



Sem Deixar Ninguém para Trás

Realização



▶▶▶ Sem Deixar Ninguém para Trás

GRAVIDEZ, MATERNIDADE
E VIOLÊNCIA SEXUAL NA
ADOLESCÊNCIA

Realização

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde – Instituto Gonçalo Muniz – Fundação Osvaldo Cruz (CIDACS/Fiocruz Bahia)

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA Brasil)

Equipe técnica

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde – Instituto Gonçalo Muniz – Fundação Osvaldo Cruz (CIDACS/Fiocruz Bahia)

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

Pesquisa e conteúdo

Emanuelle Góes
(CIDACS/Fiocruz Bahia)

Dandara Ramos
(CIDACS/Fiocruz Bahia, ISC-UFBA)

Andrêa Ferreira
(CIDACS/Fiocruz Bahia)

Comunicação

Raíza Tourinho
(CIDACS/Fiocruz Bahia)

Adalton dos Anjos
(CIDACS/Fiocruz Bahia)

Pedro Jose Sibahi
(UNFPA Brasil)

Revisão de conteúdo

Júnia Quiroga
(UNFPA Brasil)

Anna Cunha
(UNFPA Brasil)

Luana Natielle Basílio e Silva (UNFPA Brasil)

Julia Alencastro
(UNFPA Brasil)

Redação, edição, revisão e projeto gráfico:

ALTER Conteúdo Relevante

Autoras:

Emanuelle Goes, Dandara Ramos e
Andrêa Ferreira

Fotografias:

Bancos de imagens e acervo próprio das organizações parceiras (CIDACS/Fiocruz Bahia, ISC/UFBA e UNFPA Brasil)

Sumário



Apresentação.....4

Introdução 6

Gravidez e Maternidade na Adolescência 10

3.1. Contexto.....11

3.2. Uniões precoces..... 20

3.3. Observações.....21

Violência Sexual contra Meninas e

Adolescentes 25

4.1. Contexto..... 26

4.2. Observações31



Apresentação

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) tem desenvolvido nos últimos anos uma série de ações em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Em julho de 2019, em Nova York, a então presidente da Fiocruz, Nísia Trindade Lima, e a diretora-executiva do UNFPA, Natalia Kanem, assinaram um Memorando de Entendimento (MdE) por ocasião do Fórum Político de Alto Nível para o Desenvolvimento Sustentável.

A parceria tem englobado ações voltadas para a redução da mortalidade materna, Cooperação Sul-Sul, fortalecimento da Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia, promoção da saúde de gestantes indígenas e quilombolas no contexto de Covid-19 – entre outras temáticas.

É no âmbito dessa parceria mais ampla que essas organizações desenvolvem o Projeto **Desigualdades e Gravidez na Adolescência**, reunindo a Fiocruz, mais especificamente o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS – Fiocruz Bahia), o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e o UNFPA Brasil.

O Projeto Desigualdades e Gravidez na Adolescência tem o objetivo de identificar

a incidência de gravidez e maternidade em adolescentes brasileiras a partir da análise de bancos de dados nacionais. Estes dados foram desagregados, ou seja, separados em unidades menores que permitem uma investigação que leva em consideração os diversos contextos de desigualdades sociais e raciais, de condições de vida e outros persistentes desafios para a efetivação de direitos.

A análise adequada de dados, aliada aos direitos humanos, ajuda a garantir que o uso de métodos quantitativos seja consistente com a identificação de causas profundas de desigualdades.

A presente cartilha *Sem Deixar Ninguém para Trás: Gravidez, Maternidade e Violência Sexual na Adolescência*,

primeira publicação do Projeto, foi produzida com o intuito de apontar as situações de vulnerabilidade presentes nas vidas de parte das meninas que vivenciam a maternidade nessa etapa do ciclo de vida. Nosso objetivo é que esse material sirva como alerta sobre as condições que podem levar à gravidez de meninas, especialmente aquelas relacionadas a desigualdades estruturais de raça e gênero. Nosso intuito também é que este material possa ser utilizado por diversos segmentos sociais para apoiar tomadas de decisão.



Introdução



As mulheres têm o direito de tomar as suas próprias decisões sobre suas trajetórias reprodutivas. Isso se refere, por exemplo, a se, quando e com que frequência desejam engravidar. Esse direito foi reafirmado em 1994, no Cairo (Egito), na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), quando 179 governos concordaram que a saúde sexual e reprodutiva é fundamental para o desenvolvimento econômico e social.

O Programa de Ação da CIPD promoveu uma visão de desenvolvimento integrado que está na base dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são:

- a não discriminação e a universalidade;
- a centralidade da saúde, educação e empoderamento das mulheres no ensejo do desenvolvimento sustentável;
- e a necessidade coletiva para assegurar a sustentabilidade ambiental.

De acordo com o UNFPA, ainda hoje, globalmente, mais de 800 mulheres morrem todos os dias em consequência da gravidez ou do parto. São 214 milhões de mulheres em todo mundo que querem evitar a gravidez e ter acesso à contracepção moderna. As mulheres, adolescentes e jovens têm o direito de fazer as suas

próprias escolhas informadas sobre contracepção e sobre sua trajetória reprodutiva.

Em 2018, o UNFPA iniciou um esforço estratégico, com base em dados de qualidade, ações programáticas e parcerias amplas, para acelerar o alcance de resultados transformadores, “os três zeros”, até 2030:

- zero necessidade não-atendida de planejamento reprodutivo;
- zero mortes maternas evitáveis;
- e zero violência de gênero e outras práticas nocivas, como o casamento infantil e a mutilação genital feminina.

Nos países em que está presente, o UNFPA apoia os esforços para ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo e o fornecimento de contraceptivos.

Além de previsto em tratados e acordos internacionais, no Brasil, o direito ao planejamento familiar é uma garantia constitucional prevista no § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que dispõe: “(...) O planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.” Esse direito foi regulamentado pela lei 9263/1996 e, em 2007, foi

lançada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que incorporou a oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos nas Unidades Básicas de Saúde, incluindo a contracepção de emergência, e a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular.

Cerca de 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento – mais de metade em contextos de emergência humanitária. O planejamento familiar é central para o empoderamento das mulheres e para o desenvolvimento sustentável.

