



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA
INFÂNCIA E JUVENTUDE

PRISCILA DO VALE NOGUEIRA

AVALIAÇÃO DA ESCUTA DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS INTERNADAS EM
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA-DF

2026

PRISCILA DO VALE NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO DA ESCUTA DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS INTERNADAS EM
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Mestrado Profissional em Políticas Públicas para Infância e Juventude (PPG-PPIJ), vinculado ao Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar (CEAM) da Universidade de Brasília-UnB, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa 1: Políticas públicas, redes de proteção e atendimento à infância e juventude

Orientador: Prof. Dr. Benedito Rodrigues dos Santos.

BRASÍLIA-DF

2026

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Da DO VALE NOGUEIRA, PRISCILA
AVALIAÇÃO DA ESCUTA DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS QUE
PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO
FEDERAL / PRISCILA DO VALE NOGUEIRA; orientador BENEDITO
RODRIGUES DOS SANTOS . Brasília, 2026.
124 p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas
para Infância e Juventude) Universidade de Brasília, 2026.

1. Gravidez na adolescência. 2. Violência institucional.
I. RODRIGUES DOS SANTOS , BENEDITO , orient. II. Título.

**AVALIAÇÃO DA ESCUTA DE ADOLESCENTES PUÉRPERAS INTERNADAS EM
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

PRISCILA DO VALE NOGUEIRA

Dissertação final do Mestrado Profissional, submetida à banca examinadora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas para a Infância e Juventude da Universidade de Brasília.

Brasília, 2026.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Benedito Rodrigues dos Santos - Presidente
Doutor em Antropologia
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Jean Von Hohendorff
Doutor em Psicologia
Atitus Educação

Profa Dra Silvia Renata Magalhães
Doutora em Psicologia Clínica e Cultura
Universidade de Brasília

Profa Dra Urânia Flôres da Cruz Freitas
Doutora em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional
Universidade de Brasília

Dos medos nascem as coragens; e das
dúvidas, as certezas. Os sonhos anunciam
outra realidade possível e os delírios, outra
razão.

Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

À minha irmã Eloisa, por se manter ao meu lado, sempre disposta a tornar as coisas mais fáceis para mim.

Ao meu irmão Wellington, companheiro de vida com quem compartilho boa parte das memórias de infância.

Aos meus pais, Francisco e Teresinha, por me ensinarem a persistir no caminho e a manter-me em movimento.

Aos meus amigos que, apesar das ausências, seguem me apoiando e amando.

Aos amigos de ideais, que me introduziram nos estudos de política, feminismo e sociedade — Abraão, André, Bia, Dani, Lu, Regi, Paulo, Roger, Samira, entre outros. Vocês me mostraram o mundo.

Aos colegas de trabalho, que buscaram compreender e apoiar a realização desta pesquisa.

Às adolescentes convidadas para esta pesquisa, às que aceitaram e às que não aceitaram participar, porque cada uma, à sua maneira, me ensinou a reconhecê-las em sua singularidade.

Ao meu orientador, que idealizou o tema desta pesquisa e soube identificar um problema muito antes de mim.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o atendimento prestado à adolescente puérpera nos serviços de saúde, com foco na escuta. Para tanto, foram contatadas adolescentes em contexto de gravidez, internadas em um hospital público do Distrito Federal. As participantes que aceitaram integrar a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram entrevistadas durante a internação, em formato flexível. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas segundo o método de análise temática proposto por Braun e Clarke (2006). Identificou-se um padrão de violência institucional multifacetada, manifestado por falhas na comunicação e na escuta qualificada, além de episódios de violência psicológica e física. Os raros episódios de acolhimento positivo foram pontuais e atuaram como contraponto a uma lógica predominante de desconsideração. Conclui-se que a interseção entre adultocentrismo, racismo institucional e violência de gênero estrutura um cenário de cuidado que vitimiza adolescentes puérperas. Sendo assim, torna-se necessário investir em formação profissional continuada, em mecanismos institucionais de responsabilização e em estratégias de escuta qualificada e participação social. Dada a frequência de adolescentes com idade inferior a 14 anos, é necessária a efetiva incorporação da Escuta Especializada como prioridade, como prática transversal e compartilhada que envolva todos os profissionais em contato com esse público.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Escuta especializada; Adultocentrismo; Violência institucional.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the care provided to postpartum adolescents within healthcare services, with a focus on qualified listening. To this end, pregnant adolescents hospitalized at a public hospital in the Federal District were contacted. Participants who agreed to take part in the study signed the Informed Consent Form and were interviewed during their hospitalization using a flexible format. The interviews were audio-recorded, transcribed, and analyzed according to the thematic analysis method proposed by Braun and Clarke (2006). A pattern of multifaceted institutional violence was identified, manifested through failures in communication and qualified listening, as well as episodes of psychological and physical violence. The rare positive welcoming experiences were isolated and served as a counterpoint to a predominant logic of disregard. It is concluded that the intersection of adultcentrism, institutional racism, and gender-based violence shapes a care context that victimizes postpartum adolescents. Therefore, it is necessary to invest in continuing professional education, institutional accountability mechanisms, and strategies for qualified listening and social participation. Given the frequency of adolescents under the age of 14, the effective incorporation of Specialized Listening (a Brazilian legally defined procedure) as a priority is essential, as a cross-cutting and shared practice involving all professionals in contact with this population.

Keywords: Adolescent pregnancy; Specialized listening; Adultcentrism; Institutional violence.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa temático inicial.....	58
FIGURA 2 – Mapa temático final.....	59

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Resultados da busca após marcação de filtros e seleção.....	31
QUADRO 2 – Participantes da pesquisa.....	55
QUADRO 3 – Checklist utilizado durante as entrevistas.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF – Constituição Federal

CO – Centro Obstétrico

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ECLAMC – Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas

FBSP – Fórum Brasileiro de Segurança Pública

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEDF – Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MBH – Maternidade Bárbara Heliodora

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNH – Política Nacional de Humanização

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VO – Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 HISTÓRIA DAS ADOLESCÊNCIAS.....	21
3 ADOLESCÊNCIAS E O ADULTOCENTRISMO.....	26
4 ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	30
4.1 Perfil socioeconômico.....	32
4.2 Aspectos nutricionais e antropométricos.....	40
4.3 Aspectos relacional, comportamental e cultural.....	43
4.4 Faixa etária de 10 a 14 anos.....	47
4.5 Escuta e violência institucional no atendimento a adolescentes.....	50
5 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS.....	54
6 ASPECTOS CONTRADITÓRIOS: quando o respeito aos direitos se torna objeto de gratidão.....	60
7 FALHA DE COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: repetição de questionamentos e a revitimização.....	78
8 FRAGILIDADE NO ACOLHIMENTO E ESCUTA: quando as adolescentes tentam corrigir as falhas do serviço.....	89
9 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA: da exposição ao abandono.....	98
10 VIOLÊNCIA FÍSICA: indelicadeza e maus tratos.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122

1 INTRODUÇÃO

Admitindo-se a tarefa comum, que envolve executores e gestores das políticas públicas, assim como toda a sociedade, para proteção integral de crianças e adolescentes (LOLIS; MOREIRA, 2017), este estudo analisa a forma como é realizado o atendimento da adolescente puérpera no serviço de saúde com foco na escuta, reconhecendo ser este um componente fundamental para o processo mais amplo de proteção de direitos e sua inseparável relação com a promoção da participação.

Como previsto na Constituição Federal (CF) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento que gozam de proteção integral da sua vida, da sua dignidade e dos seus direitos humanos e fundamentais, entre eles o direito de ser ouvido e expressar seus desejos e opiniões, assim como permanecer em silêncio (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

O direito de ser ouvido e à expressão possui íntima relação com a possibilidade de participação. No entanto, mais do que ser ouvido, o adolescente necessita da escuta para que, de fato, possa participar. Ouvir refere-se à decodificação de signos; escutar, por sua vez, implica recepção, construção de significados e interpretações. No ato da escuta, há interferência de nossas subjetividades, pois, nesse processo, também avaliamos a credibilidade do outro como fonte de conhecimento e de percepções (WAINBERG, 2018; MOURA; GIANNELLA, 2016). É justamente nesse ponto que, assim como as potencialidades, também se localizam os riscos de interações verticalizadas e pouco promotoras de participação.

A fim de destacar características desejáveis da escuta para cada situação específica em que se aplica, observa-se uma tendência de uni-la a um qualificativo que auxilie na prevenção de vícios da comunicação. Fala-se, assim, em escuta qualificada, escuta ativa, escuta terapêutica, escuta receptiva, escuta compassiva, escuta sensível, entre outras. Muitas dessas denominações buscam relacionar o ato de escutar a uma postura de compreensão que evite, tanto quanto possível,

juízos prévios, desinteresse, interrupções e reações negativas irrefletidas (WAINBERG, 2018; MOURA; GIANNELLA, 2016).

Há, na escuta, uma dimensão de tradução racional da linguagem, mas também uma disposição afetiva voltada ao acolhimento. Nesse sentido, escuta-se para além das palavras: escutam-se os silêncios, os contextos e os lugares simbólicos e imaginários de onde fala o interlocutor. Como afirma Gonzaga (2022), é preciso politizar nosso olhar para aprimorar nossa escuta. Isso implica recuar de respostas fáceis que negam ou desprezam a realidade do sujeito e impõe outra mais familiar e palatável, para que, por meio desse encontro, seja possível produzir transformações em ambos, interlocutor e ouvinte (GONZAGA, 2022).

Neste trabalho, trataremos da escuta associada a dois qualificadores: a escuta qualificada, indicada para situações gerais de atendimento a adolescentes, e a escuta especializada, prevista para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência. Consideramos essa distinção porque participaram do estudo meninas puérperas com 14 anos ou menos que, conforme determina a lei, são consideradas vítimas de estupro de vulnerável em razão da idade. Nesses casos, a escuta especializada é indicada por estabelecer procedimentos voltados à proteção integral e à prevenção da revitimização. Ainda assim, observa-se que mesmo a escuta qualificada, considerada elemento básico do atendimento em saúde, muitas vezes é comprometida já na porta de entrada do sistema, a atenção primária, devido à baixa procura e dificuldade para estabelecimento de vínculo. Fala-se de um descompasso entre a formação deste profissional e as reais necessidades da população em questão.

Estudo realizado em um município de Pernambuco demonstrou que apenas 40% dos adolescentes residentes na área de cobertura de determinada Unidade Básica de Saúde participavam das ações propostas por ela. Ao explorar o dado, verificou-se insatisfação no atendimento e acolhimento inadequado, que fazia com que os adolescentes não retornassem ou retornassem apenas por motivo inevitável (SILVA *et al.*, 2021).

Esse não é um fenômeno isolado, outros estudos exploraram o tema e, além desses motivos, apontam a falta de espaço físico adequado, alta demanda de

trabalho dos profissionais, falta de interatividade em equipe para que o trabalho coletivo se perpetue, não apenas iniciativas isoladas, assim como a ausência ou pouca capacitação dos seus funcionários. Como estratégias consistentes de aproximação, temos o Programa Saúde na Escola que promove a interação entre a atenção básica e um dos locais de maior permanência diária do adolescente, de modo a favorecer a educação em saúde e o conhecimento dos serviços que são prestados fora dali. E como ação que perpassa todas as outras, temos o acolhimento, que em boa parte é formado por escuta: é isso que torna possível a compreensão das necessidades individuais, contribuindo para o aumento de autonomia e confiança (LEAL *et al.*, 2018).

Para atender adolescentes nas questões relativas à sua saúde, é preciso conhecer, refletir e interpretar as diferentes formas de viver a adolescência e suas singularidades. De todos os motivos apontados para a baixa procura e adesão desse público, alguns estão relacionados a questões íntimas que nem sempre são suficientemente consideradas, tais como vergonha, insegurança e falta de confiança no profissional de saúde, principalmente no que se refere à orientação sexual e contraceptiva.

