciaram políticas e programas de incentivo ao aleitamento materno. O Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (1976) e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981) auxiliaram no incentivo da prática de amamentação no Brasil (Melo; Oliveira; Pereira, 2021).

Contudo, as entrevistadas, que tiveram seus filhos entre 1980 e 1990, ainda compreendem suas experiências com a amamentação permeada pela falta de informação e assistência adequada. A divulgação sobre a amamentação ainda era recente e, possivelmente, pouco pensado para meninas grávidas. Dandara e Eva amamentaram por pouco tempo, dois e três meses respectivamente, a primeira pela anemia e a segunda por voltar para a escola. As duas relatam que, desde o princípio, não desejavam amamentar pelas dores, pelo desejo de vivenciar outras experiências, principalmente a escola. Sobre a anemia, Dandara demonstra que ela e a família ficaram preocupadas com sua saúde e não tiveram orientações a respeito.

Essas experiências ensejam reflexões sobre como lidar com a orientação do aleitamento materno exclusivo para meninas-mães, porque pode não ser uma orientação viável ou adequada para o bem-estar delas. Queluz et al. (2012) aponta que as mães adolescentes têm maior probabilidade de desmamar seus filhos pela complexidade que envolve a gestação nessa fase. As necessidades de cada menina-mãe, as questões intra e extrafamiliares, aspectos sociais, fisiológicos, psicológicos e econômicos e o desenvolvimento de cada uma precisam ser observados com maior atenção pelos profissionais de saúde para que as orientações sejam adequadas à realidade vivida e ao bem-estar da mãe e do bebê.

Apesar de tantas meninas terem filhos por ano, como mostram os dados já citados, ainda há uma ausência de estudos publicados até o momento sobre a amamentação entre meninas-mães até os 14 anos. Os estudos existentes contemplam a adolescência, mas a idade média das participantes é 18 anos (Granieiri; Melo; Mussareli, 2022; Costa et al., 2021). A vivência da gravidez dessas meninas é algo que precisa ser extinguido e que envolve aspectos legais, além de muitas consequências às meninas, contudo, ainda existe e impacta fortemente a vida delas.

Por isso, é importante que estudos sejam realizados para que cuidados adequados sejam desenvolvidos e ofertados.

Diferente das entrevistadas anteriores, Maria apresenta outra nuance a respeito da amamentação. Ela relata que, apesar de ter sentido muita dor, amamentou a filha por três anos devido às dificuldades financeiras que passou. O leite materno era a única forma de garantir o alimento que seu bebê precisava. Nísia também encontrou na amamentação uma forma de proteger a si e à filha. Como ela sofria violência doméstica, utilizava a amamentação como forma de proteção: *“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).*

Nesses casos, a amamentação, além de ter ofertado a nutrição necessária aos bebês, também possibilitou afeto e proteção que as mães e os bebês precisavam nos momentos vividos. Por isso, observa-se que o aleitamento possui muitas variantes e os profissionais precisam oferecer cuidados adequados a cada realidade vivida, sem excluir outras possibilidades existentes (Queluz et al., 2012).

As vivências das entrevistadas demonstram que o acesso aos serviços, ações e informações de saúde mantiveram-se escassos e restritos. Além disso, a medicalização excessiva, principalmente, das vias de parto configurou-se em uma forma de violência aos corpos e a vidas das mulheres (Fernandes; Rosa, 2020). A proposta da PAISM não se efetivou, visto que seu processo de implantação ocorreu em um momento de transformações da política de saúde do país, exigindo a assimilação de novos princípios organizativos, como a descentralização e o Programa Saúde da Família (PSF). Além disso, havia o obstáculo das matrizes culturais tradicionais de gênero, família e mulher. Até hoje, inclusive, entende-se que a incorporação das contribuições do PAISM para a política de saúde do país, no que tange ao cuidado às mulheres, seja incipiente (Hasse, 2016).

Houve julgamento dos profissionais, falha de informações recebidas durante o pré-natal e puerpério e falta de acolhimento no momento do parto. No processo de cuidado em saúde, além dos aspectos técnicos que envolvem cada área de atuação, é importante a condução de um trabalho imaterial que envolve acolhimento, presença, atenção e boa comunicação. Essa dimensão relaciona-se com os atravessamentos dos encontros sociais entre os profissionais e os pacientes (Mansano, 2014). As entrevistadas compreendem que não tiveram o cuidado afetivo, acolhimento e atenção às suas necessidades e também não tiveram instrumentação técnico-científica suficiente a respeito dessa fase da vida, o que reiterou violências perpetradas pelos próprios profissionais.

Elza e Nísia foram as únicas entrevistadas que sinalizaram aspectos positivos a respeito do acompanhamento e cuidado que receberam. Elza recebeu orientações sobre planejamento familiar e métodos para prevenir outra gravidez indesejada. Nísia contou sobre um grupo de gestantes de alto risco que vivenciou e como o contato com outras gestantes e o acolhimento com as profissionais foi positivo. Essas experiências remetem ao cuidado que associa o conhecimento técnico científico com os afetos e as experiências reverberadas nos profissionais de saúde, que gera uma proximidade física e afetiva entre pacientes e profissionais, sendo possível construir vínculo, boa comunicação e troca a fim de produzir um cuidado singular (Mansano, 2014).