A violência contra as mulheres e meninas continua a ser um fenômeno alarmante em nível global. O Secretário Geral das Nações Unidas, António Guterres, classificou a violência contra mulheres e meninas como a “pandemia mais longa e mortal do mundo”. Estima-se que uma em cada três mulheres irá sofrer violência física ou sexual durante a sua vida.

Nesse contexto, a maternidade na adolescência é um aspecto a ser tratado no contexto de saúde coletiva e por uma perspectiva de direitos humanos, considerando desigualdades socioeconômicas, contextos de violência e seu impacto na saúde e na trajetória de vida das adolescentes.

Mais especificamente, as desigualdades podem se manifestar antes do nascimento do bebê, no acompanhamento da gestação, ou após o nascimento, quando a trajetória de vida de uma mulher que foi mãe na adolescência é condicionada pelo seu contexto social.

Para Organização Mundial de Saúde, a gravidez na adolescência pode ser entendida como aquela que acontece até os 19 anos de idade. Ocorre entre adolescentes com perfis sociodemográficos bastante heterogêneos, mas tende a ser mais frequente nos contextos de maior vulnerabilidade social e de barreiras de acesso a serviços e direitos.

Na presente pesquisa com enfoque no Brasil, para fins de análise e para apreender diferenças importantes de experiências na gravidez e maternidade na adolescência, consideram-se, no geral, a faixa etária dos 10 a 14 anos e dos 15 a 19 anos. Na faixa de 10 a 14 anos, há fortes evidências de gravidez relacionada a situações de violências sexuais que preveem a possibilidade de acesso ao aborto legal, conforme a legislação brasileira.

Por meio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é possível

acessar, entre diversas outras informações, o número de nascidos vivos de mulheres adolescentes no Brasil. Os dados do SINASC têm como objetivo registrar informações de nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados de natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. A coleta dos dados do SINASC se faz através do documento de Declaração de Nascidos Vivos (DN), que é preenchido por profissionais de saúde ou por parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido.

As DNs são recolhidas pelas Secretarias Municipais de Saúde, onde são digitalizadas, processadas e consolidadas no sistema local do SINASC,

de âmbito municipal. Posteriormente os dados são enviados para o sistema de âmbito estadual, onde são agregados e enviados para a esfera federal.

Para o projeto, os dados do SINASC foram filtrados, selecionando-se os nascidos vivos de mães com idades entre 10 e 19 anos. Os dados do SINASC contam com informações colhidas ao nascimento, englobando uma série de referências, como região e unidade da federação, tipo de parto (vaginal ou cesáreo), duração da gestação, número de consultas de pré-natal e peso ao nascer, assim como o perfil da parturiente/mãe, os anos de estudo, raça/cor, estado civil e idade.





▶▶▶ Gravidez e Maternidade na Adolescência



3.1. Contexto

O fortalecimento das trajetórias de vida de adolescentes e jovens no Brasil relaciona-se à possibilidade de que encontrem um ambiente favorável para fazerem escolhas, desfrutar de seus direitos e contar com as condições para o seu pleno desenvolvimento. Contudo, são ainda frequentes os contextos de iniquidades sociais, desigualdades de gênero e étnico-raciais, acesso limitado à educação de qualidade, dificuldades de acesso a serviços de qualidade e insumos de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, e a exposição à violência, entre outros. Esses fatores encontram-se muitas vezes inter-relacionados e, quando não endereçados a políticas públicas efetivas e inclusivas, contribuem também para a persistência de ciclos intergeracionais de pobreza e desigualdade.

A gravidez ou maternidade não-intencional na adolescência está frequentemente associada a esses desafios. Especialmente quando não é fruto de planejamento e desejo, consiste em uma nítida manifestação de vulnerabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e, portanto, de seus direitos humanos. Melhorar condições sociais, incorporar na implementação das políticas públicas as dimensões estruturantes das desigualdades raciais e étnicas, informar e empoderar adolescentes e jovens para o exercício de seus direitos e cidadania, incluindo a autonomia e condições de escolha no que tange às suas trajetórias reprodutivas, é fundamental para que elas e eles tenham autonomia sobre suas vidas, saúde e dignidade.



**EMPODERAR ADOLESCENTES E JOVENS
PARA O EXERCÍCIO DE SEUS DIREITOS E
CIDADANIA É FUNDAMENTAL PARA QUE
ELAS E ELES TENHAM AUTONOMIA SOBRE
SUAS VIDAS, SAÚDE E DIGNIDADE.**

O QUE SÃO DIREITOS REPRODUTIVOS?

Os **direitos reprodutivos** baseiam-se no reconhecimento dos direitos humanos de todos os casais e indivíduos de decidir de forma livre e responsável sobre o número, o espaçamento e quando ter ou não ter filhos/as, assim como o direito de ter as informações e os meios para fazê-lo e a possibilidade de atingir o mais alto padrão de saúde reprodutiva. Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos relacionados à sexualidade e à reprodução, devendo ser exercidos livres de

discriminação. Desta forma, todos os indivíduos devem ser tratados com igualdade e conseguir exercer sua sexualidade livremente, com saúde e segurança. Afinal, sem igualdade, não há liberdade. Vale lembrar que são direitos: o acesso ao planejamento reprodutivo voluntário e aos métodos de contracepção, bem como a plena proteção com relação às diversas violências, a exemplo da exploração, do abuso e do assédio sexual.

▶ ▶ ▶ brazil.unfpa.org 

Os Direitos Reprodutivos também incluem:

O direito de tomar decisões relativas à reprodução, livre de discriminação, coerção e violência.

O direito a relações mutuamente respeitadas e equitativas.

O direito ao atendimento em saúde com privacidade e confidencialidade.

A justiça reprodutiva aborda a realidade social e suas desigualdades, além de combater a exploração dos corpos e defender a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. Baseia-se ainda na ideia de que as possibilidades reprodutivas estão relacionadas ao contexto social e comunitário e não refletem escolhas e acessos individuais.

Vista como uma teoria interseccional, a justiça reprodutiva emerge das experiências de mulheres negras que vivenciam um conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas. O conceito baseia-se no entendimento de que os impactos das opressões de raça, classe, gênero e de orientação sexual não são aditivos, mas integrativos, produzindo esse paradigma de interseccionalidade, gerando a discriminação interseccional.