Uma atuação eficaz para prevenção da gravidez na adolescência, por exemplo, necessita ser contextualizada nesse sentido e embasada em dados. Sabendo-se que é nas idades de 13 a 15 anos que ocorre a iniciação sexual de grande parte dos meninos e meninas (28,5%), de acordo Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2022), deve ser nesse período que as ações de orientação devem se concentrar, sem que se recaia na falácia de que educação sexual é incentivo para seu início precoce.

É importante salientar que, atualmente, boa parte dos adolescentes possuem conhecimento dos riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e gravidez, mas muitos continuam se expondo a eles. Disso decorre a necessidade de abordagens problematizadoras, que possibilitem o diálogo e a identificação própria do adolescente, pelo uso de metodologia ativa que ajude fixar o conhecimento, promover segurança e autonomia de decisão (COSTA *et al.*, 2021).

Além disso, nenhum meio de orientação pode sofrer barreira da falta de confiança, não no cenário ideal. O adolescente, como sujeito de direito, deve ter acesso livre e universal à saúde, ainda que não esteja acompanhado dos pais ou responsável legal. Considero ser esse o maior receio e fonte de desconfiança, já que o início da vida sexual nem sempre é comunicada aos pais e a pouca idade pode predispor a quebra de sigilo médico.

Marques (2024) analisou a possibilidade de autodeterminação do adolescente no acesso à saúde, com foco no direito à privacidade e sigilo médico em relação aos pais. Uma expressão é repetida nos textos legais quanto ao seu direito à liberdade: “de acordo com a capacidade de discernimento de cada fase”. O parecer do Conselho Federal de Medicina determina que, nos casos de orientação sexual, é vedada a quebra de sigilo para pacientes com 14 anos completos até 18 anos incompletos, a não ser que haja justa causa de revelação por situação de risco (MARQUES, 2024).

A insatisfação com o atendimento, que pode ser relacionada a quebra de sigilo ou a ameaça de, faz com que o adolescente não retorne ou retorne por motivo inevitável, como para realização de pré-natal. Digo “inevitável” mais pela condição objetiva da gravidez do que pela adesão de fato, pois é bem sabido que mesmo o pré-natal tem alcance insatisfatório entre as adolescentes grávidas. Quanto mais jovem, mais tardiamente o pré-natal é iniciado e, muitas das vezes, não o é.

Para iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, como é recomendado, é preciso ter ciência da gravidez e ter acesso ao serviço de saúde. Entre as adolescentes com menos de 14 anos, por revelarem situação de violência sexual, o atraso pode estar relacionado à tentativa de adiamento de uma possível denúncia ou ao simples fato de as meninas não terem ainda ferramentas informativas suficientes para a identificação da gravidez em períodos iniciais. Para todas elas, menores ou maiores de 14 anos, é preciso considerar também o estigma, a reprovação social e o menor apoio psicossocial que influenciam no ato de procura do serviço, na frequência e na assistência do pré-natal (SILVA *et al.*, 2025; PINTO *et al.*, 2024; CARVALHO *et al.*, 2024).

Além da visão que conecta diretamente o contexto da gravidez adolescente à situação de vulnerabilidade, existe outro posicionamento tipicamente antropológico que a conceitua como um fenômeno social, considerando o contexto social, cultural e subjetivo de meninas(os) e seus familiares. A gravidez surge como uma situação possível de ocorrer nesse momento da vida, dependendo do lugar que o sujeito ocupa na sociedade e do momento histórico em que se encontra.

Essa visão pode ser sustentada pela comparação histórica que evidencia como a normatização social e diferenciação etária foram sendo construídas ao longo do tempo. Alguns fatores que contribuíram para o adiamento ou mesmo pela escolha de não exercer a função materna foram a expansão do mercado de trabalho para mulheres e a disponibilidade de métodos contraceptivos de modo que, ao longo do tempo, a menarca deixou de ser o símbolo de chegada à vida adulta e, sim, o início de uma fase intermediária que vem sendo relacionada à instabilidade, à rebeldia, a crises e contradições, ou seja, fase inadequada para se exercer a maternagem segundo a norma (SANTOS, 2017).

Ainda historicamente, dar a luz com idade inferior a 18 anos foi a norma por muitos anos e só recentemente é associado a risco perinatal aumentado. Azevedo *et al.* admitem a maior frequência de complicações do parto nos extremos da vida reprodutiva e sua significância estatística, no entanto, consideram que as adolescentes com idade superior a 16 anos as quais receberam cuidados pré-natais adequados não tiveram risco perinatal aumentado comparado às adultas, dada a frequência das gestações levadas a termo e sem intercorrências (AZEVEDO *et al.*, 2002).

O risco perinatal aumentado de que falamos, quando estendido a todo período da adolescência, pode evidenciar uma tentativa de controle e retorno à norma vigente. Ainda hoje, a vivência sexual na adolescência desperta nos adultos percepções autocentradas que, muitas vezes, levam a desvalorizar a capacidade de escolha desse grupo sobre a própria sexualidade e vida reprodutiva, refletindo em outros aspectos da vida social. Segundo Calligaris (2009), o adulto reconhece no adolescente a maturação do corpo, mas concomitantemente alega imaturidade para a vivência sexual e o exclui dessa conversa (CALLIGARIS, 2009).

Num contexto de vulnerabilidade social, a gravidez pode representar mudança de *status* e pode ser desejada pela adolescente, algo impensado para o adulto que a escuta. Nesse caso, fala-se que a mudança de *status* é a razão do desejo e a gravidez se apresenta como estratégica. Mais relacionada à carência de diálogo, encontra-se o descompasso entre o desejo sexual e o risco de gravidez, nomeada como gravidez não planejada. A vontade da maternidade resulta na gravidez desejada e a violência sexual na gravidez indesejada (SANTOS, 2017). Basicamente, todos os cenários sobre o nível de intencionalidade da gravidez podem ocorrer em diferentes faixas etárias para além da adolescência, mas é nessa fase da vida que recebe maior interferência de valoração pública.

No presente estudo, analisou-se o atendimento oferecido a adolescente puérpera em um hospital público situado em região periférica do Distrito Federal. Essa região concentra o maior número de adolescentes quando comparada às demais, cerca de 14,5% de seus habitantes (IPEDF, 2022). Em 2023, o hospital em questão foi o segundo com o maior número de nascimentos no Distrito Federal e aquele que registrou o maior percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, correspondendo a 13% do número total gerado pelas 35 Regiões Administrativas do DF (InfoSAÚDE-DF, 2023).

O portal do InfoSaúde-DF não faz a estratificação por raça/etnia materna de cada região, mas sabe-se que, em todo Distrito Federal, no ano de 2023, o percentual de meninas/adolescentes que se tornaram mães e se autodeclaravam pardas era de 66,7%; 18,42% se autodeclaravam brancas; e 9,48% pretas (InfoSAÚDE-DF, 2023). Presume-se que essa desigualdade com relação à raça/etnia de mães adolescentes também se reflita na região estudada, devido a sua abrangência, e que potencialize a vulnerabilidade desse público.

Desse modo, torna-se imprescindível que o acolhimento e a escuta sejam realizados de forma qualificada, sensível e contínua. É nesses momentos que se abrem espaços reais para que as adolescentes expressem suas preocupações e necessidades, além de sanarem suas dúvidas, o que contribui para fortalecê-las na capacidade de estabelecer limites, compreender seus direitos e participar ativamente de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal.

Pode-se considerar que a abordagem utilizada neste estudo busca promover a participação das adolescentes por meio da escuta, ao mesmo tempo em que pretende avaliar se os meios necessários para que essa participação ocorresse foram previamente ofertados durante a internação. Assim, a escuta assume dupla função: constitui-se como meio de promover a participação das adolescentes no contexto da pesquisa e, simultaneamente, como meio para avaliar em que medida essa mesma escuta esteve presente no atendimento recebido durante a internação.

De acordo com a literatura, são as adolescentes ou mulheres com mais de 35 anos, negras, de baixa escolaridade, usuárias do SUS, cujo parto é realizado por via vaginal ou que passaram por aborto que são as mais suscetíveis a sofrerem violência (LEITE *et al.*, 2024). Entendemos que, se as adolescentes são estimuladas a se expressar desde o momento da recepção, tendem a se sentirem mais à vontade para se posicionar e defender diante de situações adversas. Isso, porém, não elimina nem reduz a necessidade de discutir o preparo dos serviços de saúde para recebê-las.

2 HISTÓRIA DAS ADOLESCÊNCIAS

A adolescência é compreendida como uma fase intermediária do ciclo da vida, situada entre a infância e a idade adulta, cuja duração varia conforme os marcos utilizados para definir o início da vida adulta. No campo da saúde, ela é delimitada entre 10 e 19 anos (OMS, 2025), embora essa definição seja mais empregada para fins demográficos do que para a compreensão da adolescência em si.

É fundamental, portanto, dissociá-la de uma visão naturalizante e reconhecê-la como um conceito construído socio-historicamente. Tal perspectiva é essencial para o atendimento das adolescências nas diversas instâncias que compõem o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, bem como para a formulação de políticas públicas sensíveis à diversidade presente nesse grupo e capazes de contrapor discursos que os fixam em características universalizantes, subalternizantes e estigmatizadoras.

Mesmo constituindo um grupo social permanente do mundo atual, os limites etários ou conceituais que os definem não são um consenso. Entre os aspectos comuns, que talvez contribuam para a visão naturalizante dessa fase da vida, se encontram as mudanças físicas dos indivíduos recém-saídos da infância. Na chamada puberdade, as novas características que surgem adquirem significações relacionadas à cultura do seu tempo ou mesmo adquirem valor secundário, como na Idade Média em que a adolescência nem sequer existia e o principal fator para ingresso ao mundo dos adultos era basicamente a redução do nível de dependência das crianças (MACHADO PIROTTA, 2006).

Não são as mudanças fisiológicas da puberdade que determinam a longa lista de características psicológicas e comportamentais comumente atribuídas à adolescência, tampouco a dimensão social é determinista do modo de ser adolescente, tendo em vista a complexa interação sujeito/cultura da qual se origina (CUNHA; LOPES DE OLIVEIRA, 2017). O fato é que, para todas essas mudanças, as sociedades vêm imprimindo significados que culminaram por relacionar a emergência da sexualidade com rebeldia e constante perigo para o desvio da moral. Culturas antigas já retratavam a juventude como naturalmente arredia e avessa aos

bons costumes, assim como na Bíblia Sagrada existem referências da juventude pelo coração mau, vaidade e desejos em excesso (LÍRIO, 2012).

Uma série de estudos da segunda metade do século XX abordou a “questão adolescente” pela vertente da dificuldade comum no trato. Um dos principais autores foi Knobel (1989) que descreveu a síndrome normal da adolescência, caracterizando-a pela busca de identidade, tendência grupal, crise religiosa, autoerotismo, flutuações de humor etc (KNOBEL, 1989).

Um estudo posterior, de 2007, que buscou analisar livros destinados ao aconselhamento de pais e professores sobre o relacionamento com adolescentes, chegou às seguintes conclusões: grande parte das publicações estava focada nos elementos negativos da adolescência, retratando-a de maneira universal e levando os leitores ao caminho da aceitação, tolerância e paciência, além de incentivá-los à demonstração de autoridade e controle como necessários. A autora avalia as práticas sugeridas nos livros como remediativas e frutos de uma concepção liberal do mundo, com desvalorização do não-adulto e exclusão desses atores sociais do campo decisório (BOCK, 2007).

Em contraste com essas abordagens universalizantes, um estudo de Ozella e Aguiar (2008) reforça a compreensão sócio-histórica da adolescência ao evidenciar a diversidade presente nesse grupo. Os autores fizeram as mesmas perguntas a adolescentes de diferentes classes sociais, idades, gêneros e raças, observando como concepções socialmente instituídas se articulam às singularidades dos sujeitos. Identificaram, por exemplo, que a ideia de “crise” como elemento natural da adolescência é amplamente incorporada, o que tende a banalizar conflitos e ocultar seus reais determinantes. Ainda assim, emergiram diferenças importantes: enquanto adolescentes das classes D (média baixa) e E (baixa), majoritariamente negros, associaram a adolescência ao sofrimento, essa percepção não apareceu entre jovens da classe A (alta). Relações familiares também variaram: adolescentes orientais das classes B (média alta) e C (média) relataram ausência de tensões, e, nas classes D e E, os meninos não mencionaram conflitos, ao passo que meninas dessas mesmas classes relataram restrições de liberdade e, em alguns casos, apontaram o casamento como possibilidade de saída (OZELLA; AGUIAR, 2008).