Por fim, outro aspecto relacionado ao cuidado que precisa ser discutido é o aborto. O Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940) dispõe a previsão legal da interrupção terapêutica da gravidez em situações de risco de vida para a gestante e em casos de gravidez decorrente de estupro. A maioria das entrevistadas não se reconhecem como vítimas de estupro, por isso, essa possibilidade, dentro da previsão legal, não foi cogitada ou acessada por elas.

Dentre as entrevistadas que se reconhecem como vítimas de violência sexual - Hermelinda, Rita e Maria, apenas uma delas teve acesso à possibilidade de realizar o aborto previsto em lei. As outras duas não tiveram informações sobre seus direitos, sendo que uma tentou interromper a gravidez por conta própria. Faúndes (2020) aponta que mesmo com a possibilidade de realizar o aborto em casos de violência sexual como o das entrevistadas, não há a garantia que este será realizado de modo seguro, pois é necessário que tenham serviços que possam realizar a interrupção da gestação de modo ético, consciente e cuidadoso a essas mulheres.

A partir da portaria nº 485 (Brasil, 2014), foi sancionado que a interrupção de gestação poderia ser realizada em qualquer estabelecimento do SUS que ofereça serviços de obstetrícia. Apesar disso, nem todos os serviços realizam a interrupção terapêutica da gravidez (Faúndes, 2020). Segundo o Mapa Aborto Legal (Almeida, 2019), apenas 42 hospitais no Brasil realizam o procedimento. O assunto ainda é difícil de ser abordado e discutido entre os profissionais. Estes apresentam a objeção de consciência - recusa em realizar ações profissionais que contrarie a própria consciência - para não realizar a interrupção da gestação, o que está previsto, no Brasil, no Código de Ética Médica (Scherer; Sanches, 2021).

A dificuldade de acesso a serviços que realizem aborto faz com que meninas e mulheres recorram a formas inseguras. Houve entrevistadas que, através da orientação de familiares e conhecidas, tiveram a possibilidade de realizar o aborto e cogitaram a possibilidade. Segundo a descrição delas, seriam realizados de forma insegura, o que poderia colocar em risco a saúde

e até suas vidas. Muitas mulheres morrem ou sofrem consequências por decorrência das complicações de abortamentos inseguros (Hasse, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (Conselho Federal de Enfermagem, 2018), estimam que ocorra 1 milhão de abortos induzidos no Brasil em todos os anos e em 2016, 203 mulheres morreram pela realização do aborto inseguro, sendo mulheres negras, jovens, solteiras e com ensino fundamental as maiores vítimas. Por isso, ofertar serviços de abortamento seguro e a possibilidade de escolha entre prosseguir ou não com a gravidez, é importante para a saúde integral da mulher.

A discussão sobre a interrupção da gravidez, os direitos das meninas e mulheres é complexa e demanda cuidado para que a autonomia seja preservada e para que seja acessível os procedimentos no SUS. Há um recorte social e de raça importante quando se dialoga sobre a temática, já que as mulheres mais pobres, jovens, em situação de vulnerabilidade e com menos acesso a educação sofrem maiores consequências com a criminalização do aborto (Hasse, 2016).

Ao levar em consideração a Lei 12.015 (Brasil, 2009), qualquer gravidez antes dos 14 anos é decorrente de um estupro. Assim, pelo Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), as meninas têm o direito de escolher seguir ou não com a gravidez. Pela falta de atendimento especializado às meninas e pela carência na condução de um cuidado afetivo associado a instrumentação técnico-científica, exemplificado pelas entrevistadas, juntamente, com a ausência de estudos publicados sobre a assistência a meninas após 2009, parece que o acesso a possibilidade do aborto tem sido dificultado e o pré-natal parece ser oferecido como única possibilidade dentro dos serviços de saúde. É importante ofertar às mulheres o poder de escolha e oportunidade de acesso ao aborto legal, sem que este possa ser criminalizado e com profissionais disponíveis para a realização dele.

4. 3 “*Muito pequena para dar conta*” - **repercussões das experiências**

A terceira categoria alude ao modo como a experiência da gravidez e da maternidade antes dos 14 anos afetou a vida das entrevistadas. Iaconelli (2023) apresenta que a observação de uma subjetividade necessita estar associada ao contexto histórico, social e político vivenciado. Ao longo desse estudo, observou-se como o período temporal das gestações e maternidades, o suporte da rede de apoio e o acesso ou não a serviços de saúde contribuíram para a construção da compreensão dessas mulheres a respeito de tais vivências. Dessa forma, para complementar os aspectos observados, torna-se importante compreender questões

relacionadas ao trabalho produtivo e reprodutivo, estudos, maternidade e a relação com os filhos.

Os atravessamentos das violências e da maternidade compulsória geraram repercussões a curto e a longo prazo, em diferentes âmbitos da vida das entrevistadas. Além da vulnerabilidade à saúde e obstáculos ao desenvolvimento, a gravidez nesse período pode provocar implicações psicossociais como o abandono escolar, conflitos familiares e rompimentos afetivos (Rosaneli; Costa; Sutile, 2020).