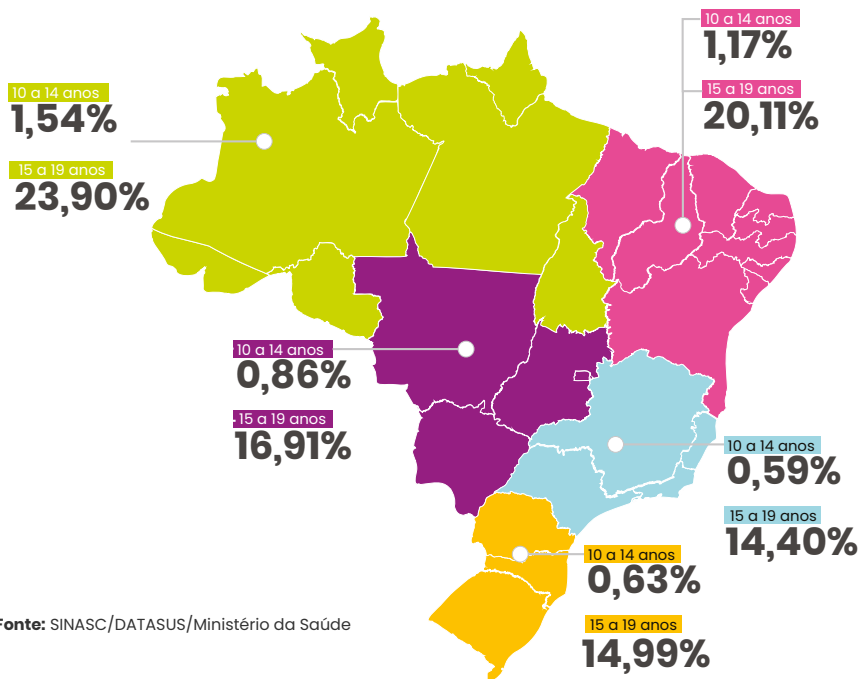
**OS IMPACTOS DAS
OPRESSÕES DE RAÇA,
CLASSE, GÊNERO E DE
ORIENTAÇÃO SEXUAL
NÃO SÃO ADITIVOS,
MAS INTEGRATIVOS,
PRODUZINDO UM
PARADIGMA DE
INTERSECCIONALIDADE.**

O Ministério da Saúde utiliza dados com o recorte etário de adolescência adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a caracteriza como o período da vida entre 10 e 19 anos de idade. De todo modo, vale mencionar que a legislação nacional do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente a faixa dos doze e aos dezoito anos incompletos de idade.

No Brasil, 6.118.205 bebês nasceram de mães adolescentes no período de 2008 a 2019, sendo 296.959 (4,86%) nascidos de mães com idade entre 10 a 14 anos e 5.821.246 (95,14%) nascidos de mães com idade entre 15 e 19 anos. As maiores proporções de nascidos vivos de mães adolescentes são encontradas nas regiões Norte e Nordeste do país, como identificado no mapa.

Porcentagem de nascidos vivos por idade da mãe, segundo macro-regiões do país (Brasil, 2008-2019)

No Brasil, entre os nascidos vivos de mães adolescentes, 4,86% foram de mães entre 10 e 14 anos e 95,14% de mães com idades entre 15 e 19 anos.



Fonte: SINASC/DATASUS/Ministério da Saúde

Além das disparidades regionais, os dados também apontam para vulnerabilidades relacionadas à opressão interseccional de gênero, raça, geração e classe, marcadores sociais que historicamente têm envolvido o fenômeno da gravidez na adolescência.

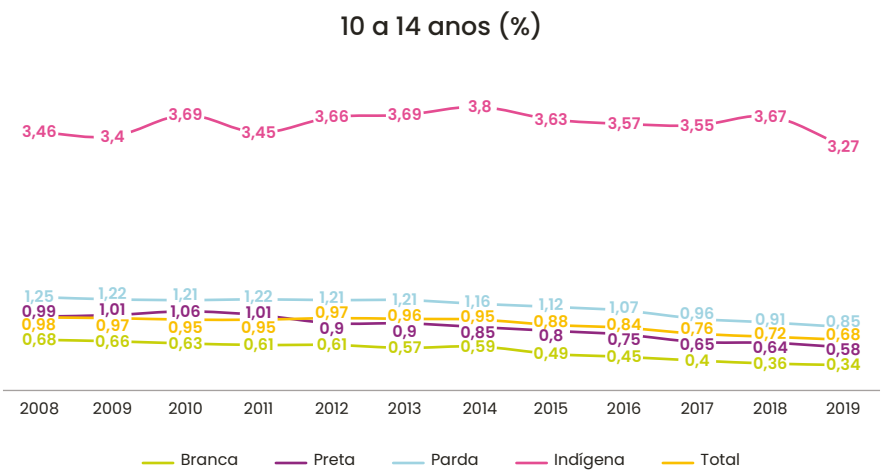
No período analisado, a maior participação das adolescentes

entre as mulheres que tiveram filhos é encontrada entre indígenas e negras (pardas e pretas), com os menores percentuais entre brancas e asiáticas. Observa-se também que essas disparidades raciais permanecem durante toda série histórica (2008-2019).

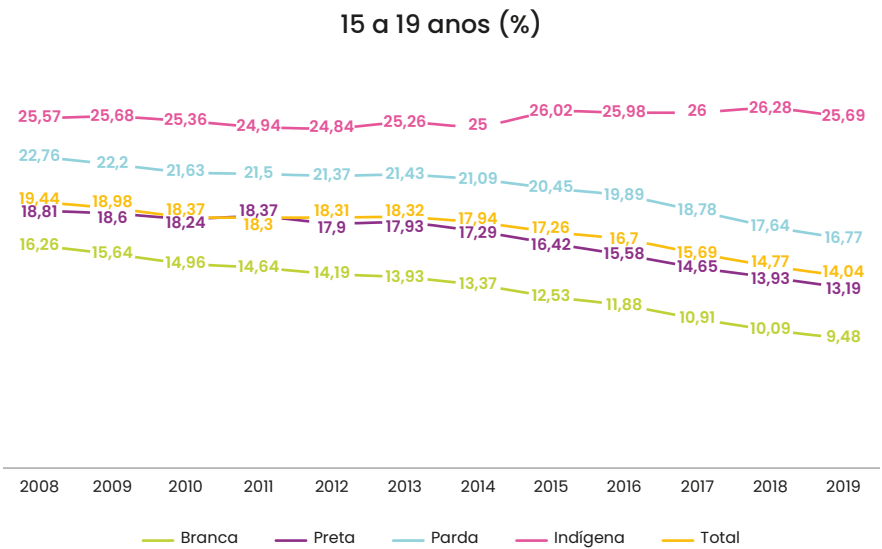
Foto: Adobe Stock



Porcentagem de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 14 anos) - de 2008 a 2019