Até aqui, buscamos desconstruir a ideia universal do ser adolescente, mas para entender seu surgimento, assim como a vulnerabilidade que o fator geracional acarreta para esses sujeitos, é importante resgatar os movimentos históricos que contribuíram para isso. Os costumes dos rituais de passagem foram dando lugar ao longo da história a outras formas de estratificação social que postergaram cada vez mais a delimitação para início da vida adulta.

Um importante marco nesse sentido foi a Revolução Industrial, quando a educação passou a ter base escolar, pela necessidade de formação direcionada e a família passou por um processo de reconfiguração. No Brasil, as transformações mais expressivas ocorreram no decorrer do século XX com a reorganização social que passou de majoritariamente rural para urbana. As profissões, antes transmitidas de pai para filho, passaram a ser escolhidas e aprendidas em instituições de ensino de modo que o período anterior à fase adulta passou a abarcar também a questão da escolha profissional. O prolongamento do período escolar associado à reunião dos jovens num mesmo espaço levou ao distanciamento dos pais e à aproximação dos pares de iguais com advento de um novo grupo social com padrão coletivo (BOCK, 2007).

Pode-se dizer que os rituais de passagem que ainda hoje são mantidos em algumas comunidades tradicionais estão muito relacionados aos aspectos biológicos da puberdade com a redução do grau de dependência dos pais, aumento da força física para o trabalho e maturação dos órgãos sexuais para reprodução (ROGOFF, 2005).

Nas comunidades urbanas, no entanto, essas fronteiras são cada vez mais fluidas e mutáveis, contribuindo para a perda do sentido de organização que esses marcos traziam à vida das pessoas que não mais antevêm a aquisição de legitimidade e *status* em tempo marcado, devendo assumir eles próprios essa busca de identidade em oposição a inúmeras barreiras.

O jovem que já foi considerado adulto no passado, hoje experimenta uma contradição baseada no fato de possuir as condições cognitivas, afetivas e fisiológicas para participação, mas se encontra desautorizado para tanto (BOCK, 2007). Cria-se um universo simbólico para essa fase da vida que se exime da

necessidade de explicações por meio da naturalização da crise e que pouco faz referência ao contexto de contradições que essas pessoas são confinadas.

A crise frequentemente tratada como “natural” nos textos de psicologia do desenvolvimento costuma ser explicada pelo choque entre gerações que viveram formas distintas de organização familiar. Como apenas a fase adulta é plenamente valorizada, ocorre uma sobreposição de culturas em que o passado de um grupo se impõe ao presente do outro. Desde a criação do próprio conceito de adolescência, a posição subalterna atribuída a esses sujeitos limitou sua participação social; assim, o adulto atual tende a esquecer as dificuldades vividas no passado ou a considerá-las naturais, temporárias e necessárias à formação do caráter.

A segunda opção parece possuir maiores evidências até para o modo de pensar dos próprios sujeitos em fase de adolescência, como bem descrevem Ozella e Aguiar (2008) em estudo citado anteriormente. Mesmo os adolescentes muito distantes da concepção universal desse conceito assumiram alguns dos seus elementos como forma de explicar a realidade. Isso porque o indivíduo está situado em seu tempo histórico e integra um intercâmbio dialético com a sociedade que ora a constrói, ora é construído por ela (OZELLA; AGUIAR, 2008).

A imagem universal do adolescente que tanto mencionamos nesse texto se refere ao homem-branco-burguês-racional-ocidental, que está em conformidade com os sistemas de poderes da sociedade e faz prevalecer um padrão almejado mesmo para as condições assumidas como incapacidades típicas da idade. O afastamento da perspectiva liberal aplicada ao desenvolvimento poderia favorecer a incorporação desses atores sociais com maior autonomia e possibilitar uma resolução mais eficaz dos conflitos geracionais, que daquela maneira não poderiam ser intentados sem a interferência de um viés preconceituoso de base. Na lógica liberal, o valor do indivíduo está ligado à sua capacidade produtiva; assim, a vida adulta recebe crédito quase automático apenas por existir, o que acaba produzindo o silenciamento e a invisibilização de outros grupos etários.

Esse conjunto de significações sociais sobre as diferentes fases da vida e o lugar que podem ocupar na sociedade, a partir da sua condição, faz com que algumas das referências sejam aderidas na construção da própria identidade pela

conversão do social em individual como é bem explorado no estudo de Ozella e Aguiar (2008). O caráter provisório pode ajudar a perpetuar esses acordos invisíveis de uma geração a outra, tornando a inferiorização algo indelével e necessário ao transicionamento para fase adulta que precisa ser constantemente controlado e direcionado ao caminho do bem-viver.

Mesmo os adolescentes que em nada são rebeldes ou irresponsáveis, aquelas que falam de sofrimento, de medo do desemprego, que encontram na família um apoio e não desenvolvem com ela cenários de conflitos prolongados, para eles também a crise faz parte do pacote de ser adolescente. A parcela da sociedade da qual falamos, classes C/D e E, também comporta diferenças de gênero sobre o processo de socialização das suas meninas, que se tornam adolescentes diferentes do padrão universal, contidos nos manuais de Psicologia, mas que podem revelar um aspecto distinto que é o entendimento do casamento como uma possibilidade para maior liberdade, o que evidencia um modo de criação também pautado em repressão (OZELLA; AGUIAR, 2008).

As adolescentes em maior condição de vulnerabilidade, que por isso elaboram outras concepções de projeto de futuro, entre elas a maternidade, constituem um segmento cujas vozes buscamos ouvir neste trabalho. Ao revisitar o período histórico em que a adolescência nem sequer existia, a puberdade e maturação dos órgãos sexuais já marcava o início da fase adulta, sendo que o casamento e a gravidez no período hoje nomeado como adolescência era a norma social vigente daquela época. A análise sócio-histórica que compreende a mudança da ideia de regra para a ideia de problema social também contribui para o aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas a essas adolescências em específico (SANTOS *et. al.*, 2017).

3 ADOLESCÊNCIAS E O ADULTOCENTRISMO

Buscamos dar uma abordagem antropológica à ideia de gravidez nas adolescências e entender em que medida os problemas enfrentados pelas meninas ao engravidar podem estar relacionados à visão adultocêntrica do mundo moderno, potencial fonte de inúmeras violências. O adultocentrismo ao qual nos referimos pode ser definido como um processo de invisibilização de crianças e adolescentes como sujeitos presentes e participativos e pela adoção de uma perspectiva de vir a ser, centrada no adulto idealizado para o futuro.

Nesse sentido, ocorre exclusão desses sujeitos sobre o universo decisório, justificada por hierarquia de base geracional. Apesar de nos referirmos ao adultocentrismo moderno, gostaríamos de deixar claro que essa especificação cronológica não encerra o fenômeno à atualidade, sendo que ele foi construído ao longo do tempo, mas já se evidenciava culturalmente desde o período colonial, quando meninos e meninas nasciam com seus lugares sociais bem definidos (CAVALCANTE, 2021).

Atualmente, reconhece-se a relação entre adultocentrismo, patriarcalismo e capitalismo. O foco privilegiado no adulto tem raízes no patriarcalismo, cuja estrutura social se organizava em torno dos interesses masculinos-adultos. No que diz respeito ao capitalismo, entende-se que o adultocentrismo contribui para a manutenção desse sistema, já que a posição de subordinação atribuída a crianças e adolescentes é acompanhada da existência de uma educação moldadora para atender ao propósito do capital, e oferece subsídios para sua dominação.

Mesmo na hierarquia geracional em seus primórdios, aspectos relativos à interseccionalidade dos marcadores de vulnerabilidade podem ser encontrados. A subordinação do adolescente filho da aristocracia é diferente da subordinação do adolescente filho da pobreza. Daqueles, esse período era marcado pela espera e preparação intelectual para o desempenho de funções gerenciais, enquanto que destes esperava-se contenção dos seus ímpetos e treinamento para início do trabalho servil (CAVALCANTE, 2021). Essa diferenciação é considerada uma permanência histórica da colonialidade do poder e corrobora para a adoção do conceito de adolescências plurais.

As adolescentes pobres são as mais atingidas pelas práticas adultocêntricas. O cenário que se apresenta é uma fase transicional precária, com menos oportunidade de atingir os mais altos níveis de educação e renda, pela menor possibilidade de financiamento familiar e enfraquecimento do Estado sobre a função de proteção social que é latente no neoliberalismo. As consequências do tratamento desigual e discriminatório que se estabelece por meio do adultocentrismo são difíceis de serem mensuradas, devido ao caráter transitório e normalizado que se adquire na sociedade, pois esses mesmos adolescentes se tornarão adultos e as adversidades “naturais” daquele período deverão ser superadas (HEATLEY TEJADA, 2023).

Pela condicionante do vir a ser, necessidade de controle e enfoque sobre o risco, a postura com relação ao adolescente, muitas vezes, traz uma inclinação negativa. Fenômenos como a gravidez, quando ocorrem, são motivos para frustração das expectativas, discursos moralizantes e reprimenda por conduta desviante. Esse enquadramento produz estigmas que se tornam barreiras para o acesso à saúde, uma vez que o julgamento moral afasta, silencia e inibe a busca por cuidados.

Além da faixa de idade em que comumente ocorre a iniciação sexual (13 - 15 anos), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2022) demonstrou que a diferença de gênero se torna menor a cada ano, pelo aumento nas taxas de iniciação entre as meninas com a mesma faixa etária. Apesar de a iniciação sexual ocorrer comumente nesse período, agora para ambos os sexos, o assunto ainda é tabu e tomado como conduta desviante quando a confirmação se torna visível pela gravidez. Muitos dos discursos moralizantes que vêm sendo relatados pelas adolescentes grávidas na literatura de vertente qualitativa se concentram na ideia da iniciação sexual precoce. É como se a sociedade vivesse um acordo invisível, no qual finge que os adolescentes não vivem desejos e relacionamentos, ao passo que questões incômodas podem continuar numa espera sem previsão: autonomia corporal, direitos sexuais, educação sexual, etc.

A vivência sexual na adolescência é, como dito anteriormente, fonte de percepções autocentradas, e isso não está livre de ocorrer com o profissional que presta atendimento à adolescente grávida. Nesse sentido, corre-se o risco de

desvalorizar a capacidade de escolha desse grupo sobre a própria sexualidade e vida reprodutiva, refletindo em outros aspectos da vida social. Por reconhecer a maturação do corpo e, concomitantemente, a imaturidade para a vivência sexual o adulto restringe as condições para vivência da sexualidade que se tornam diversas e adversas, com grandes chances para experiências impulsivas e irrefletidas (CALLIGARIS, 2009).

Estudos apontam a correlação entre gravidez na adolescência, baixos níveis de escolaridade e renda, raça/etnia negra e região geográfica de moradia, que, no caso do Brasil, foram as regiões Norte e Nordeste as que apresentaram maiores taxas. O IBGE revela que 69% das adolescentes com idades entre 15 e 19 anos que tinham ao menos um filho em 2014 eram negras; 35,8% delas viviam na Região Nordeste do Brasil e tinham em média 7,7 anos de estudo (BRASIL, 2024; SANTOS, 2017). O contexto de vulnerabilidade social determina também os projetos de vida, sendo que, por vezes, a gravidez representa mudança de *status* e pode ser desejada pela adolescente que, como dito anteriormente, enxerga na gravidez uma estratégia para concretização dessa mudança (SANTOS, 2017).