Algumas participantes foram coagidas ao casamento e citam um aspecto marcante nesse contexto: a proibição, por parte dos maridos, de estudarem e/ou trabalharem, o que fez com que muitos planos fossem adiados. No caso dessas mulheres, observa-se a mínima presença dos genitores de seus filhos no cuidado afetivo, sendo estes responsáveis apenas por parte do aspecto financeiro. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Rodrigues, 2021), aproximadamente 92,6% da população feminina do Brasil com mais de 14 anos, executa afazeres domésticos e cuidam de outras pessoas gastando, em média, 21 horas semanais em tais atividades. Esse trabalho - não remunerado e não valorizado - exclui mulheres da economia, as invisibiliza e atribui uma função natural de cuidar (Souza; Aquino, 2018).

Outras entrevistadas pararam de estudar na infância e se dedicaram à maternidade e ao trabalho - que possibilitaria recursos financeiros -, sendo o retorno aos estudos postergado. Elas se dividiram entre trabalho reprodutivo e produtivo, o último relacionado ao sustento e o primeiro às tarefas de cuidado realizadas, especialmente por mulheres, dentro do contexto familiar (Fourgeyrollas-Schwebel, 2009).

A divisão sexual do trabalho é histórica e social e atribui aos homens a “caça”, o sustento, e às mulheres, a casa, os cuidados (Saffioti, 2004). Com maior ingresso no mercado de trabalho, as mulheres assumiram novas responsabilidades, mas sem deixar de ser a principal responsável pelo trabalho reprodutivo (Braga et al., 2018). Essa dupla carga de trabalho tem gerado sobrecarga de responsabilidades e implicações na saúde física e emocional das mulheres (Federici, 2019), principalmente para as que não contam com uma rede de apoio.

As meninas que não deixaram de estudar, apesar da maternidade, contaram com uma rede de apoio – que não incluía os pais de seus filhos. Embora conseguiram seguir na escola, isso não ocorreu sem impacto. Elas ficaram privadas de contato e vínculo social, pois os pais das outras meninas as consideravam má influência. Enquanto passavam por estigmas e discriminação, os rapazes apenas escolheram não participar do cuidado afetivo ou auxiliá-las. As decisões como estas a respeito da paternidade são cotidianas e, geralmente, feitas sem maiores conflitos. Já mulheres que não criam seus filhos ou desejam interromper uma gravidez

ou que escolhem fazer uma entrega legal do bebê para adoção são veementemente condenadas (Iaconelli, 2023).

A maternidade ainda é entendida como destino para as mulheres e, muitas vezes, não ocorre sustentada por um desejo genuíno ou fruto de uma escolha (Badinter, 1985; Donath, 2016). As consequências emocionais disso, para mulheres e crianças, pode ser extensa. Entre as entrevistadas, manifesta-se a percepção dos prejuízos ao vínculo com seus filhos e o sofrimento deles devido a isso. Algumas reconhecem as dificuldades de oferecer cuidado emocional a eles, o receio de que os filhos soubessem que são frutos de um estupro e temor de ter outro filho e cria-lo de forma mais amorosa. Outras apresentam culpa e arrependimento por ter passado a guarda das crianças para outros cuidadores.

Eva foi a única entrevistada que afirmou que gostaria que as experiências ocorressem da mesma forma. As demais gostariam de ter sido mães em outro período de suas vidas e priorizado seus estudos. Elas se arrependem da relação com os genitores de seus filhos, de terem sido mães e de não terem pedido ajuda anteriormente às situações de violência – têm esperança de que, se tivessem falado, poderiam ter evitado a gravidez. Mesmo assim, verbalizaram a lógica do *“eu que fiz, eu tenho que criar”*, mesmo que isso tenha custado sua liberdade, perda da infância e a impossibilidade de outras escolhas.

Pensar sobre a maternidade e poder acessar o possível arrependimento de ter prosseguido com a gravidez ainda é um tabu na sociedade. Donath (2016) afirma que as mães que se arrependem da maternidade são vistas como egoístas e não conseguem expressar a ambivalência dos sentimentos associados à maternidade livremente, o que dificulta seu reconhecimento como seres de desejo, donas dos sentimentos e do próprio corpo.

A abertura à dúvida sobre o desejo da maternidade, o sentimento de ter pulado etapas e a vontade de ter vivenciado outras possibilidades de trabalho e estudo não correspondem à definição tradicional da mulher. Ela deveria ficar satisfeita em criar filhos e oferecer a eles, além das necessidades biológicas, o investimento afetivo para que se tornem cidadãos e cumpram com os anseios sociais (Iaconelli, 2023). As repercussões das violências e da maternidade antes dos 14 anos assombram a vida das mulheres e apesar das diferentes vivências, há impactos persistentes – especialmente na saúde emocional - fruto das responsabilidades precoces, imposição do lugar de cuidadora e naturalização da maternidade.

5. Considerações Finais

A maternidade e a violência contra meninas menores de 14 anos ainda são prevalentes no Brasil, por isso, configura-se como uma questão de saúde pública que acarreta consequências a curto e a longo prazo. Assim, compreender as percepções de mulheres que tiveram filhos antes dos 14 anos a respeito de suas vivências apresenta-se relevante para ampliar o entendimento de profissionais de diversos setores sobre tais questões, para qualificar o cuidado e a assistência e, para a produção de políticas públicas.