Porcentagem de nascidos vivos de mães adolescentes (15 - 19 anos), de 2008 a 2019



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - DATASUS

Entre as adolescentes na faixa de 10 a 14 anos, o maior percentual de nascidos vivos foi identificado entre as meninas indígenas em comparação às demais adolescentes em toda série histórica, chegando a quase 4 vezes mais quando comparada às brancas, que apresentaram menos de 1% de nascidos vivos de adolescentes neste grupo etário e com redução ao longo do tempo (0,69% em 2008 e 0,34% em 2019). Para as adolescentes pretas, a redução começou a partir de 2012 (0,90%) chegando a uma frequência de NV de 0,59% em 2019. Já para as pardas a queda iniciou apenas em 2014 (1,16%), atingindo 0,85% em 2019. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, foram observados padrões semelhantes entre os grupos raciais.

Sem adentrar no mérito das discussões sobre relativismo cultural, faz-se necessário observar que a perspectiva da gravidez na adolescência de

indígenas encontra o desafio da discussão étnico-cultural, sobre o próprio conceito de meninas, adolescentes e mulheres, bem como o processo de transição entre estas fases. Isto posto, faz-se necessário buscar o maior detalhamento de informações no processo de construção de evidências e elaboração de políticas públicas focados em povos indígenas. O respeito à autonomia, não-violência e o direito de decisão das meninas é princípio fundamental no acesso e fruição dos direitos reprodutivos.

No que se refere à escolaridade, quase 60% (57,5%) das mães adolescentes do período analisado tinham de 8 a 11 anos de escolaridade; 34,3% delas informaram ter de 4 a 7 anos de estudo; 3,8% relataram ter nenhum ou 1 a 3 anos de estudo; e apenas 2,4% tinham 12 anos ou mais de escolaridade.

Apesar dos avanços no acesso educacional no país,



A RELAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO E MATERNIDADE ADOLESCENTE É COMPLEXA. HÁ EVIDÊNCIAS DE QUE A BAIXA ESCOLARIDADE E A EVASÃO ESCOLAR SÃO FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA ANTECIPADA DA MATERNIDADE, MAS, AO MESMO TEMPO, VIVENCIAR A MATERNIDADE E PERMANECER NA ESCOLA SE MOSTRA UM GRANDE DESAFIO.

as desigualdades estruturais de raça e gênero e o status socioeconômico impactam na escolaridade de meninas e mulheres no país. A relação entre educação e maternidade adolescente é complexa. Há evidências de que a baixa escolaridade e a evasão escolar são fatores que contribuem para a ocorrência antecipada da maternidade, mas, ao mesmo tempo, vivenciar a maternidade e permanecer na escola se mostra um grande desafio, tornando a maternidade um fator relacionado ao interrompimento da educação formal, de forma parcial ou permanente, e à escolarização tardia. Nesse contexto, é nítida também a necessidade de fortalecimento do sistema educacional tanto para a promoção de educação integral em sexualidade, capaz de ofertar informações e desenvolver

habilidades socioemocionais e empoderamento, quanto também para a permanência e reinserção das adolescentes em caso de gravidez e maternidade, de modo que a escola possa facilitar para que essa adolescente retome os estudos e conte com redes institucionais de apoio.

Entre as meninas e adolescentes de 10 a 14 anos, 43,6% relataram ter feito 7 ou mais consultas de pré-natal; 38,2%, entre 4 a 6 consultas; e 14% relataram ter feito de 1 a 3 consultas. Destaca-se que 3,3% das meninas e adolescentes de 10 a 14 anos informaram não ter realizado nenhuma consulta de pré-natal. Entre as adolescentes e jovens de 15 a 19 anos, mais da metade (52,2%) realizou 7 ou mais consultas de pré-natal. Neste grupo etário, 2,5% das mães relataram não ter realizado nenhuma consulta de pré-natal.

Você sabia?

A Lei Federal n. 6.202/75 dá à gestante a possibilidade de continuar seus estudos em regime domiciliar após o oitavo mês e no período da licença maternidade. A medida é essencial para que gestantes adolescentes possam seguir sua trajetória escolar.



Saiba mais aqui

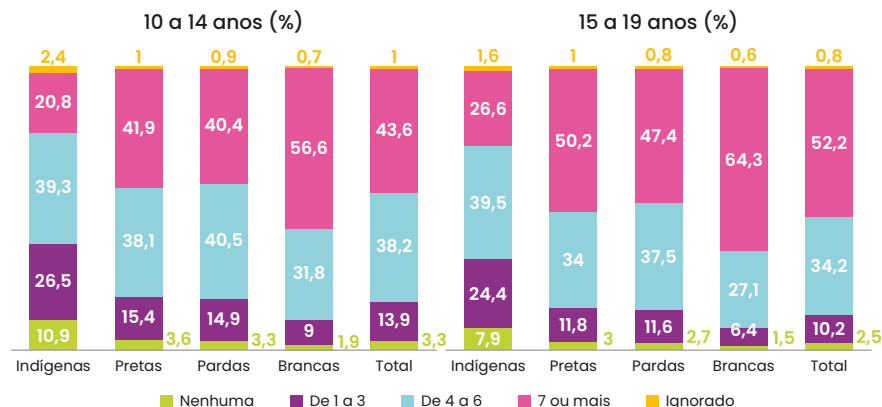
Número de Consultas de Pré-Natal	10 a 14 anos	15 a 19 anos
Nenhuma	3,3%	2,5%
De 1 a 3 consultas	13,9%	10,2%
De 4 a 6 consultas	38,2%	34,2%
7 ou mais consultas	43,6%	52,2%
Ignorado	1,0%	0,8%
Total	100%	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc. Dados extraídos via Tabnet-DATASUS para o período 2008–2019

No acesso ao pré-natal, ao observar os grupos raciais, as meninas indígenas de 10 a 14 anos e 15 a 19 respectivamente (20,8%; 26,6%), seguidas das pardas (40,4%; 47,4%) e pretas (41,9%; 50,2%) são as que menos referem a realização de 7 ou mais consultas de pré-natal em relação às brancas (56,6%; 64,3%), sendo as adolescentes de 10 a 14 anos que apresentam as menores frequências a 7 ou mais consultas de pré-natal. Já no indicador ‘Nenhuma consulta de pré-natal realizada’, a maior frequência é de adolescentes de 10 a 14 anos, principalmente indígenas (10,9%), seguidas das pretas e pardas (3,3%). Assim como para as de 15 a 19 anos (indígenas: 7,9%; pretas: 3,0%; pardas: 2,7%).