Obviamente, a disseminação de informação e a abertura para o diálogo como forma de prevenir a gravidez na adolescência são medidas necessárias, tendo em vista o impacto que uma gravidez tem sobre a mobilidade social e o avanço educacional de meninas que muitas vezes precisam abandonar os estudos para cuidar da família. No entanto, essa atitude não deveria abarcar reprimendas de ordem moral, geralmente utilizadas para subordinação e controle da adolescente e pode nem ser percebida pelo adulto que a transmite.

Alguns estudos sobre Violência Institucional em ambiente hospitalar descrevem a pouca reflexão sobre a natureza política da prática profissional e o alheamento do papel que tem a subjetividade no campo assistencial. Aproximadamente, 25% das mulheres que tiveram partos em maternidades brasileiras sofreram algum tipo de violência nos últimos anos (VENTURI; BOKANY, 2010). Este estudo focaliza a vulnerabilidade associada à idade, destacando como o adultocentrismo presente na interação entre profissionais de saúde e meninas adolescentes pode aumentar o risco de violência.

A violência aqui entendida não apenas como uso da força, mas também o uso da palavra imbuída de julgamento moral e intencionalidade vexatória. O uso de piadas para abordagem de tabus sociais sobre sexo e nascimento, desqualificação da dor, da autonomia e do saber sobre o próprio corpo das parturientes. Neste estudo, analisamos como as práticas de saúde reproduzem em seu interior os valores da sociedade e, com vista à crescente onda neoconservadora, buscamos, por meio do diagnóstico, combater a banalização da violência verbal sob pretexto de cuidado e de conteúdo ético-moral (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

No Brasil, a violência institucional nas maternidades públicas é descrita como forma de violência de gênero na qual a paciente é tratada como objeto de intervenção e passiva da condição de reprodutora, pela associação direta das consequências inevitáveis do que se admite ser seu papel social, segundo a qual deve aguentar a dor do parto como parte da sua natureza e até como penalidade pelo prazer sentido no ato sexual (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Todos esses aspectos são muito bem descritos na literatura, mas há carência sobre a contribuição do marcador geracional para a vulnerabilidade das parturientes, e é a partir disso que justificamos a necessidade desse estudo.

4 ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Entendemos que a gravidez na adolescência, enquanto fenômeno social, apresenta diferentes determinações e interpretações, considerando as especificidades socioculturais de cada país. Em razão disso, optamos por direcionar a revisão de literatura para o contexto brasileiro, buscando compreender como o tema vem sendo abordado na produção científica nacional, para além do campo biomédico. Dessa forma, fez-se necessário selecionar uma base de dados que fosse ampla para periódicos produzidos no Brasil e que, ao mesmo tempo, possibilitasse uma perspectiva multidisciplinar sobre o tema. Entre as bases disponíveis, consideramos que a SciELO se mostrava adequada a esse propósito, por congregar expressiva produção científica nacional e contemplar periódicos de diferentes áreas do conhecimento.

Utilizando-se o descritor “Gravidez na adolescência” como busca na plataforma, procuramos entender a forma como é estudada a temática nos últimos cinco anos (2020-2025). Com apenas esse filtro, ano de publicação, encontramos um total de 63 artigos. Adicionamos os filtros referentes às coleções de “Saúde pública” e “Brasil”, ambos apresentavam os maiores números de publicações e excluíam outras relacionadas a populações de outros países, resultando ao final em 36 artigos para análise de título e resumo.

Priorizamos estudos voltados à população brasileira. Assim, após a leitura dos resumos, 8 artigos foram excluídos por tratarem de outros contextos: 1 realizado em Belize, 4 no México (sendo 2 deles duplicados), 2 no Uruguai e 1 na Colômbia. Em relação ao tema central, 2 artigos também foram excluídos por se distanciarem do escopo desta revisão, um tratava da pontuação Apgar do recém-nascido e outro abordava o zika vírus. Além disso, 4 artigos duplicados foram removidos. Ao final do processo, 22 artigos foram selecionados para leitura integral e posteriormente categorizados conforme seu foco de abordagem.

QUADRO 1 – Resultados da busca após marcação de filtros e seleção.

2025	Início oportuno do pré-natal em adolescentes vítimas de violência sexual: implicações para o aborto legal no Brasil Ciênc. saúde coletiva	Silva LES da, Costa JC, Blumenberg C, Lima NP, Ruas LPV, Costa F dos S, <i>et al.</i>
2024	Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis gestacional e seus filhos: uma revisão integrativa Ciênc. saúde coletiva	Laurentino ACN, Ramos BA, Lira C da S, Lessa IF, Taquette SR.
2024	Parturientes adolescentes em Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil: características socioeconômicas e obstétricas Ciênc. saúde coletiva	Damasceno AA de A, Cardoso MA.
2024	Fatores socioeconômicos aumentam o risco de gravidez na adolescência: análise espacial e temporal em um município brasileiro Rev. bras. Epidemiol.	Fernandes CM, Conceição GM de S, Silva ZP da, Nampo FK, Chiaravalloti Neto F.
2024	Gravidez em meninas menores de 14 anos: análise espacial no Brasil, 2011 a 2021 Ciênc. saúde coletiva	Pinto IV, Bernal RTI, Souza JB, Andrade GN de, Araújo LF, Felisbino-Mendes MS, <i>et al.</i>
2024	Temporal trend of early neonatal mortality among children of adolescent mothers in Brazil and regions between 2000 and 2020. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.	Carvalho JMS, Santos CBM, Carmo DC do, Quintiliano JAC, Bonfim LAM, Nogueira M de P.
2024	Temporal analysis of maternal, care and newborns characteristics in the city of Guarapuava-PR from 2010 to 2019. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.	Jardim IMM, Melhem AR de F, Saldan PC.
2024	“O hoje afetando o amanhã”: pesquisando gravidez na adolescência no cotidiano escolar Psicol. USP	Miranda LL, Lavor Filho TL de, Gonçalves SD, Gonçalves LT de L, Soares MRN, Barros AMC, <i>et al.</i>
2023	What to do with teenage sexuality? The anthropology of forms of government in Brazil. Vibrant, Virtual Braz Anthr	Brandão ER.
2023	Influences of the affective-relational sphere with partners on adolescents' intended pregnancy. Texto contexto - enferm	Silva AMN da, Corrêa ÁC de P, Mandú ENT, Gaíva MAM, Teston EF, Vieira VC de L, <i>et al.</i>
2023	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E AS EXPERIÊNCIAS DA VIDA ESCOLAR. Psicol Esc Educ	Miura PO, Silva AC dos S, Lima EF de O, Galdino EBT, Santos KAM, Menezes SK de O, <i>et al.</i>
2022	Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais. Ciênc saúde coletiva	Assis T de SC, Martinelli KG, Gama SGN da, Santos Neto ET dos.
2022	Fatores associados à adequação do ganho de peso gestacional de adolescentes brasileiras. Ciênc saúde coletiva	Santos SFM dos, Costa ACC da, Araújo RGP da S, Silva LAT, Gama SGN da, Fonseca

		V de M.
2022	Gravidez em jovens que nasceram com HIV: particularidades nos contextos de exercício da sexualidade. Interface (Botucatu)	Silva CB da, Motta M da GC da, Bellenzani R, Brum CN de, Ribeiro AC.
2021	The invisible magnitude of the rape of girls in Brazil. Rev Saúde Pública	Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Ramos JAS.
2021	Sexual violence against women in the Western Amazon. Rev Saúde Pública	Cargnin JSS, Luna JS, Aguiar DM de, Rodrigues BTC, Azevedo Filho AA de, Silveira RP.
2021	Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais Epidemiol Serv Saúde	Nascimento TLC, Teixeira CSS, Anjos MS dos, Menezes GM de S, Costa M da CN, Natividade MS da.
2021	Tendência do estado nutricional de gestantes adolescentes beneficiárias do programa de transferência condicionada de renda brasileiro Bolsa Família no período 2008-2018. Ciênc saúde coletiva	Silva Júnior AE da, Macena M de L, Vasconcelos LGL, Almeida NB, Praxedes DRS, Pureza IR de OM, <i>et al.</i>
2021	Sociodemographic profile of primiparous mothers from nine birth cohorts in three Brazilian cities. Cad Saúde Pública	Farias-Antunez S, Simões VMF, Cardoso VC, Silveira MF da.
2020	Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. Physis	Rosaneli CF, Costa NB, Sutile VM.
2020	Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública	Ferrari W, Peres S.
2020	Inequidades sociales en madres adolescentes y la relación con resultados perinatales adversos en poblaciones sudamericanas. Cad Saúde Pública	Ratowiecki J, Santos MR, Poletta F, Heisecke S, Elias D, Gili J, <i>et al.</i>

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.1 Perfil socioeconômico

Alguns estudos vêm tratando das características espaciais não aleatórias para ocorrência de gravidez na adolescência no Brasil. Sendo as regiões brasileiras heterogêneas no que se refere ao desenvolvimento humano e distribuição de renda, era de se esperar que a distribuição espacial desse fenômeno, que possui íntima relação com esses fatores, também acompanhasse essa heterogeneidade. Em uma análise abrangente, apesar da tendência de queda, os números brasileiros ainda são os maiores da América Latina e Caribe e, mundialmente, perdem apenas para a África Subsaariana. No Brasil, são 68,4 nascimentos para cada 1000 adolescentes;

a taxa da América Latina e Caribe é de 65,5 nascimentos, e no mundo são 46 nascimentos para cada 1000 adolescentes (ONU, 2018).

As regiões que mais contribuem para a expressividade desses dados são também as regiões com maior proporção da população de baixa renda, maior densidade de moradores por domicílio e menor nível de escolaridade. Nascimento *et al.* (2021) avaliaram essa relação por meio da diferença das taxas de fecundidade adolescente entre os municípios brasileiros no ano de 2014 e outros índices de avaliação socioeconômica desses municípios. As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste foram as que apresentaram os piores números, com associação direta e significativa sobre fatores socioeconômicos, demográficos e de atenção à saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

A escolha por esse ano em específico, 2014, pode ter sido associada ao número de nascidos vivos de mães adolescentes que foi o maior do período de 2013 a 2023. Segundo dados colhidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (BRASIL, s/d), houve um aumento na taxa de nascimentos na referida população de 2013 para 2014, seguido por tendência de queda gradual cuja diferença de um ano com relação ao anterior chegou a 13,46% (2021-2022). Importante salientar que essa maior queda foi seguida pelo segundo menor percentual de queda na comparação por períodos: de 2022 a 2023 o número de nascidos vivos de mães adolescentes foi reduzido em 3,9%. Diferença menor que esta foi encontrada apenas no período de 2014 para 2015 (2,67%), início da curva de decréscimo da taxa (BRASIL, s/d).

A tendência constante, porém irregular de queda dessas taxas pode estar relacionada à instabilidade de políticas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos dessa população. Brandão (2023) procurou tratar das estratégias governamentais para controle da gravidez na adolescência principalmente no período correspondente ao Governo Bolsonaro, ao que chamou de governança reprodutiva. Resgatando as medidas implementadas naqueles anos, fica evidente a articulação com um campo conservador e religioso, assim como a negação de outras formas de organização da sociedade civil que não fosse a família.

Nesse sentido, criou-se a Estratégia Nacional de Fortalecimento dos Vínculos Familiares e a Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência, que carregava o seguinte slogan: “Adolescência primeiro, gravidez depois - cada coisa no seu tempo”. A forma de atuação dessas campanhas desconsidera a diversidade das adolescências, suprimem o diálogo e deslegitimam a autonomia dos jovens, por resumir tudo a um único apelo: pelo adiamento tanto quanto possível da iniciação sexual (BRANDÃO, 2023).

Esse período também foi marcado por uma série de ameaças aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: desestruturação da Rede Cegonha, restrição de utilização dos serviços de aborto legal, houve também divulgação de uma nota do Conselho Federal de Medicina desencorajando o uso do termo “violência obstétrica”, caracterizando-o como exagerado e ofensivo à classe médica. Foi questão de tempo até a mídia noticiar a história da menina de dez anos, grávida em consequência de um estupro, que foi coagida a não exercer seu direito ao aborto legal; o caso da influenciadora digital que sofreu abusos verbais durante o parto; e o caso de uma mulher que foi estuprada por um anestesista durante seu parto (LEITE *et al.*, 2024).