O presente estudo teve como objetivo compreender como mulheres, que atualmente têm mais de 18 anos, percebem a gravidez e a maternidade vividas antes dos 14 anos. A partir de um estudo qualitativo, foi possível identificar os significados que cada participante atribuiu às experiências, situações e ao contexto, no qual estavam inseridas. Os resultados possibilitaram compreender que, antes do avanço do feminismo, o contexto que as mulheres vivenciaram foi de obrigatoriedade do casamento e maternidade compulsória. A partir de 1980, com casamento não mais obrigatório, as mulheres foram auxiliadas por uma rede de apoio no cuidado da gravidez e da maternidade, além disso, algumas começaram a identificar a gravidez como consequência de uma violência sexual.

O acesso aos serviços de saúde era restrito e com o surgimento de políticas públicas, foi ampliado e priorizado a saúde materno-infantil. Apesar disso, as especificidades da gravidez de meninas não são cuidadas de modo integral, além de informações sobre prevenção, possibilidade de interrupção da gestação, vias de parto e amamentação não serem fornecidas e a assistência ser permeada por comentários preconceituosos. As experiências da gravidez e de violências repercutiram na maternidade, na relação consigo mesmo, no trabalho e no estudo, o que gerou consequências às mulheres.

A ocorrência das violências, proibições e privações - associadas diretamente ou indiretamente com a maternidade compulsória - repercute na vida das vítimas, por isso, é muito importante proporcionar espaços e medidas de proteção, além da responsabilização do agressor e proporcionar direitos e cuidados - que deveriam ser ofertados pelo Estado, família e comunidade - para as crianças e adolescentes (Dourado; Bidarra, 2022). Para isso, torna-se necessário discussões sobre os discursos sociais a respeito dos papéis de gênero, da violência contra crianças e adolescentes e sobre a maternidade nesse período, a fim de ofertar proteção, cuidado e o desenvolvimento integral a essa população.

Sabe-se, por meio de dados epidemiológicos, que a maternidade e a violência de meninas no Brasil ainda são uma realidade, mesmo assegurado pelo ECA (Brasil, 1990) a garantia da proteção integral e pela lei 12.015 (Brasil, 2009) que qualquer ato libidinoso se configura estupro de vulnerável. Dessa forma, torna-se essencial e fundamental a criação de

políticas públicas que priorizem o cuidado e proteção de meninas, forneçam ações de educação sexual, serviços de cuidado especializado e educação continuada e permanente de profissionais de saúde para o atendimento integral das meninas.

Ressalta-se a importância de profissionais da saúde e de outros setores da sociedade como segurança e educação se sensibilizarem a partir da temática e favorecem espaços de reflexão sobre a violência sexual, principalmente, com crianças e adolescentes. Aos setores de saúde, é essencial o estabelecimento de medidas protetoras, atendimento humanizado e interdisciplinar, a preservação de direitos, incluindo a interrupção da gestação.

O presente estudo, ainda, acrescenta a possibilidade de novas pesquisas em que sejam entrevistadas mulheres e meninas que foram mães após a disposição da lei 12.015 (Brasil, 2009), no ano de 2009, a fim de verificar se houve alterações no contexto e no acesso a serviços de saúde e informações a respeito do pré-natal, parto e puerpério. Compreendemos que mudanças legais, como a sanção da lei, podem proporcionar modificações sociais em diversos âmbitos como a saúde, contudo, nem sempre são garantidas a todas, por isso, torna-se essencial estudos futuros a respeito da temática.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, D. Uma em cada sete mulheres, aos 40 anos, já passou por aborto no Brasil. Agência Brasil. 29 mar. 2019. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-03/uma-em-cada-sete-mulheres-aos-40-anos-ja-passou-por-aborto-no-brasil>

AZEVEDO, A. K. S.; DUTRA, E. M. do S. Era uma vez uma história sem história: pensando o ser mulher no Nordeste. Pesquisas práticas psicossociais. São João del-Rei, v. 14, n. 2, p. 1-14, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000200011&lng=pt&nrm=iso>.

BADINTER, E. Um amor conquistado: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: RJ, 1985.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L. de, NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017. Disponível em <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17910>

BRAGA, R. C.; MIRANDA, L. H. DE A.; VERÍSSIMO, J. DE P. C. Para além da maternidade: as configurações do desejo na mulher contemporânea. Pretextos - Revista da Graduação em

Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 6, p. 523-540, 2018. Disponível em <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15994>

BRASIL. Lei 3.071, de 01 de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília: DF. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>

BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Diário Oficial da União, Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

BRASIL. Decreto-Lei 3.688, de 3 outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. Diário Oficial da União, Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: DF, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Página. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: DF, 2004.

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 nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Portaria nº 485. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. Brasília: DF, 2016.

CABRAL, C. da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saúde E Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 1093–1104, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001>

CABRAL, C. da S.; BRANDÃO, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cadernos De Saúde Pública*, v. 36, n. 8, e00029420, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420>

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.

CARVALHO, C. DE S. et al. Direitos sexuais de crianças e adolescentes: avanços e entraves. *Psicologia Clínica*, v. 24, n. 1, p. 69–88, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100006>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde. 2018. <https://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude/>

COSTA, R. S. L.; ROCHA, E. T. C.; OLIVEIRA, E. L.; CHAVES, M. M. L. Percepções de mães adolescentes sobre aleitamento materno. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 60–66, 2021. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3355>.