O acesso ao pré-natal é um importante indicador da garantia de direitos reprodutivos e de saúde, sendo as consultas feitas nesse período fundamentais para a realização de exames e identificação de gravidezes de risco ou com probabilidade de desenvolvimento de alguma doença na gestante ou no feto durante a gravidez ou na hora do parto, e de situações que possam demandar tratamentos, acesso a medicamentos ou outras medidas relevantes, que eventualmente poderão também necessitar de atenção obstétrica especializada para o parto. O acesso ao pré-natal adequado é fundamental para a prevenção da mortalidade materna por causas evitáveis.

Número de consultas de pré-natal por grupo de raça-cor materna entre adolescentes.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc. Dados extraídos via Tabnet-DATASUS para o período 2008–2019

Um pré-natal de qualidade, com a quantidade adequada de consultas, é um fator, portanto, também de promoção de partos seguros e saudáveis, e de redução dos casos de morbimortalidade materna. Embora as recomendações do Ministério da Saúde sejam de que o pré-natal tenha início o quanto antes, preferencialmente no primeiro trimestre da gestação, adolescentes tendem a iniciar o pré-natal em fases mais avançadas da gravidez, em relação a outras faixas etárias. Adolescentes muitas vezes demoram mais a ter a primeira consulta de pré-natal e podem ter menos consultas ao longo da gestação – podendo indicar um processo mais difícil de identificar, processar emocional e socialmente a gravidez

e dificuldade de acessar o serviço (além de estigma e falta de acolhimento). Como apontado nos dados anteriores, as desigualdades no acesso ao pré-natal estão ligadas a intersecções entre idade, raça/cor e outros marcadores sociais.

3.2. Uniões precoces

Os dados do SINASC também apontam que, do total de mães adolescentes, 29,2% estavam entre aquelas que vivenciavam algum tipo de relação conjugal (casadas ou em união consensual) e foi observado o maior percentual entre as mulheres indígenas. Mesmo entre aquelas de 10 a 14 anos, chegando a ser superior em ambos os grupos etários

quando comparado com as adolescentes nos demais grupos raciais. As evidências mostram que casamentos precoces na América Latina são, em sua maioria, informais e consensuais, frequentemente envolvendo homens adultos e meninas na fase da infância e adolescência. Na região, o Brasil se destaca pelo ranking elevado em números absolutos.

O casamento infantil¹ é uma violação dos direitos humanos, cujo enfrentamento está previsto inclusive no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5. Embora a Lei 13.811/2019 (que alterou o Código Civil Brasileiro) proíba expressamente o casamento de adolescentes menores de 16 anos, a prática permanece ainda relativamente frequente, por diversas razões estruturantes, dentre elas a pobreza persistente e as

desigualdades de gênero, raça/cor e etnia. Embora tanto meninos quanto meninas vivenciem uniões precoces, meninas são significativamente mais afetadas por essa prática.

De acordo com pesquisa da organização Promundo, o Brasil ocupa o quarto lugar no mundo em números absolutos de mulheres casadas até a idade de 15 anos, com 877 mil mulheres com idades entre 20 e 24 anos que se casaram até os 15 anos (11%). O Brasil é também o quarto país em números absolutos de meninas casadas com idade inferior a 18 anos: cerca de 3 milhões de mulheres com idades entre 20 e 24 anos casaram antes de 18 anos (36% do total de mulheres casadas nessa mesma faixa etária). De acordo com dados coletados no Censo de 2010, pouco mais de 88 mil meninas e meninos (idades entre 10 e 14 anos) estão

Nascidos vivos de mães adolescentes (10–19 anos), segundo raça/cor e estado civil da mãe (Brasil, 2008–2019)

Estado civil	Brancas		Pretas		Pardas		Indígenas		Total*	
	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19		
	72.762	1.788,102	12.092	246.453	202.905	3.720,802	9.200	65.889	6.375.514	
	%	%	%	%	%	%	%	%	N	%
Solteira	86,08	71,06	83,92	73,44	79,83	67,81	64,91	55,05	4 417 766	69,3
Casada/ União consensual	12,64	27,85	14,84	25,59	18,78	31,11	31,25	42,67	1.860,627	29,2

Fonte: Sistema de informações sobre Nascidos Vivos – Dados extraídos via Tabnet-DATASUS para o período 2008–2019

* O número total de meninas inclui os grupos de asiáticas e raça/cor ignorada, que foram excluídos desta análise. O estudo completo pode ser acessado em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39404/32415>

¹ O casamento infantil é definido pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CRC) como uma união envolvendo, pelo menos, um cônjuge abaixo dos 18 anos.

em uniões consensuais, civis e/ou religiosas, no Brasil.

As uniões precoces ameaçam a vida e a saúde das meninas, e limitam suas perspectivas de futuro. As meninas pressionadas ao casamento costumam engravidar enquanto ainda são adolescentes, aumentando o risco de complicações na gravidez ou no parto. Essas complicações são uma das principais causas de mortalidade entre adolescentes em países em desenvolvimento.

O UNFPA globalmente promove programas e apoia legislações destinadas a acabar com o casamento infantil. Além disso, estimula investimentos baseados em evidências e centrados nas meninas, que as capacitam com as informações, habilidades e serviços de que precisam para serem saudáveis, com educação e segurança, ajudando-as a fazer uma transição bem-sucedida para a idade adulta. O UNFPA também trabalha para apoiar as necessidades de meninas que tenham passado por uniões precoces, em especial no planejamento da vida reprodutiva e na saúde materna, mas também no apoio a seus projetos de vida e inserção educacional e profissional.

5 IGUALDADE
DE GÊNERO



O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 – ODS 5, que é um dos 17 objetivos da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável, visa alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas, prevendo a eliminação de todas as práticas nocivas, como os casamentos e uniões precoces, forçados e de crianças e adolescentes, observando as intersecções de raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas.