O mecanismo de repressão da vivência da sexualidade parece eficaz se olharmos esse número em isolado: o percentual de redução dos nascimentos de mães adolescentes entre 2021 e 2022. Desconsiderando que esse número não reflete a taxa de fecundidade em si ou o fato de que no período seguinte houve um dos menores percentuais de redução, evidenciando a irregularidade sobre os resultados da política.

Sendo a família o principal núcleo de atuação desse governo para assuntos diversos, convém citar um estudo de Dias e Gomes (2000) que avaliaram a qualidade do diálogo entre pais e filhas que vieram a engravidar na adolescência. Eles contestaram a tendência natural que se tem de caracterizar toda gravidez ocorrida na adolescência como não planejada, fruto de desinformação ou irresponsabilidade. A falta de informação foi citada como causa da gravidez por apenas 20,6% das jovens ouvidas. A maior parte delas reconhecia a informação, mas ainda apresentavam dúvidas sobre o uso adequado e outras ideias equivocadas (DIAS; GOMES, 2000).

Os autores demarcam a diferença entre uma mensagem informativa e a comunicativa: na primeira, é postulado e exposto ao interlocutor o que é certo ou errado; na segunda, essa constituição se faz por combinação e admissão de contextos diversos que surgem de ambas as partes. Concluíram, pois, que: o desenvolvimento e maturação da capacidade do sujeito interpretar sua sexualidade e regulá-la de maneira autônoma se dá pelo diálogo qualificado, o que não se evidenciou nas histórias analisadas (DIAS; GOMES, 2000). A lógica informativa e desconexa da realidade é a seguida pelas políticas supracitadas, em outras palavras: não faça sexo.

Retomando a dimensão socioespacial das adolescentes que engravidam, Pinto *et al.* (2024), por meio de dados secundários, analisaram a proporção de nascidos vivos de meninas com 10 a 14 anos segundo regiões e municípios brasileiros, diferente de Nascimento *et al.* (2021) que enfocaram nas adolescentes com idades entre 15 e 19 anos. Segundo Pinto *et al.* (2024), a taxa de fecundidade entre meninas nessa faixa etária (10 - 14 anos) permaneceu estável entre os anos 2000 e 2012, diferente do grupo anterior em que se observa queda progressiva durante quase todo o período (PINTO *et al.*, 2024). Esse fator já é determinante de uma primeira crucial diferença que nos impede de tratar a gravidez na adolescência como um único e homogêneo grupo.

A gravidez ocorrida nesses anos iniciais é tratada hoje pelo poder judiciário como resultado de estupro. Essa determinação é resultado da implementação da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), que configura como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou prática de outro ato libidinoso com menor de 14 anos. Apesar disso, até 2019, era possível se casar com menos de 16 anos, sendo que a prática autorizada pelos pais absolvía possíveis casos de estupro. Essa contradição também é bem elucidada no estudo de Pinto *et al.* (2024) bem como no estudo de Nascimento *et al.* (2021) ao destacar as regiões Norte e Nordeste como as que possuem maior proporção de nascidos vivos de meninas com até 14 anos. Elas encontraram um elevado percentual dessas meninas vivendo em união estável ou casadas, e relaciona o dado a uma condição de violação dos direitos humanos, com efeitos diretos sobre os níveis educacionais, suscetibilidade para sofrer violência e pobreza intergeracional (PINTO *et al.*, 2024).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2024), no ano de 2023 foi estimado um total de 83.988 vítimas de estupro no Brasil, sendo 86,26% eram pessoas do sexo feminino e, destas, 74,93% tinham menos de 14 anos de idade (FBSP, 2024). Ao reconhecimento jurídico sobre a vulnerabilidade desse público, se soma o reconhecimento médico dos riscos da gravidez nessa fase da vida. Gomes, Fonseca e Veiga (2002) analisaram periódicos nacionais de Pediatria e encontraram uma diferenciação entre os grupos de adolescentes grávidas de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos: os desfechos clínicos de baixo peso ao nascer, prematuridade e morbimortalidade materna são mais frequentes no primeiro grupo. (GOMES; FONSECA; VEIGA, 2002).

A contextualização cultural e socioeconômica é fundamental para que se possa entender a questão e até mesmo enumerar suas consequências. Farias-Antunez *et al.* (2021) fizeram isso com diversificação regional e temporal. Eles selecionaram uma cidade da Região Sudeste, outra da Região Sul e outra da Região Nordeste para análise de coortes que datam de 1978 a 2010. É notável que a queda na fecundidade ocorre de maneira mais lenta em regiões menos desenvolvidas. Nesse estudo, a cidade de São Luís apresentou maiores disparidades com relação às outras cidades. Além disso, elas observaram que os números totais apontavam para aumento da fecundidade adolescente no país até o ano de 2004 com posterior queda, e refletem sobre essa variação com olhar para a necessidade de investimentos contínuos e políticas resistentes voltadas à saúde do adolescente e à redução da pobreza (FARIAS-ANTUNEZ *et al.*, 2021).

O município selecionado para representar o Sul do país nesse estudo foi Pelotas, que apresenta características de dados semelhantes a outro município da mesma região estudado por Jardim, Melhem e Saldan (2024): Guarapuava, Paraná. Assim como naquele município, identificaram-se aumento da idade e da escolaridade materna, elevação das taxas de cesariana, redução na proporção de mães adolescentes e maior cobertura de acompanhamento pré-natal (JARDIM; MELHEM; SALDAN, 2024).

O estudo de Farias-Antunez *et al.* (2021) também apontou para o aumento de primíparas vivendo com o companheiro em São Luís, tendência oposta à encontrada nas cidades selecionadas do Sudeste e Sul do país. Esse dado abarcou

todas as mulheres que ficaram grávidas naquele período, mas pensando que também entre as adolescentes essa tendência ocorreu, caímos numa segunda questão social a qual vem sendo muito estudada que é a reincidência de gravidez na adolescência (FARIAS-ANTUNEZ *et al.*, 2021).

Assis *et al.* (2022) analisaram os dados de uma grande pesquisa intitulada “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012, e dela extraíram uma amostra de puérperas adolescentes, categorizando-as como primíparas ou múltiparas (com história de gestação anterior). Eles demonstraram que as adolescentes que viviam com o companheiro, que tinham pouca escolaridade e não apresentavam planejamento reprodutivo estavam mais expostas a ter duas ou mais gestações antes dos 20 anos. Por fim, ainda contribuíram com estatística concreta ao que foi postulado na literatura biomédica e revisada por Gomes, Fonseca e Veiga (2002) identificando maior chance de intercorrência nas primíparas que tinham as menores idades (ASSIS *et al.*, 2022).

Acima da Região Nordeste, a Região Norte possui a maior taxa de gravidez na adolescência e a mais lenta redução num comparativo das duas últimas décadas. Estudo realizado por Damasceno e Cardoso (2024) sobre as características socioeconômicas e obstétricas de adolescentes, na segunda maior cidade do Acre, Cruzeiro do Sul, evidenciou um alto percentual de adolescentes grávidas (26%), lembrando que a prevalência no Brasil hoje é de 14% e no mundo, 11%. A gravidez na adolescência dentro deste grupo esteve diretamente relacionada aos menores níveis educacionais, pobreza e primigestação. Quanto ao desfecho da gravidez, algumas complicações foram mais frequentes entre as parturientes adolescentes do que entre as adultas, são elas: prematuridade, baixo peso ao nascer e microcefalia. No entanto, também entre as adolescentes foi constatado menor número de consultas pré-natal, o que pode estar relacionado aos piores desfechos tanto quanto o fator idade (DAMASCENO; CARDOSO, 2024).

Em consonância com discussão iniciada na introdução, quando apresentamos o estudo de Azevedo *et al.* (2002), que associou o maior risco de complicações perinatais com os extremos da vida reprodutiva, e considerou os cuidados pré-natais adequados como fator protetor que tornava o risco das adolescentes com mais de 16 anos semelhante ao das mulheres adultas jovens

(AZEVEDO *et al.*, 2002), encontramos o estudo de Gama, Szwarcwald e Leal (2002) que chegava a conclusão semelhante.

Elas observaram que não houve diferença estatística entre desfechos negativos nos grupos de puérperas adolescentes e adultas, quando as primeiras compareciam a quatro ou mais consultas de pré-natal, lembrando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda no mínimo seis (6) consultas, ou seja, mesmo abaixo do recomendado, o pré-natal contribuiu para minimizar os efeitos das desigualdades e reduzir os riscos de parto prematuro e/ou restrição de crescimento intrauterino (GAMA; SZWARC WALD; LEAL, 2002).

Outro estudo mais robusto, realizado por Ratowiecki *et al.* (2020), analisou a base de dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC) da qual foram separados dados de nascimentos de bebês com ausência de malformação provenientes de 93 hospitais diferentes espalhados por toda América Latina. Eles encontraram uma maior frequência de eventos perinatais adversos entre as mães adolescentes com baixa escolaridade, sendo que o baixo número de consultas pré-natais foi o único fator de risco comum a qualquer nível de escolaridade e o que melhor explica a frequência dos eventos neste grupo mais vulnerável, pois é também nele que se encontram as maiores disparidades de acesso à saúde (RATOWIECKI *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, emerge uma questão central: se adolescentes acima de 16 anos possuem condições biológicas para gestar e se o pré-natal adequado atua como fator protetor capaz de mitigar os efeitos da vulnerabilidade social nos desfechos obstétricos, o que explica, então, que muitas delas não realizem o acompanhamento pré-natal de forma adequada? Alguns estudos tentaram responder.

Como mencionado na introdução, o atraso ou a ausência do pré-natal tem sido associado a barreiras de acesso aos serviços de saúde, dificuldade em reconhecer a gestação, receio de denúncias, além de medo, estigma e reprovação social (SILVA *et al.*, 2025; PINTO *et al.*, 2024; CARVALHO *et al.*, 2024).

Fernandes *et al.* (2024) incluíram o início do pré-natal em um índice de vulnerabilidade individual para adolescentes, que também considerava história

gestacional prévia e nível de escolaridade. Realizado em um município do Sul do Brasil, o estudo identificou maior vulnerabilidade materna nas áreas com maior proporção de gravidez na adolescência e piores condições socioeconômicas. Os autores destacam a importância da análise espacial intramunicipal para subsidiar políticas públicas eficazes, sobretudo em contextos marcados pela coexistência de perfis socioeconômicos distintos e desigualdades no acesso à saúde (FERNANDES *et al.*, 2024).

Silva *et al.* (2025) identificaram que 28,3% das meninas grávidas com 12 anos ou menos procuraram acompanhamento de pré-natal com 22 ou mais semanas de gestação. Ou seja, um número considerável de meninas descobre ou comunica a gravidez e tem acesso ao serviço de saúde em momento que ultrapassa o que é considerado início oportuno do pré-natal, até 12^a semana (SILVA *et al.*, 2025). Diante disso, ao recorrente atraso do pré-natal principalmente entre as mais jovens, é impossível não lembrar do projeto de lei proposto na Câmara dos Deputados em junho de 2024, que objetivava equiparar o aborto realizado após 22 semanas de gestação ao crime de homicídio, um claro retrocesso frente a um direito garantido como é o aborto legal.

Os estudos publicados nos últimos cinco anos indicam que as taxas de gravidez na adolescência apresentam distribuição espacial inversamente proporcional aos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) das regiões. Embora essas diferenças tendam a diminuir ao longo do tempo, observa-se que as mudanças nas características reprodutivas avançam mais lentamente nas áreas menos desenvolvidas. Entre os três componentes do IDH, expectativa de vida ao nascer, escolaridade e renda, citamos pesquisas que relacionam a gravidez na adolescência especialmente à escolaridade e à renda, evidenciando associações estatisticamente significativas (NASCIMENTO *et al.*, 2021; ASSIS *et al.*, 2022; RATOWIECKI *et al.*, 2020; FERNANDES *et al.*, 2024).