DALTOÉ, C. M.; CARDIERI, L. A. C.; SOARES, V. M. N. Caracterização de meninas mães no país, em um período de dez anos (2010-2019), com detalhamento pelas cinco regiões geográficas e estados brasileiros. In: *Estudo elaborado por equipe da regional Paraná da RFS, em cumprimento à proposta do eixo 2.1 do Projeto Coletivo, coordenado por CRIOLA, e apoiado pelo Fundo ELAS*. Curitiba: PR, Rede Feminista de Saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos, 2021.

DIAS, T. M. A vida social das pílulas anticoncepcionais no Brasil (1960-1970): uma história do cotidiano. Tese Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueiras (IFF/Fiocruz). Rio de Janeiro: RJ. 2019.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso>.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SENNA, D.M. Saúde da Mulher. In: Schraiber, L. B; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. (Org.). Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas. 2ed. São Paulo: HUCITEC. 2000.

DONATH, O. Mães Arrependidas: uma outra visão da maternidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DOURADO, A. L.; BIDARRA, Z. S. Estratégias para a Escuta Especializada de vítimas de violência sexual em redes intersetoriais. *Serviço Social & Sociedade*, n. 145, p. 174–188, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0101-6628.298>

FAÚNDES, A. A importância de discutir abertamente o problema do aborto para a proteção e promoção da saúde da mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00003920, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00003920>

FEDERICI, S. O Ponto Zero da Revolução: Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FERNANDES, K. M. P; ROSA, C. M. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. *Revista Ciências Sociais Unisinos*, v. 56, n. 3, p. 254-265, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.4013/csu.2020.56.3.01>

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D. Trabalho doméstico. In: HIRATA, Helena et al. (Org.). *Dicionário crítico do feminismo*. pp. 256-262. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

GALLO, S.; LIMONGELLI, R. M. “Infância maior”: linha de fuga ao governo democrático da infância. *Educação e Pesquisa*, v. 46, p. e236978, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046236978>

GAMA, S. G. N. DA et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S117–S127, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145513>

GRANIEIRI, M. S.; MELO, A. G; MUSSARELI, Y. F. Dificuldades de amamentação em meninas adolescentes. *Revista Faculdades do Saber*, v. 7, n. 14, p. 1089-1098, 2022. <https://rfs.emnuvens.com.br/rfs/article/view/162>

HASSE, M. Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral. 2016. Universidade de São Paulo, [s. l.], 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13022017-204029/>

IACONELLI, V. Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas de reprodução. 1ªed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

LOWENKRON, L. Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. *Cadernos Pagu*, n. 45, p. 225–258, dez. 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/18094449201500450225>

MANSANO, S. R. V. O trabalho imaterial afetivo na área de saúde. *Perspectivas em Psicologia*, v. 11, p. 86-92, 2014. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483547665011>

MARTINEZ, E. Z. et al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p. 855–867, maio 2011.

MELO, D. S.; OLIVEIRA, M. H. de.; PEREIRA, D. dos S. Progressos do Brasil na proteção, promoção e apoio do aleitamento materno sob a perspectiva do Global Breastfeeding collective. *Revista Paulista De Pediatria*, v. 39, e2019296, 2021. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019296>

MINAYO, M. C. DE S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

MIURA, P. O.; TARDIVO, L. S. DE L. P. C.; BARRIENTOS, D. M. S. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1601–1610, maio 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14152016>

MORAES, A. F.; SORJ, B. Os paradoxos da expansão dos direitos das mulheres no Brasil. In Moraes, A. F.; Sorj, B. (Org). *Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009.

NASCIMENTO, T. L. C.; TEIXEIRA, C. S. S, ANJOS, M. S.; MENEZES, G. M. S., COSTA, M. C. N.; NATIVIDADE, M. S. Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 1, e201953, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100003>

OLIVEIRA, G. D. DE. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 9, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/978>.

OLIVEIRA, C. de F.; BORTOLI, M. C. de.; SETTI, C.; LUQUINE JÚNIOR, C. D.; TOMA, T. S. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 427–439, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41572020>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2012. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3661/Prevencao%20da%20violencia%20sexual%20e%20parceiro%20intimo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. S25–S32, 1998. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>

PIMENTA, F. F. Políticas feministas e os feminismos na política: o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985-2005). Repositório Institucional da UnB, [s. l.], 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8424>.

PIRES, R. C. R. et al. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 7, p. 2119–2133, jul. 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14152022>.

PORTO, M. L.; AMARAL, W. N. Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta. *Femina*, v. 42 n. 4, p. 210-215, 2014. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4594.pdf>

PORTO, D. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. *Revista Rede bioética/unesco*, v. 3 n. 1, p. 55-66, 2017. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Porto.pdf>

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 3, p. 537–543, jun. 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300002>

REGO, A.; CUNHA, M. P. e; MEYER JR., V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 43–57, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rgplp/article/view/78224>.