Além do enfrentamento às uniões precoces ou forçadas, o ODS 5 objetiva o alcance real da igualdade de gênero também por metas de eliminar a violência contra mulheres e meninas, de garantir igualdade de participação e oportunidades de liderança, e de garantir o acesso universal aos direitos sexuais e reprodutivos.

Também são metas dos ODS: igualdade de gênero (ao empoderar todas as mulheres e meninas, acabando com a violência a que são submetidas); a erradicação da pobreza, da fome; segurança alimentar; saúde e bem-estar; educação de qualidade; trabalho decente e crescimento econômico, entre outros.

3.3. Observações

Ser adolescente e tornar-se mãe é um desafio para as meninas brasileiras que muitas vezes têm uma interrupção dos projetos e sonhos da adolescência em decorrência da maternidade. Neste contexto, para as mães adolescentes, é fundamental garantir o acesso aos direitos fundamentais e básicos, como à educação formal e proteção social, pois elas precisam estudar, trabalhar e planejar o futuro.

Os serviços de saúde devem considerar as particularidades da gestação e maternidade na adolescência, com garantia do cuidado integral e equânime considerando as dinâmicas dos marcadores sociais de raça, gênero, geração e classe.

Foto: Marcello Casal Jr/Agência Brasil



OBSERVAM-SE DESVANTAGENS PARA AS ADOLESCENTES INDÍGENAS, PRETAS E PARDAS, EVIDENCIANDO COMO O RACISMO INSTITUCIONAL INTERAGE COM OUTROS MARCADORES, COMO, POR EXEMPLO, O ETARISMO, E AMPLIA AS BARREIRAS AO ACESSO À CONSULTA DE PRÉ-NATAL OU OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA.



Os achados desta pesquisa se assemelham às desigualdades raciais identificadas em outros estudos sobre o acesso de mulheres indígenas, pretas e pardas aos serviços de saúde reprodutiva. São elas que sofrem inúmeras barreiras desde o momento de procurar o atendimento até a entrada no serviço de saúde.

Mesmo quando compartilham similaridades (mães adolescentes realizando pré-natal) observam-se desvantagens para as indígenas, pretas e pardas, evidenciando como o racismo institucional interage com outros marcadores, como, por exemplo, o etarismo, e amplia as barreiras ao acesso à consulta de pré-natal ou outros serviços de saúde reprodutiva.

Geralmente, a maternidade na adolescência é um evento que

carrega muitos julgamentos, estigmas e preconceitos, daqueles que estão em torno da adolescente gestante, incluindo os serviços e profissionais da saúde, que deveriam garantir o cuidado integral. Ao mesmo tempo, a tomada de decisão de meninas e adolescentes diante de uma gravidez é muito limitada, dependendo de uma rede de apoio – sobretudo entre as mais jovens –, dos arranjos familiares, das relações afetivas e sexuais e do contexto da ocorrência da gravidez, aspectos que podem retardar a procura pelos serviços de saúde. Ademais, são as meninas e adolescentes indígenas, pretas e pardas que vivem em locais mais segregados, com vazios assistenciais, sendo uma das barreiras geográficas e institucionais de acesso aos serviços de saúde.



Violência Sexual contra Meninas e Adolescentes



4.1 Contexto

Viver com integridade corporal, sem coerção e violência é um direito fundamental. Contudo, a violência de gênero é ainda uma das violações de direitos humanos mais prevalentes no mundo e pode começar cedo na vida de uma mulher. A Meta 5.2 do ODS 5 estabelece o compromisso rumo à eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas, inclusive violência sexual, nas esferas públicas e privadas.

A violência contra mulheres e meninas é uma violação dos direitos humanos e também é reconhecida como um problema de saúde pública. Pode trazer sérios efeitos às vítimas, no curto e no longo-prazo, impactando a sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Além da integridade corporal, com consequências físicas imediatas que podem incluir lesões, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e distúrbios ginecológicos, a violência sexual pode trazer ansiedade, depressão, pânico, transtorno de estresse pós-traumático e até automutilação e dependência de substâncias psicoativas. Isso pode impactar nas demais esferas da vida da vítima, como relacionamentos e frequência escolar, entre

tantas outras, limitando sua autonomia e suas escolhas.

No Brasil, no período de 2015 a 2019, foram registrados 69.418 atendimentos decorrentes de violência sexual contra meninas e adolescentes em serviços de saúde, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Datasus).

Dentre estes casos, as meninas de 10 a 14 anos foram as principais vítimas (66,92%), e as de 15 a 19 anos representaram 33,08% do total dos casos.

Na questão de raça, as adolescentes negras (pretas e pardas) foram as que mais sofreram violência sexual, com 64,18% do total.

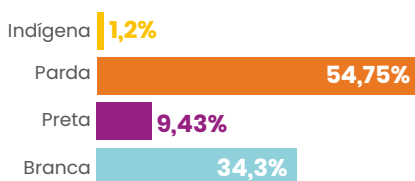
São meninas e adolescentes as principais vítimas de violência sexual sendo que o próprio domicílio é onde costuma acontecer a violação. Os homens e as pessoas conhecidas são os principais abusadores.

Ressalta-se a imperiosa necessidade de programas especializados no atendimento às e aos adolescentes sexualmente vitimizados, seja por violência intra ou extrafamiliar, bem como o fortalecimento da rede intersetorial de proteção, com continuidade das ações, que evite a revitimização e restitua-lhes os seus direitos,

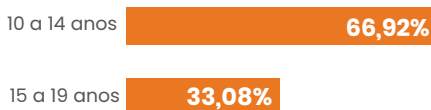
além do comprometimento do setor público e demais atores sociais no enfrentamento à violência sexual e de gênero. Evidencia-se que adolescentes nem sempre encontram na família um lugar de proteção, de modo que políticas públicas

precisam estar atentas para a questão da vitimização ocorrida na residência – local de ocorrência da violência sexual para 63,16% dos casos registrados contra meninas e adolescentes no período de 2015 a 2019 (SINAN-Datasus).