Além disso, é fundamental diferenciar os dados conforme a fase da adolescência analisada, dada a variação temporal observada entre os grupos. Entre 2000 e 2012, por exemplo, a taxa de fecundidade entre meninas de 10 a 14 anos permaneceu estável no país, enquanto no grupo de 15 a 19 anos já se observava tendência de queda. Da mesma forma, ao tratar da frequência de complicações no

parto e da morbimortalidade materno-infantil, torna-se necessário distinguir os diferentes grupos etários da adolescência, pois esses eventos não apresentam aumento significativo do risco em comparação às mulheres adultas quando a adolescente tem mais de 16 anos e realiza acompanhamento adequado de pré-natal (PINTO *et al.*, 2024; GAMA, SZWARCOWALD e LEAL, 2002; RATOWIECKI, 2020).

4.2 Aspectos nutricionais e antropométricos

Dois dos estudos encontrados abordaram os aspectos nutricionais da gravidez na adolescência, considerando a condição de pessoa em desenvolvimento e a possível disputa energética entre mãe e bebê. O primeiro, de Santos *et al.* (2022), analisou o ganho de peso gestacional total de adolescentes brasileiras a partir dos dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (2011–2012) e identificou importantes correlações socioeconômicas. O estudo classificou o ganho de peso como insuficiente, adequado ou excessivo, conforme o índice de massa corporal pré-gestacional, e apontou que valores insuficientes ou excessivos podem estar associados a desfechos negativos, como restrição de crescimento fetal, baixo peso ao nascer e prematuridade. As autoras observaram ainda maior ocorrência de ganho de peso insuficiente nas regiões Norte e Nordeste, além de uma associação positiva entre trabalho remunerado e ganho de peso inadequado, tanto para mais quanto para menos (SANTOS *et al.*, 2022).

Esses achados dialogam diretamente com o contexto socioeconômico das regiões Norte e Nordeste, que também apresentam os menores índices de desenvolvimento do país. Assim, a maior ocorrência de ganho de peso gestacional insuficiente entre adolescentes pode estar relacionada às condições de pobreza e à maior insegurança alimentar nessas áreas. Nessa perspectiva, torna-se fundamental avaliar a cobertura e a eficácia dos programas de transferência de renda, a fim de compreender o problema e orientar estratégias de mitigação.

Dados de Campello e Neri (2013) mostram que 50,4% das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, principal política de transferência de renda do Brasil, estão concentradas no Nordeste; 25,3% no Sudeste; 11,4% no Norte;

7,5% no Sul; e 5,4% no Centro-Oeste (CAMPELLO; NERI, 2013). À primeira vista, a predominância do Nordeste pode ser explicada pelos objetivos do programa. Contudo, a distribuição nas demais regiões não segue estritamente o padrão esperado de distribuição da pobreza. Isso ocorre porque o Bolsa Família é condicionado ao acesso a serviços básicos, de modo que sua efetividade depende não apenas da situação socioeconômica, mas também da oferta e do acesso à saúde, educação e assistência social. Nesse sentido, a distribuição observada pelos autores pode refletir menos a localização da pobreza em si e mais a presença de famílias pobres com acesso razoável aos serviços que condicionam o benefício.

Ao analisarem o Programa Bolsa Família, Araújo *et al.* (2018) encontraram algumas peculiaridades que dificultam o cumprimento de seus objetivos centrais e que, por isso, demandam revisão para aprimoramento da eficácia. Por envolver cadastro, atualização e monitoramento das condicionalidades, áreas muito extensas apresentaram piores resultados, o que pode estar relacionado à dificuldade de gestão quando os beneficiários encontram-se mais dispersos em uma grande área geográfica. Por outro lado, uma concentração elevada de beneficiários por município pode representar uma maior demanda aos serviços básicos os quais nem sempre acompanham a expansão do programa. Eles entenderam que as ações de saúde e educação não alcançaram o mesmo ritmo de expansão do referido programa e que a melhora do desempenho depende da capacidade de coordenação intersetorial dos serviços envolvidos (ARAÚJO *et al.*, 2018).

À luz dessas limitações estruturais na implementação e coordenação do PBF, outros estudos têm buscado compreender como tais desafios se refletem diretamente nos desfechos nutricionais de gestantes adolescentes beneficiárias. Silva Júnior *et al.* (2021), em um estudo ecológico, analisaram a tendência do estado nutricional desse grupo entre 2008 e 2018. Os autores destacam que, embora o programa amplie o acesso a alimentos, esse aumento nem sempre se converte em melhoria na qualidade do que é consumido. No período analisado, observou-se redução da prevalência de baixo peso entre as gestantes, acompanhada, contudo, de tendência crescente de sobrepeso e obesidade (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os achados de Santos *et al.* (2022), que inauguraram este tópico, podem ser interpretados de forma complementar, já que contemplam parte desse período. Embora as regiões Norte e Nordeste tenham apresentado os maiores índices de ganho de peso insuficiente entre gestantes adolescentes em 2011–2012, esses valores podem refletir um cenário em mudança e serem menores que nos anos anteriores, sugerindo efeito positivo, ainda que parcial, da ampliação do PBF. Entretanto, para que essa tendência represente de fato uma melhora consistente, é necessário aperfeiçoar o programa, garantindo não apenas o acesso aos alimentos, mas também sua qualidade nutricional, o que depende da compatibilidade entre o valor recebido e o custo real dos alimentos, além de um acompanhamento em saúde capaz de promover informação qualificada e educação nutricional.

Os riscos nutricionais enfrentados por adolescentes grávidas também têm sido examinados sob a perspectiva da biologia do desenvolvimento, que sustenta a hipótese da competição por nutrientes como principal mecanismo explicativo. Idades ginecológicas mais baixas, calculadas a partir da menarca, e o crescimento físico ainda incompleto são fatores que aumentariam a demanda nutricional da gestante e, conseqüentemente, favoreceriam essa competitividade. Articulando fatores biológicos e socioeconômicos da gestação na adolescência, Nogueira *et al.* (2002) avaliaram o estado nutricional de recém-nascidos de mães adolescentes de baixa renda, residentes no Piauí, que receberam suplementação de ferro sob diferentes protocolos ao longo da gestação. Os autores encontraram indicadores antropométricos satisfatórios entre os recém-nascidos de mães suplementadas e confirmaram a necessidade dessa intervenção por meio de exames laboratoriais específicos.

Entretanto, a maioria das adolescentes estudadas tinha mais de 16 anos (68%) e idade ginecológica superior a dois anos (NOGUEIRA *et al.*, 2002). Essas características limitam a generalização dos resultados para adolescentes mais jovens, mas reforçam a ideia previamente apresentada: gestantes adolescentes com mais de 16 anos, quando acompanhadas por um pré-natal adequado, tendem a apresentar riscos nutricionais similares aos observados em gestantes adultas.

É importante salientar que a anemia ferropriva constitui uma deficiência nutricional frequente na gestação, inclusive entre mulheres adultas. A demanda por ferro aumenta já no primeiro trimestre, podendo atingir níveis mais de seis vezes superiores aos requeridos antes da gravidez. No caso das adolescentes, como já discutido, essa demanda adicional se intensifica por se tratarem de indivíduos ainda em desenvolvimento, somando-se aos hábitos alimentares prévios à gestação e às desigualdades associadas à renda familiar. No estudo de Fujimori *et al.* (2000), observou-se que 20% das adolescentes avaliadas já apresentavam anemia no primeiro trimestre, um achado que sugere reserva de ferro inadequada antes mesmo da gestação, visto que as maiores prevalências costumam ocorrer no segundo e terceiro trimestres (FUJIMORI *et al.*, 2000).

Com base nos estudos apresentados, concluímos que os riscos nutricionais da gravidez na adolescência estão relacionados sobretudo à idade, às condições socioeconômicas e ao acompanhamento adequado no pré-natal. Idades mais jovens correspondem a fases de desenvolvimento ainda ativo, com margem para mudanças físicas importantes e crescimento incompleto, o que pode intensificar as demandas nutricionais. As condições socioeconômicas, por sua vez, influenciam diretamente o acesso e o consumo de alimentos em quantidade e qualidade adequadas, aspecto no qual os programas de transferência de renda desempenham papel essencial, especialmente para famílias de menor renda. Já o pré-natal exerce efeito protetor ao mitigar parte das adversidades socioeconômicas vivenciadas pela gestante, viabilizando suplementação nutricional quando indicada e promovendo ações de educação em saúde que ampliam sua autonomia informada e contribuem para melhores desfechos obstétricos.

4.3 Aspectos relacional, comportamental e cultural

Assim como as adolescências são diversas, o contexto da gravidez ocorrida nessa fase da vida também pode ser. Como mencionado anteriormente, os diferentes níveis de intencionalidade reprodutiva aparecem entre adolescentes e um número considerável delas relatam ter desejado engravidar. No estudo de Silva *et al.* (2023), foram ouvidas adolescentes grávidas que expressaram esse desejo e

buscou-se, a partir de suas falas, identificar suas influências afetivo-relacionais. Todas as adolescentes eram oriundas de bairros pobres do Centro-Oeste brasileiro.

Destaca-se, em seus depoimentos, que todas residiam com o parceiro e consideravam isso um ponto de segurança para terem um filho. Também contrariando generalizações frequentemente reproduzidas, como a ideia de que a gravidez seria a principal causa de abandono escolar, a maior parte das adolescentes já não estudava antes da gravidez. Outros aspectos comuns foram: avaliação positiva do relacionamento e presença de afeto mútuo, semelhanças sobre os modos de conduzir a vida e ideia de “pessoa certa” sobre a figura do parceiro, que oferecia também segurança material (SILVA *et al.*, 2023).

As autoras identificaram, nas falas das adolescentes, uma série de elementos que evidenciavam a reprodução de papéis de gênero, projetos de vida limitados pela condição social e uma busca por autonomia que, muitas vezes, esbarrava em pressões contrárias associadas à ideia de precocidade e que foram enfrentadas por grande parte delas (SILVA *et al.*, 2023).

Hoga, Borges e Reberte (2010) abordaram um pouco essa questão da oposição social e ideia comum de precocidade por meio da escuta dos familiares de mulheres que engravidaram na adolescência e, por meio da análise do contexto, se aproximaram das razões pelas quais a gravidez pode assumir o lugar de um projeto de vida para algumas das adolescentes. Os familiares atribuíam a ocorrência da gravidez a razões específicas e não mencionaram aspectos estruturais de pobreza ou exclusão social. Entre elas estavam: busca por liberdade e autonomia, precocidade do namoro, más companhias e rebeldia. A história que se seguiu a constatação da gravidez, em boa parte das famílias, atendeu a parte dos objetivos das adolescentes: elas passaram a ser mais admiradas e respeitadas, sendo que muitos dos entrevistados relataram mudança de comportamento e percepção de atitude mais responsável por parte das adolescentes (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010).

Embora uma parcela das gestações na adolescência seja caracterizada como planejada, por resultar de um desejo prévio, entende-se que os resultados pretendidos estão relacionados a questões afetivas, perspectivas de futuro viável e

mudança de *status* familiar que, no processo de escolha, parecem ter um peso maior comparado aos prejuízos sobre a vida escolar e profissional que recaem de maneira desproporcional sobre a futura mãe. O grupo de adolescentes pesquisadas no estudo de Silva *et al.* (2023), introdutório desse texto, é quase homogêneo quando visto sobre o contexto de o abandono escolar acontecer antes da própria gravidez, mas para um considerável número de meninas a gravidez representa o motivo principal do abandono.

O estudo de Miranda *et al.* (2024) abordou os prejuízos desiguais decorrentes da gestação ao ouvir adolescentes de uma escola pública do Ceará sobre o tema da gravidez na adolescência, um tema familiar para a maioria: 89,8% dizia conhecer ao menos uma pessoa que engravidou nessa fase da vida. Entre os resultados, destaca-se o relativo consenso de que a mãe adolescente é a mais afetada pelas consequências da gravidez: 91,5% disseram isso (MIRANDA *et al.*, 2024). Esse consenso é fruto de uma observação direta da realidade, mas é preciso que os esforços sobre o tema sejam direcionados também ao combate da naturalização que responsabiliza e, de certo modo, pune de maneira unilateral a maternidade na adolescência, dificultando a proposição de soluções.