RIBEIRO, J. F.; PASSOS, A. C.; LIRA, J. A. C.; SILVA, C. C.; SANTOS, P. O., FONTINELE, A. V. C. Complicações obstétricas em adolescentes atendidas em uma maternidade pública de referência. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 11, n. 7, p. 2728-2735, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23446p2728-2735-2017>

RODRIGUES, L. Estudo revela tamanho da desigualdade de gênero no mercado de trabalho - Fatores como afazeres domésticos trazem limitações. Agência Brasil. 04 mar. 2021. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-03/estudo-revela-tamanho-da-desigualdade-de-genero-no-mercado-de-trabalho>

ROSANELI, C. F.; COSTA, N. B.; SUTILE, V. M. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. e300114, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300114>

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero, patriarcado, violência. 2. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTANA, J. Y. dos A.; CAVALCANTE, V. M. H. P.; FILHO, R. J. dos S.; DA SILVA, A. K. P. Violência obstétrica contra as mulheres negras e a bioética de intervenção em contexto decolonial. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 7464–7484, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/57282>.

SCHERER, C. N.; SANCHES, M. A. Caracterização atual da objeção de consciência: proposta crítica e renovada. *Revista Bioética*, v. 29, n. 4, p. 706–715, 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294504>

SILVA, E. F. DA. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). *Saúde em Debate*, v. 39, n. 106, p. 893–903, jul. 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030027>

SOUTO, R. M. C. V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2909–2918, set. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13312017>

SOUZA, L. R.; AQUINO, D. C. Trabalho doméstico e reprodutivo e valor da força de trabalho em Marx. XI Colóquio Internacional Marx e Engels 2018, Campinas. GT 7 – Gênero, Raça e Sexualidade.

TIBIRIÇÁ, V. A.; FARIA, V. G. S.; SILVA, A. L. C.; ALMEIDA, C. S. Sexualidade e gênero: o que pensam os adolescentes? O papel da escola e sociedade na visão de adolescentes sobre a temática. *Saúde em Redes*, 9(2), 2023.

VANEGAS LÓPEZ, J. J.; PÁVEZ LIZÁRRAGA, A.; MUÑOZ OJEDA, P. Cesarean section trend: A reflection from ethics. *Acta Bioethica*, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 119–126, 2021. Disponível em: <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/63959>.

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: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

VIRGENS, J. H. A.; TEIXEIRA, C. F. Reforma Sanitária Brasileira: uma revisão sobre os sujeitos políticos e as estratégias de ação. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 46, n. 133 abr-jun, p. 534–550, 2022. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6573>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Social Determinants of Health. 2023 Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

ZIMMERMANN, T. R.; VICENTE, J. A. P.; MACHADO, A. A. Gender analysis from the care economy in pandemic times: a case study of women-caregivers of children in CEMEI. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 26092–26112, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n3-353. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/26358>.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Impactos da maternidade em meninas-mães”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Mariana Hasse, Marina Abreu Dias e Maria Júlia Martins Padovani. Nesta pesquisa, queremos conhecer as percepções sobre a maternidade e os impactos que essa experiência teve na vida de meninas que tiveram filhos antes dos 14 anos. Sua participação será através de uma entrevista individual com aproximadamente 16 questões, que será agendada previamente através de uma plataforma online ou de modo presencial, de acordo com sua preferência. A entrevista será gravada na íntegra em um gravador de celular e os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, estarão sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa (Resolução nº 510/16, Capítulo VI, Art. 28). A duração da entrevista será entre 45 e 60 minutos e vamos conversar sobre questões relacionadas ao contexto em que engravidou, seu pré-natal, parto e pós parto. Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os riscos em participar da pesquisa consistem na identificação da participante, mas para isso não ocorrer, vamos usar nomes fictícios. Também vamos solicitar que as participantes estejam em um ambiente seguro, e que as preserve para assegurar a confidencialidade do que será dito. Se você sentir algum desconforto ou constrangimento durante a entrevista, podemos interrompê-la e você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Caso durante a entrevista seja identificada a necessidade de qualquer acompanhamento profissional, será realizada uma escuta atenta e qualificada e em seguida, a orientação para acessar a rede de serviços existente no município de residência da participante. Os benefícios em participar da pesquisa serão a colaboração com o conhecimento sobre a experiência da maternidade em meninas menores de 14 anos e possibilidade de melhoria dos serviços de saúde na promoção de políticas, educação permanente e acompanhamento de adolescentes a fim de evitar a gravidez precoce e enfrentamento da violência. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos pesquisadores. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Mariana Hasse, Celular (34)99108-4128, avenida Pará 1720, Bloco 2U, sala 8, Campus Umuarama UFU. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 202..

Assinatura da(s) pesquisada(ras)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecida.

Assinatura da participante da pesquisa

APÊNDICE B

IMPACTOS DA MATERNIDADE EM MENINAS-MÃES

Meu nome é Marina, sou psicóloga (CRP-04/65705) e residente em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia.

Estou realizando uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética sobre as percepções da gestação e maternidade de mulheres que tiveram essa experiência antes dos 14 anos.

Para que você participe da pesquisa, é necessário:

- ★ Ter tido um filho biológico antes dos 14 anos;
- ★ E, atualmente, ter uma idade superior a 18 anos.

A pesquisa será realizada de modo online ou presencial, de acordo com a preferência.

Se você interessou, entre em contato comigo:

Telefone: (34) 99259-8186

Instagram: @mariina.abreu

Email: marinaabreupsi@gmail.com

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista

Entrevista nº:

Data:

Horário de início:

Horário de fim:

Dados sociodemográficos:

Idade:

Raça/cor:

Grau de escolaridade:

Ocupação:

Você pratica alguma religião? Se sim, qual?