Porcentagem dos casos de violência sexual contra meninas e adolescentes, segundo raça/cor (2015–2019)

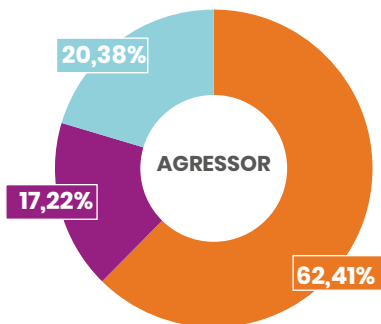
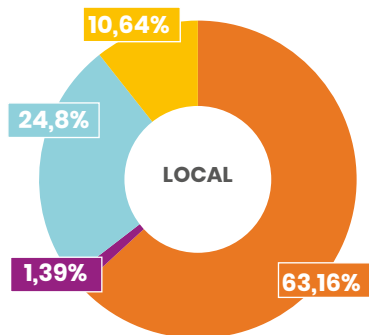


Porcentagem dos casos de violência sexual contra meninas e adolescentes, segundo grupo etário (2015–2019)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Dados extraídos via Tabnet-DATASUS

Porcentagem dos casos de violência sexual contra meninas e adolescentes, segundo local de ocorrência e perfil do agressor (2015–2019)



- Residência/Habitação Coletiva
- Escola
- Local Público/Comércio/ Serviços e outros
- Ignorado

- Conhecido
- Desconhecido
- Ignorada

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Dados extraídos via Tabnet-DATASUS.

VOCÊ SABIA?

A Lei Federal n. 13.431/2017 estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e adolescente vítima de violência. A lei garante o direito à escuta especializada junto aos órgãos de saúde, assistência social, educação (e outros), com procedimentos adequados e encaminhamento das denúncias à autoridade policial do local dos fatos, ao Conselho Tutelar e/ou Ministério Público.

Saiba mais aqui



O TAMANHO DO DESAFIO

Do total de casos de violência sexual (estupro, assédio, pornografia infantil, exploração sexual, atentado violento ao pudor) registrados contra meninas e adolescentes, entre 2008 e 2019, a grande maioria

(quase 80%) sofreu estupro; e desse montante, 24,31% das adolescentes chegaram ao serviço gestante, sendo que 26,48% tiveram acesso ao serviço de aborto legal.

RESSALTA-SE A IMPERIOSA NECESSIDADE DE PROGRAMAS ESPECIALIZADOS NO ATENDIMENTO ÀS E AOS ADOLESCENTES SEXUALMENTE VITIMIZADOS, BEM COMO O FORTALECIMENTO DA REDE INTERSETORIAL DE PROTEÇÃO.



Se ocorreu violência sexual, qual tipo?

	Grupo Etário		
	10-14	15-19	Total (dos grupos)
Estupro	78,64%	80,81%	79,36%
Outras formas de violência sexual*	21,36%	19,19%	20,64%

*estupro, assédio, pornografia infantil, exploração sexual, atentado violento ao pudor

A violência sexual teve uma gestação como consequência?

	Grupo Etário		
	10-14	15-19	Total (dos grupos)
Não	72,47%	81,4%	75,69%
Sim	27,53%	18,6%	24,31%

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. Dados extraídos via Tabnet-DATASUS (2008 a 2019).

A violência sexual e o acesso restrito aos serviços de aborto legal também são questões que precisam ser levadas em consideração nos desfechos de gravidez e maternidade na adolescência, principalmente para as meninas de 10 a 14 anos.

No Brasil, apesar de o aborto ser permitido para gravidez em decorrência de estupro, o acesso a este direito e ao serviço de aborto legal pode ser desafiador. Mulheres e meninas que necessitam desse serviço precisam ultrapassar barreiras pessoais, relacionais, geográficas e institucionais. Muitas gravidezes que resultaram de relações sexuais violentas e não consentidas chegam a termo.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/SUS, o país tem 90 prestadores do serviço especializado de atenção à vítima de violência sexual com a classificação de atenção à interrupção da gravidez para os casos previstos em lei.

O Aborto legal é um tema complexo e se refere especificamente ao processo de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. O aborto legal tem um componente técnico, baseado em protocolos médicos, protocolos assistenciais, de

enfermagem, de assistência social, de psicologia etc. E um outro componente, não menos importante, em razão da característica deste procedimento, que é a legislação, componente ético-legal.

O Código Penal Brasileiro, de 1940, estabelece os permissivos legais para a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, que incluem a interrupção para salvar a vida da mulher e para o caso de uma gestação decorrente de estupro, por solicitação e consentimento da mulher. Se a mulher for menor de idade, com deficiência ou incapaz, por autorização de seu representante legal.

Mais recentemente, em 2012, ampliou-se também para os casos de anencefalia fetal, por meio da ADPF (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental) nº 147 do Superior Tribunal Federal.

A violência sexual e de gênero é resultado de uma discriminação estrutural e arraigada, que requer medidas e reformas legislativas, administrativas e institucionais, incluindo a erradicação dos estereótipos e iniquidades de gênero e raça/cor. Esforços para o enfrentamento à violência de gênero precisam, portanto,

investir nas mudanças de normas sociais e de gênero prejudiciais que perpetuam a desigualdade. Isso inclui programas de prevenção, como a oferta de educação integral em gênero e sexualidade, e redes de proteção e de justiça atuantes. Ademais, no centro da abordagem de acolhimento às sobreviventes dessas violências deve estar o direito à segurança, à confidencialidade, à não discriminação e à autodeterminação, envolvendo serviços de saúde, serviços sociais e de justiça de qualidade. A violência de gênero não é apenas uma violação dos direitos individuais e a impunidade dos

perpetradores e o medo gerado por suas ações afetam todas as mulheres e meninas.

4.2. Observações

Os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que todas as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz, prosperidade e condições dignas e respeitadas. Estes são objetivos globais assumidos pelos países e apoiados pelas Nações Unidas para alcance até 2030.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL



É importante ressaltar que o horizonte efetivo da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável depende de esforços intensificados com vistas a “eliminar todas as formas de discriminação de gênero, nas suas intersecções com raça, etnia, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, territorialidade, cultura, religião e nacionalidade, em especial para as meninas e mulheres do campo, da floresta, das águas e das periferias urbanas”. (Fonte: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/5>).