Miura *et al.* (2023) investigaram tanto os motivos que levam adolescentes a interromper os estudos quanto os fatores que possibilitam sua permanência. Embora o grupo fosse pequeno (14 participantes), apresentou trajetórias diversas: cinco deixaram a escola devido à gestação, três abandonaram antes mesmo de engravidar, duas concluíram o ensino médio sem prosseguir para a formação profissionalizante e apenas quatro conseguiram continuar estudando. Entre os motivos da interrupção, destacaram-se vergonha, limitações físicas durante a gestação e falta de suporte familiar ou social. Já a permanência esteve associada ao apoio de amigos e profissionais, ao ambiente escolar acolhedor e ao estabelecimento de vínculos afetivos. As autoras também ressaltam a importância do acesso à informação e do compromisso institucional com a garantia de direitos previstos na Lei nº 6.202/1975 (BRASIL, 1975), que assegura acompanhamento e avaliação diferenciados para gestantes. Assim, a evasão escolar entre adolescentes grávidas não deve ser entendida como regra, mas como uma ocorrência que requer compreensão contextualizada e ações específicas (MIURA *et al.*, 2023).

Associada ao impacto diferenciado pelo gênero, encontra-se a classe social como marcador de trajetórias distintas. Heilborn *et al.* (2002), a partir da ideia de que havia focalização das ações para mães adolescentes pobres, e que isso promovia uma dupla ocultação em relação aos pais adolescentes e as questões de classe, promoveram um estudo comparativo das trajetórias escolares/profissionais de ambos os sexos, com grupos oriundos de classes mais populares e outros de classe média alta, que experienciaram ou não a parentalidade.

Nesse amplo estudo, a base comparativa das adolescências que não experienciaram a parentalidade fez transparecer os diferentes impactos desta nos demais grupos de ambas as classes sociais. Assumidas certas tendências a partir da classe, o conhecimento da história pregressa revelou que a paternidade na adolescência produziu impactos reduzidos nas trajetórias escolares e profissionais, independentemente da classe. Para as adolescentes mulheres, contudo, houve distinção entre classes sendo que nas mais altas, comparativamente, ocorreu menor impacto sobre a carreira escolar e impacto relativo sobre a carreira profissional (HEILBORN *et al.*, 2002).

Embora apresente limitações, como a necessidade de uniformização dos grupos e a dificuldade de captar as heterogeneidades que mesmo pequenos conjuntos de adolescentes revelam, o estudo oferece reflexões importantes. Ele sugere que, para os rapazes, o evento da gravidez tende a não alterar de modo significativo a trajetória esperada: os adolescentes pobres que ingressam cedo no mercado de trabalho seguem esse mesmo cronograma e os adolescentes de classes mais elevadas, que comumente prolongam a juventude e fase preparatória profissional, seguiram assim fazendo. A ideia de ocultação da paternidade é então um fato verificável, assim como a desigualdade da classe social sobre a trajetória feminina, que com maior possibilidade de suporte consegue desempenhar a maternidade em concomitância com outros projetos (HEILBORN *et al.*, 2002).

Retomamos, assim, o fato de que faltam condições para que muitas adolescentes mantenham projetos escolares e profissionais após a gravidez. No entanto, a questão parece mais complexa e exige perguntar se esses projetos foram, de fato, considerados possíveis, valorizados ou mesmo legitimados por essas jovens ao longo de suas trajetórias. Em muitos contextos, a vida adulta é

culturalmente supervalorizada, enquanto o prolongamento da escolarização pode ser percebido como um obstáculo à aquisição desse status. Entre adolescentes de classes populares, a socialização tende a ser marcada por expectativas de “internalidade feminina” e “externalidade masculina”, e queixas sobre falta de liberdade e controle excessivo da vida afetivo-relacional são frequentes.

Isso não significa que tais desigualdades estejam ausentes em grupos mais abastados, mas nelas assumem outras formas: a permanência prolongada na juventude não costuma representar o mesmo incômodo, porque o afastamento relativo das tarefas adultas é sustentado por maiores recursos materiais, emocionais e institucionais. Para adolescentes pobres, porém, a ideia de liberdade está fortemente associada à entrada na adultez, e a gravidez pode parecer um “passaporte” para esse lugar, um caminho alternativo para adquirir autonomia em um cenário onde a via escolar-profissional é percebida como longa, incerta e, muitas vezes, pouco recompensadora.

Nesse sentido, a pergunta que se impõe não é apenas por que essas jovens não mantêm seus projetos escolares, mas se esses projetos lhes foram oferecidos como vias reais de mobilidade, reconhecimento e autonomia. Quando a escolarização prolongada não garante perspectivas concretas de inserção profissional, e quando o controle externo sobre a vida cotidiana é vivido como excessivo, a gravidez pode emergir como uma estratégia possível, ainda que ambivalente, de reivindicação de agência.

4.4 Faixa etária de 10 a 14 anos

Dos 22 estudos selecionados para esta revisão, quatro enfocaram a gravidez entre menores de 14 anos e a temática do aborto legal, o que evidenciou a necessidade de tratar esse assunto em um tópico específico. Um desses artigos já havia sido citado, tratava do impacto de fatores socioeconômicos na gravidez adolescente e precisa ser retomado agora, pois aborda um período complementar ao de outro estudo apresentado a seguir.

Pinto *et al.* (2024) informam que, entre 2000 e 2012, a taxa de fecundidade entre meninas de 10 a 14 anos permaneceu estável. Já Taquette *et al.* (2021) apontam que, entre 2012 e 2018, houve uma redução gradativa desse indicador.

Com relação às notificações de violência sexual contra meninas, Pinto *et al.* (2024) analisam especificamente o ano de 2023, utilizando dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que estimou 54.285 casos registrados nesse período. Por sua vez, Taquette *et al.* (2021) somaram os números referentes a todo o período de 2012 a 2018 e identificaram 58.922 casos notificados, com base no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a mesma fonte primária utilizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2024) citado por Pinto *et al.* (2024).

De modo geral, os estudos analisados utilizaram a mesma fonte de dados sobre notificações de violência sexual e apresentaram resultados semelhantes ao comparar o total de casos acumulados ao longo de um período de seis anos com o número de casos registrados em um único ano mais recente. Taquette *et al.* (2021) demonstram que, ao longo desses seis anos, houve um aumento gradativo das notificações em todas as regiões brasileiras, indicando que essa tendência se manteve, ao que tudo indica, até 2023 (TAQUETTE *et al.*, 2021).

Ao relacionar as notificações de violência sexual com os casos de gravidez nessa faixa etária, os autores observaram que o número de gestações foi 2,9 vezes superior ao de notificações, o que evidencia uma subnotificação expressiva, considerando que nem todo abuso sexual resulta em gravidez, enquanto toda gestação nesse grupo etário é legalmente compreendida como decorrente de violência sexual. Entre os fatores associados à subnotificação, destacam-se o medo de retaliação, o julgamento moral, o descrédito e, em alguns casos, a ausência de reconhecimento da experiência vivida como violência (TAQUETTE *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a subnotificação não pode ser atribuída exclusivamente às dificuldades enfrentadas pelas vítimas para realizar a denúncia, devendo ser compreendida também a partir das práticas institucionais e profissionais que perpassam o atendimento em saúde. Considerando que a maioria dos partos analisados foi assistida por profissionais da saúde, os quais possuem

responsabilidade legal quanto à notificação de situações de violência, seria esperado que o número de notificações se aproximasse, ao menos, do número de partos ocorridos nessa faixa etária. No entanto, observa-se um descompasso expressivo entre esses registros.

Oliveira *et al.* (2012), ao investigarem a subnotificação entre profissionais da saúde em Unidades de Saúde da Família do interior de Pernambuco, identificaram que, entre os 82 profissionais entrevistados, 23 relataram ter atendido casos de violência; destes, apenas 8 (34,8%) realizaram o encaminhamento adequado acompanhado da notificação compulsória. Entre as justificativas apresentadas, destacaram-se a ausência de instrumentos institucionais, a alegada falta de provas, o medo de retaliações e o desconhecimento acerca da obrigatoriedade da notificação (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A complementaridade entre os serviços de saúde e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na produção de dados mostra-se particularmente evidente na presença de serviços especializados. Esse é o caso do município de Rio Branco, no Acre, onde 92,8% das notificações de violência sexual registradas entre 2011 e 2016 foram realizadas pela Maternidade Bárbara Heliodora (MBH), instituição de referência no atendimento a vítimas de violência sexual e a única cadastrada para a realização do procedimento de interrupção legal da gestação (CARGNIN *et al.*, 2021).

A MBH, ao identificar a internação de gestantes adolescentes com idade igual ou inferior a 14 anos, procede imediatamente à notificação compulsória do crime de estupro de vulnerável, prática que deveria ser amplamente difundida em todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao perfil das vítimas no município, observou-se maior proporção de meninas entre 10 e 14 anos (70,8%), cujo vínculo com o agressor foi definido, na maioria dos casos, como parceiro íntimo (87%), evidenciando a elevada incidência de casamento infantil no contexto analisado (CARGNIN *et al.*, 2021).

O vínculo afetivo com o agressor pode constituir um dos fatores que dificultam o reconhecimento, por parte da vítima, de sua condição de violação de direitos. Diante da iniciação sexual cada vez mais precoce, o consentimento tende a

ser compreendido como válido e suficiente, mas não é juridicamente aplicável em determinadas faixas etárias. Essa dissociação entre percepção subjetiva e enquadramento legal torna-se particularmente problemática quando o relacionamento resulta em uma gravidez não desejada, criando uma nova barreira à garantia do direito ao aborto legal: o medo de responsabilização do “parceiro”.

Uma resolução publicada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) em dezembro de 2024, a Resolução nº 258/2024, apresentava potencial para mitigar essa barreira ao reafirmar que o acesso ao aborto legal não deve ser condicionado à apresentação de boletim de ocorrência, à decisão judicial favorável ou à comunicação prévia aos responsáveis legais. Desde a sua publicação, contudo, a resolução tornou-se objeto de disputa política (CONANDA, 2024). Em novembro de 2025, a Câmara dos Deputados aprovou um Projeto de Decreto Legislativo com o objetivo de suspender seus efeitos, sob o argumento de que o CONANDA não possuiria competência para legislar sobre a matéria.

Embora a Portaria nº 1.508/2005, que estabelece os procedimentos para a realização do aborto legal no âmbito do Sistema Único de Saúde, já não condicione o atendimento à apresentação de boletim de ocorrência, ela prevê uma etapa de justificção do procedimento. Nessa etapa, realiza-se o registro do relato da violência que fundamenta a solicitação de interrupção da gestação, bem como sua análise por outros profissionais da equipe de saúde, que correlacionam as informações apresentadas com os dados do exame clínico (BRASIL, 2005). Nesse sentido, pode-se afirmar que a resolução do CONANDA buscava reduzir burocracias que, na prática, podem atrasar ou dificultar o acesso ao aborto legal, além de estabelecer orientações específicas para casos envolvendo crianças e adolescentes, considerando que determinadas faixas etárias (10-14 anos) não admitem dúvida quanto à caracterização da violência sexual.

Ferrari e Peres (2020) investigaram o percurso de dez adolescentes que realizaram aborto ilegal; nesse grupo, ao menos duas teriam, em tese, direito ao aborto legal em razão da idade, mas mantinham relacionamento afetivo com o suposto agressor. Ambas comunicaram a gravidez aos parceiros e foram por eles incentivadas à realização do aborto ilegal, assumindo exclusivamente os custos

financeiros do procedimento. Uma das adolescentes apresentou complicações pós-aborto e precisou buscar atendimento em uma unidade de saúde pública, espaço que, segundo seu relato, configurou-se novamente como cenário de violência, agora mediada por julgamentos morais e práticas discriminatórias (FERRARI; PERES, 2020).