- 1) Com quantos anos você ficou grávida?
- 2) Gostaria que você me contasse o contexto de quando ficou grávida.
- 3) Como foi para você descobrir que estava grávida? Como se sentiu?
- 4) Como foi para sua família descobrir a sua gravidez?
- 5) Em algum momento, você pensou em interromper a gravidez?
- 6) Em algum momento você pensou em entregar o bebê para adoção?
- 7) Como foi o seu pré-natal? (explorar onde ela foi acompanhada, quem ia com ela às consultas, que informações achou importante receber, como se sentia).
- 8) Gostaria que você me contasse sobre seu parto.
- 9) Gostaria que você me contasse como foi em casa com seu bebê, depois do parto (explorar rede de apoio, amamentação, cuidados com a casa, cuidados pessoais, manutenção ou não dos estudos e/ou trabalho).
- 10) Quais foram os efeitos da maternidade na sua vida?
- 11) Você ainda se relaciona com o pai do seu filho? Se não, ele mantém contato com a criança? As ajuda de alguma forma?
- 12) Atualmente, você tem algum relacionamento?
- 13) Se relaciona com homens, mulheres ou ambos?
- 14) Tem quantos filhos? Seus outros filhos foram planejados?
- 15) Em relação a essa experiência, se pudesse voltar no tempo, você faria alguma coisa de forma diferente?
- 16) Tem mais alguma coisa que eu não tenha te perguntado e que você queira dizer?

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impactos da maternidade em meninas-mães

Pesquisador: Mariana Hasse

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59353922.2.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.679.264

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 1949118 e Projeto Detalhado (projeto_pesquisa_meninas_mae.docx), postados em 03/06/2022 e 31/05/2022.

INTRODUÇÃO - Impactos da maternidade em meninas-mães: A adolescência é um momento entre a infância e a idade adulta, que ocorre modificações físicas, psíquicas e sociais singulares de acordo com os recursos e o contexto no qual o sujeito vive. Nessa fase, algumas meninas vivenciam a maternidade, a qual é vista como um problema de saúde pública por afetar a saúde física e emocional da menina-mulher e do bebê. Além disso, a quantidade de meninas-mães menores de 14 anos é alarmante e é considerado crime de estupro de vulnerável, sendo desconsiderado o consentimento da vítima. Por isso, torna-se cada vez mais importante que profissionais de saúde ofereçam às vítimas o cuidado integral às suas necessidades. A partir disso, o objetivo deste estudo é compreender as percepções sobre a maternidade e os impactos que essa experiência teve na vida de meninas que tiveram filhos antes dos 14 anos. Para isso, realizar-se-á uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas e, em seguida, a análise de conteúdo. Com este estudo, visa-se sensibilizar profissionais da saúde a respeito da importância da educação sexual, contribuir para estratégias para o pré-natal e o

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.679.264

aborto previsto em lei e, cuidado em saúde para a mãe e o bebê.

METODOLOGIA

(A) Pesquisa/Estudo - Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado através de entrevistas individuais com mulheres com mais de 18 anos, que tiveram filhos biológicos quando tinham menos de 14 anos. Os dados produzidos serão analisados a partir da análise de conteúdo temática.

(B) Tamanho da amostra – 20.

(C) Recrutamento e abordagem dos participantes – As participantes serão convidadas via internet, por meio de uma postagem via rede social Instagram (texto da postagem no Apêndice A), para participarem da pesquisa através de uma entrevista (roteiro no Apêndice B). Após contato inicial e pactuação sobre os termos da pesquisa, a entrevista será realizada individualmente. No momento do convite, será indicada a importância de estar em um local que garanta o sigilo e privacidade à participante.

(D) Local e instrumento de coleta de dados / Experimento – entrevista semiestruturada realizada individualmente.

(E) Metodologia de análise dos dados – Os dados produzidos serão analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1979). Para realizar a análise, é necessário seguir três etapas importantes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A partir dessa análise de conteúdo, é possível articular os resultados encontrados com vivências, recursos e interpretações a fim de construir articulações importantes para o alcance dos objetivos.

(F) Desfecho Primário e Secundário – Espera-se que a partir das entrevistas e da análise destas possamos compreender os significados e os impactos da maternidade em mulheres que tiveram filhos antes dos 14 anos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - Ter tido um filho biológico antes dos 14 anos e, atualmente, ter uma idade superior a 18 anos.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.679.264

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Para este estudo, serão excluídas participantes que não tiveram uma gravidez e parto antes dos 14 anos de idade e mulheres que não têm, no momento da entrevista, mais de 18 anos de idade.

CRONOGRAMA - As coletas iniciam em 24/10/2022.