Nem toda gravidez na adolescência é consequência de um estupro. No entanto, muitas adolescentes engravidam e se tornam mães não intencionalmente e a violência sexual tem sido um determinante que requer prevenção, atenção e cuidado, especialmente nos casos de gestação e maternidade na faixa dos 10 a 14 anos. Muitos desses casos não são sequer denunciados ou considerados eventos de violência sexual. É comum a prática de culpabilização das vítimas e a crença que, de alguma forma, as meninas e adolescentes poderiam ter evitado a violência sexual e o estupro. A opressão e a culpa, a dificuldade de diálogo com responsáveis e com profissionais da saúde, da educação e outras instâncias relevantes, bem como as barreiras de acesso às instituições e redes de proteção, fazem com que muitas meninas e adolescentes e familiares, mesmo identificando a violência, sejam silenciadas.

Para acessar informações sobre os serviços locais para atendimento à violência baseada em gênero, o UNFPA Brasil desenvolveu a Plataforma Mulher Segura (<https://www.mulhersegura.org/>) cujo objetivo é garantir o acesso remoto e presencial a uma comunidade de apoio e a informações confiáveis sobre os diferentes tipos de violência, desde sua identificação até os mecanismos de denúncia. A Plataforma conecta mulheres em situação de violência aos canais de apoio disponíveis por todo o país. Para que as sobreviventes possam dar os primeiros passos para romper com o ciclo da violência doméstica, foram reunidos os principais serviços de enfrentamento à violência contra as mulheres desenvolvidos pelos estados brasileiros e organizações locais.

Muitas mulheres não conseguem terminar um relacionamento, ainda que abusivo, por diversas razões históricas, culturais e socioeconômicas. Em contextos de crise e isolamento social, é ainda mais difícil deixar um lar violento e observamos o aumento dos feminicídios. Por isso, apresentamos

caminhos para ruptura do ciclo da violência doméstica, facilitando o acesso a serviços especializados, processos formativos e acolhedores.

LIGUE 180 – CENTRAL DE ATENDIMENTO À MULHER

A Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) presta uma escuta e acolhida qualificada às mulheres em situação de violência. O serviço registra e encaminha denúncias aos órgãos competentes, bem como reclamações, sugestões ou elogios sobre o funcionamento dos serviços de atendimento.

O serviço também fornece informações sobre os direitos da mulher, como os locais de atendimento mais próximos e apropriados para cada caso: Casa da Mulher Brasileira, Centros de Referências, Delegacias de Atendimento à Mulher (Deam), Defensorias Públicas, Núcleos Integrados de Atendimento às Mulheres, entre outros.

A ligação é gratuita e o serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. São atendidas todas as pessoas que ligam relatando eventos de violência contra a mulher.

O Ligue 180 atende em todo o território nacional e também pode ser acessado em outros países.

A Constituição Federal ainda estabelece que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente direitos fundamentais, além de colocá-los a salvo de toda forma de exploração e violência. Veja como denunciar casos de maus-tratos e negligência a crianças e adolescentes:

DISQUE 100 – DISQUE DIREITOS HUMANOS

O número da Secretaria de Direitos Humanos recebe denúncias de forma rápida e anônima e encaminha o assunto aos órgãos competentes no município de origem da criança ou do adolescente. Disque 100 de qualquer parte do Brasil. A ligação é gratuita, anônima e com atendimento 24 horas, todos os dias da semana.

MINISTÉRIO PÚBLICO

Os promotores de Justiça têm sido fortes aliados do movimento social de defesa dos direitos da criança e do adolescente. Todo estado conta com um Centro de Apoio Operacional (CAO), que pode e deve ser acessado na defesa e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

POLÍCIA MILITAR

Número 190 é o número de telefone da Polícia Militar que deve ser acionado em casos de necessidade imediata ou socorro rápido. O 190 recebe ligações de forma gratuita em todo o território nacional.

POLÍCIA FEDERAL, POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL E DELEGACIAS ESPECIALIZADAS OU COMUNS

As denúncias são anônimas e não oferecem risco à imagem e segurança do denunciante.

CONSELHO TUTELAR DA SUA CIDADE

O Conselho Tutelar é um dos órgãos de proteção e que também recebe denúncias de violações dos direitos das crianças e adolescentes.

DISQUE-DENÚNCIA

O Disque Denúncia atua no combate à violência contra o idoso, a mulher, as pessoas com deficiência e a criança e ao adolescente, através do núcleo de violência doméstica. Este núcleo foi desenvolvido para monitorar as denúncias cadastradas com o objetivo de priorizar e qualificar o atendimento. O serviço possui parceria com as delegacias especializadas (Delegacia Especializada no atendimento de crianças e adolescentes vítimas – DCAV e Delegacia Especializada na Proteção da Criança e do Adolescente – DPCA) e com os conselhos tutelares, enviando as denúncias e solicitando maiores e melhores providências.

PROJETO DESIGUALDADES E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O CIDACS/Fiocruz Bahia, o ISC-UFBA e o UNFPA Brasil agradecem a todos que contribuíram para a produção deste projeto

Colaboradores: Karina Cardoso Meira¹, Luana Junqueira Dias Myrrha¹, Ana Paula Reis², Vitória Nunes³, Jamile Mendes³, Núbia Pinto⁴, Maria Eduarda Santo⁴, Everly Teixeira², Herick Oliveira⁵

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

³ Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

⁴ Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

⁵ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Endereços:

CIDACS–Fiocruz Bahia

Parque Tecnológico da Edf.
Tecnocentro
Rua Mundo, 121 – sala 315 –
Trobogy – Salvador – BA | Brasil
CEP 41745-715
cidacs.comunicacao@fiocruz.br
www.cidacs.bahia.fiocruz.br

ISC/UFBA

Rua Basílio da Gama, s/n
Campus Universitário Canela
Salvador – BA | Brasil
CEP 40.110-040
+55 (71) 3283-7373
isc@ufba.br
www.isc.ufba.br

UNFPA Brasil

CASA DA ONU
Setor de Embaixadas Norte
SEN, Quadra 802 Conjunto C Lote
17 – Brasília – DF | Brasil
CEP 70800-400 –
+55 (61) 3038-9252
imprensa.brasil@unfpa.org.br
brazil.unfpa.org/pt-br

Janeiro, 2023

As opiniões expressas nesta publicação não refletem necessariamente as visões do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). As informações e dados apresentados são de responsabilidade do redator, não implicando afirmações oficiais por parte do UNFPA ou de qualquer outra agência ou departamento das Nações Unidas. A terminologia empregada e a apresentação de imagens não implicam expressão de opinião por parte do UNFPA a respeito do status jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, ou a respeito da delimitação de suas fronteiras ou limites.