ORÇAMENTO - Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - O objetivo deste estudo é conhecer as percepções sobre a gestação e maternidade de mulheres que tiveram essa experiência antes dos 14 anos.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS - Conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência recebida durante a gravidez, parto e puerpério;

- Conhecer o contexto em que a gravidez aconteceu;
- Saber se essas mulheres tinham ou receberam informações sobre o direito de interromper a gravidez e entrega legal do bebê;
- Identificar se a manutenção da gravidez e inserção do bebê na família foram uma escolha;
- Analisar a relação com a rede de apoio durante essa experiência.
- Conhecer as percepções sobre os impactos da experiência na vida dessas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - De acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os direitos das participantes serão preservados, de modo que elas só participem das pesquisas caso haja o livre consentimento - manifestado através da assinatura do TCLE. Além disso, para tratamento e apresentação dos dados, serão utilizados nomes fictícios para que o risco de identificação das participantes seja nulo. As entrevistas acontecerão de modo remoto ou presencial e poderão ser interrompidas caso a entrevistada queira a fim de atenuar desconfortos ou constrangimentos. A fim de garantir o sigilo ético, será solicitado aos participantes que estejam em um ambiente seguro para assegurar a confidencialidade do que será dito.

A qualquer momento da pesquisa a participante terá o direito de retirar seu consentimento para

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.679.264

participar da pesquisa.

BENEFÍCIOS - A participação nas entrevistas pode contribuir para que as mulheres possam refletir sobre o significado e o impacto da gestação e maternidade vivenciada antes dos 14 anos. Ademais, a pesquisa poderá possibilitar uma melhor compreensão de como os serviços de saúde e os profissionais podem promover políticas, ações educativas e acompanhamento de adolescentes a fim de evitar a gravidez precoce e auxiliá-las no enfrentamento da violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências listadas no Parecer Consubstanciado nº 5.593.232, de 20/02/2022, seguem abaixo, bem como a resposta da equipe de pesquisa e a análise de atendimento ou não da pendência feita pelo CEP/UFU.

Pendência 1 - Para o item Metodologia do Formulário Plataforma Brasil e Projeto Detalhado, informar a justificativa para o número de participantes (seja por referência bibliográfica, literatura da área de pesquisa ou cálculo amostral).

RESPOSTA - *Inserção do texto abaixo e referência no projeto e na plataforma

De acordo com Rego, Cunha e Pina, Junior Meyer (2018), nas pesquisas qualitativas, o encerramento das entrevistas ocorre quando há uma saturação teórica, identificada a partir da comparação entre os dados coletados e a teoria. Quando a amostra não oferece informações novas, observa-se a saturação. A quantidade de participantes é uma estimativa a partir de outras pesquisas realizadas sobre temas semelhantes.

REGO; CUNHA E PINA; JUNIOR MEYER. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. Revista de Gestão de países de Língua Portuguesa, v. 17, n. 2, 43-57, 2018."

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

=====

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.679.264

Pendência 2 - Considerando o trâmite de análise e aprovação do comitê, o CEP/UFU solicita atualização no cronograma de pesquisa para que a etapa de coleta de dados tenha início após a aprovação do protocolo pelo CEP/UFU. Adequar no Formulário Plataforma Brasil e Projeto Detalhado.

RESPOSTA - "Cronogramas adequados no plataforma e no projeto

Recrutamento de participantes - 24/10/2022 a 24/01/2023

Realização das entrevistas - 24/10/2022 a 25/01/2023

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

=====

Pendência 3 - Para o TCLE, adequar:

Pendência 3.1 - O CEP/UFU solicita que seja retirado o trecho "[...] Após a transcrição da gravação, ela será desgravada. [...]" e que seja informado ao participante que o pesquisador atenderá as orientações da Resolução nº 510/16, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Caso necessário, consultar o modelo de TCLE disponível no site do CEP/UFU (<http://www.propp.ufu.br/cep#tab-0-2>).

RESPOSTA - "Organizei no Termo de Consentimento"

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

Pendência 3.2 - O CEP/UFU solicita que seja informado ao participante o número de questões.

RESPOSTA - "Organizei no Termo de Consentimento"

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.679.264

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

=====

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha_de_rosto_MARIANA.pdf
- 2) TERMO_COMPROMISSO_EQUIPE.pdf
- 3) Link_CV_pesquisadoras.docx
- 4) projeto_pesquisa_meninas_mae.pdf
- 5) APENDICE_C_TCLE.pdf
- 6) APENDICE_B_ENTREVISTA.pdf

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.593.232, de 20/02/2022, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: AGOSTO/2023*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.879.264

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 5.879.264

imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprovatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949118.pdf	19/09/2022 20:31:04		Aceito
Outros	Lista_Pendencias_Projeto_TCR.docx	19/09/2022 20:30:46	Mariana Hasse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_REVISADO.pdf	19/09/2022 20:29:29	Mariana Hasse	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ajustado.pdf	19/09/2022 20:29:01	Mariana Hasse	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	03/06/2022 15:03:24	Mariana Hasse	Aceito
Outros	link_CV_pesquisadoras.docx	31/05/2022 09:54:58	Mariana Hasse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE.pdf	31/05/2022 09:48:38	Mariana Hasse	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_meninas_mae.docx	31/05/2022 09:41:20	Mariana Hasse	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_EQUIPE.pdf	29/05/2022 09:57:38	Mariana Hasse	Aceito
Outros	APENDICE_B_ENTREVISTA.pdf	25/05/2022 10:23:08	Mariana Hasse	Aceito
Outros	Apendice_A.pdf	25/05/2022 10:22:41	Mariana Hasse	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 5.679.264

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 03 de Outubro de 2022

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br