4.5 Escuta e violência institucional no atendimento a adolescentes

Na tentativa de elucidar o que diz a literatura sobre a forma como é atendida a adolescente puérpera nas maternidades brasileiras, utilizamos os seguintes descritores: 'gravidez na adolescência AND assistência perinatal'; 'gravidez na adolescência AND padrão de cuidado'; 'gravidez na adolescência AND esforço de escuta' (único descritor encontrado que era relacionado a escuta). Todas as pesquisas foram feitas na mesma plataforma em que realizamos a presente revisão, a *SciELO*, e, em nenhuma das tentativas, obtivemos resultados, de modo que foi necessário realizar a busca em portais mais abrangentes.

Ainda relacionada à temática do abortamento na adolescência, identificaram-se fragilidades no sistema de saúde no que se refere à oferta de um atendimento livre de pré-julgamentos. No estudo de Leal e Castelar (2019), psicólogas que atuavam junto a adolescentes em situação de abortamento relataram, a partir de suas experiências profissionais, reflexões sobre os danos que podem ser produzidos por uma atuação despreparada para lidar com a diversidade das adolescências e com seus contextos singulares. As entrevistadas apontaram tensionamentos decorrentes, por exemplo, da influência de visões morais e religiosas dos profissionais, das diferenças de tratamento conforme o abortamento fosse espontâneo ou provocado, bem como da crença na eficácia de ações e discursos punitivos como forma de prevenir a reincidência da gravidez ou do aborto. Tais práticas foram compreendidas como formas de violência institucional (LEAL; CASTELAR, 2019).

A revisão de Banzatto, Bassi e Daniel (2020), acerca da ética médica e da bioética no atendimento a adolescentes, realiza um levantamento histórico que contribui para a compreensão de novas formas de violência emergentes no contexto

da democratização da informação. Os autores destacam a mudança no perfil do paciente, independentemente da idade, que passa a deter maior conhecimento e deixa de adotar uma postura passiva e obediente diante do cuidado. Embora essa transformação seja característica da sociedade como um todo, o redirecionamento para tentativas de controle tende a recair sobre indivíduos de menor idade, sob o pretexto de uma suposta imaturidade para a tomada de decisão. Essas e outras posturas assimétricas em relação ao adolescente podem afastá-lo dos serviços de saúde e comprometer a garantia de direitos fundamentais. Os autores concluem ser necessária uma conduta profissional flexível, aberta a atualizações constantes e respeitosa do pluralismo moral da sociedade, sem perder de vista os princípios fundamentais da bioética, a saber: a promoção da autonomia, a beneficência e a não maleficência (BANZATTO; BASSI; DANIEL, 2020).

A atualização constante e a consciência dos efeitos políticos implicados na atuação do profissional de saúde configuram desafios encontrados não apenas entre médicos, mas também entre enfermeiros e outros profissionais envolvidos no cuidado. Guerra *et al.* (2020), por meio de uma pesquisa exploratória e descritiva, avaliaram a atuação de dez enfermeiros de equipes da Estratégia Saúde da Família no atendimento a adolescentes. Os autores observaram que a maioria desses profissionais apresentava conhecimento insuficiente e pouco efetivo para atuar com esse público, considerando, entre outros aspectos, a dificuldade de captação para as consultas de pré-natal e a baixa adesão às ações propostas. Isoladamente, tais fatores não são suficientes para demonstrar a insuficiência de conhecimento; contudo, a análise dos discursos evidenciou que uma premissa fundamental do cuidado integral à saúde não vinha sendo priorizada: a adoção de abordagens diferenciadas conforme as especificidades de cada grupo. Diante disso, os autores destacam a importância do diálogo e da escuta qualificada para a promoção de um acolhimento efetivo e para a consequente construção de vínculos entre profissionais e pacientes (GUERRA *et al.*, 2020).

As próprias adolescentes puérperas corroboram essa conclusão e recomendação, como evidenciado no estudo de Gonçalves *et al.* (2016), que, por meio de uma abordagem qualitativa, buscou compreender a percepção das adolescentes acerca dos elementos que conferem qualidade ao atendimento

obstétrico. As participantes relataram priorizar a atenção, a paciência e o respeito à sua fisiologia, bem como o diálogo e o acesso a informações relevantes sobre a parturição. Segundo elas, ter o profissional por perto, estar informada sobre os procedimentos e as etapas de todo o processo, além de interagir com um profissional disposto a oferecer um cuidado humanizado, constitui o que se espera de um atendimento obstétrico adequado (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Percebe-se, na literatura nacional, a predominância de estudos que enfatizam aspectos socioeconômicos como fatores de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência. Entretanto, conforme discutem Cerqueira-Santos *et al.* (2010), essa abordagem pode se mostrar reducionista para a análise do fenômeno, uma vez que situações de vulnerabilidade em determinado nível podem ser atenuadas por potencialidades presentes em outros. A partir de uma perspectiva ecológica, torna-se necessário considerar as múltiplas variáveis associadas ao percurso de vida desses jovens, abrangendo o microsistema (nível mais proximal e de interação direta), o mesossistema (articulação entre microsistemas e redes de apoio social), o exossistema (contextos que não são diretamente frequentados pelo sujeito, mas que o influenciam) e o macrosistema (ideologias, crenças e valores culturais).

Nesse sentido, entende-se que a gravidez pode emergir em contextos marcados pela ausência ou fragilidade de outros projetos de vida; contudo, tal condição não deve ser interpretada como limite definitivo de percurso. Ao contrário, é preciso reconhecer que fatores exossistêmicos e macrosistêmicos associados à gravidez na adolescência podem dificultar o desenvolvimento dessas jovens e de suas famílias, restringindo possibilidades sobretudo em função de representações culturais que a associam ao “fim” de trajetórias possíveis (CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

Desse modo, o presente estudo buscou contribuir para o enfrentamento de uma lacuna identificada na literatura, a partir de uma abordagem diagnóstica. Embora existam pesquisas que têm colaborado para a compreensão da violência institucional no contexto da maternidade, essas investigações, em geral, não consideram a idade como marcador específico de vulnerabilidade para sua ocorrência. Por outro lado, estudos que abordam a gravidez na adolescência

tendem a privilegiar dimensões socioeconômicas sem explicitar, contudo, a forma como essas adolescentes são atendidas no momento do parto e no período pós-parto.

5 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório. O delineamento transversal refere-se ao recorte temporal da pesquisa, na qual o fenômeno foi observado no momento em que se desenrolava, durante a internação das participantes, considerando experiências vividas entre junho e setembro de 2025. A abordagem qualitativa permitiu acessar a percepção das participantes acerca de suas vivências e interpretar os processos sociais nelas envolvidos, aspecto que não poderia ser apreendido por meio de mensuração estatística própria das abordagens quantitativas. O estudo apresenta ainda caráter descritivo-exploratório, pois busca descrever aspectos do fenômeno investigado e explorar dimensões ainda pouco abordadas na literatura, contribuindo para ampliar sua compreensão. A amostra foi definida por seleção intencional e composta por puérperas adolescentes (13 a 17 anos) internadas em hospital público do Distrito Federal.

Inicialmente, planejamos realizar as entrevistas fora do ambiente hospitalar. Conforme previsto no protocolo de pesquisa, convidamos as primeiras adolescentes ainda durante a internação, coletamos os contatos telefônicos daquelas que tiveram interesse em participar para agendar encontro após a alta. Contudo, observou-se um padrão: ao retomarmos o contato para combinar a entrevista, que poderia ocorrer em suas residências ou outro local de preferência, elas perdiam o interesse.

Diante disso, ajustamos o método, mantendo o esforço de realizar as entrevistas fora do hospital, agora também oferecendo a opção de vídeo-chamada. Ainda assim, não obtivemos adesão.

Por fim, concluímos que a pesquisa não avançaria se não considerássemos a possibilidade de entrevistar as adolescentes durante a internação, apesar das limitações de espaço físico e da dificuldade de garantir privacidade. Ao todo, foram realizadas 11 entrevistas, conduzidas de maneira heterogênea, buscando atender às preferências de cada participante. Dez ocorreram na maternidade e uma na enfermaria de pediatria. Esta última participante já havia recebido alta, mas retornou à unidade em decorrência de sintomas respiratórios apresentados pelo bebê.

Duas participantes aceitaram deixar o leito e o bebê sob os cuidados de seu acompanhante para conversar em local privado. Quatro participantes estavam sozinhas no momento da abordagem e aceitaram participar desde que não precisassem deixar seus leitos, permanecendo em enfermaria compartilhada. As demais participantes, cinco delas, estavam acompanhadas e também aceitaram participar, desde que não precisassem se deslocar.

As diferentes configurações de entrevista formaram uma variável não controlável da pesquisa, decorrente da priorização da escuta da vontade das adolescentes quanto às condições de participação. As situações distintas do modelo de entrevista individual em ambiente privativo, à princípio considerado mais adequado, poderia influenciar a forma de expressão das participantes, especialmente pela presença de terceiros, e acarretar em um maior comedimento nos relatos.

Entretanto, observou-se que tais configurações também produziram efeitos relevantes para o desenvolvimento da pesquisa. A presença de acompanhantes e de outras pacientes possibilitou o acesso a múltiplas perspectivas, bem como a observação de interações que enriqueceram a compreensão dos relatos. Ademais, foi pouco evidente o efeito inibidor esperado, pelo contrário, em alguns momentos, as participantes demonstraram maior engajamento na fala, especialmente ao perceberem que suas experiências eram compartilhadas por outras, o que pareceu favorecer um sentimento de reconhecimento e legitimação.

QUADRO 2 – Participantes da pesquisa.

Nome fictício	Idade	Data da entrevista	Configuração da entrevista
Ana	17	10/07/2025	Individual em local isolado
Bia	14	11/07/2025	Individual em local isolado
Eva	17	03/08/2025	Junto ao acompanhante em local comum
Ivy	17	08/08/2025	Individual em local comum
Lia	14	11/08/2025	Junto ao acompanhante em local comum

Liz	16	18/08/2025	Junto ao acompanhante em local comum
Lua	16	18/08/2025	Individual em local comum
Mel	13	18/09/2025	Junto ao acompanhante em local comum
Mia	14	18/09/2025	Individual em local comum
Sol	15	19/09/2025	Junto ao acompanhante em local comum
Zoe	17	29/09/2025	Individual em local comum

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Em todas as entrevistas, buscamos realizar uma escuta qualificada, a mesma cuja presença ou ausência desejávamos avaliar no serviço, que fosse sensível ao que é comunicado por palavras, silêncios e gestos, pautada no acolhimento e na ausência de julgamentos, de modo a promover o livre relato com o mínimo de interrupções. Foram utilizadas perguntas norteadoras de resposta aberta, e a pesquisadora contou com um checklist de questões essenciais, que eram assinaladas à medida que a adolescente as mencionava em seu discurso. Após o livre relato, quando questões relativas aos objetivos específicos não eram mencionados, eles eram abordados em perguntas subsequentes.

QUADRO 3 – Checklist utilizado durante as entrevistas.

Pergunta inicial: Como foi o seu atendimento desde a chegada ao hospital?
<p>O que se espera que seja abordado (Marcar o que aparecer espontaneamente no discurso):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A forma como se sentiu durante o atendimento. <input type="checkbox"/> Questões de estrutura e ambiente. <input type="checkbox"/> Quais profissionais a atenderam. <input type="checkbox"/> Tipos de perguntas que precisou responder. <input type="checkbox"/> Se precisou responder a mesma pergunta mais de uma vez. <input type="checkbox"/> Se ouviu comentários inapropriados. <input type="checkbox"/> Se foram utilizadas palavras acessíveis. <input type="checkbox"/> Se havia preocupação quanto ao seu entendimento. <input type="checkbox"/> O tempo de escuta. <input type="checkbox"/> Se deixou algo por dizer. <input type="checkbox"/> Se confiou nos profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Todas as participantes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, assim como as acompanhantes, quando estiveram presentes. Todas receberam uma cópia com destaque para o contato da pesquisadora, caso mudassem de ideia sobre a participação.

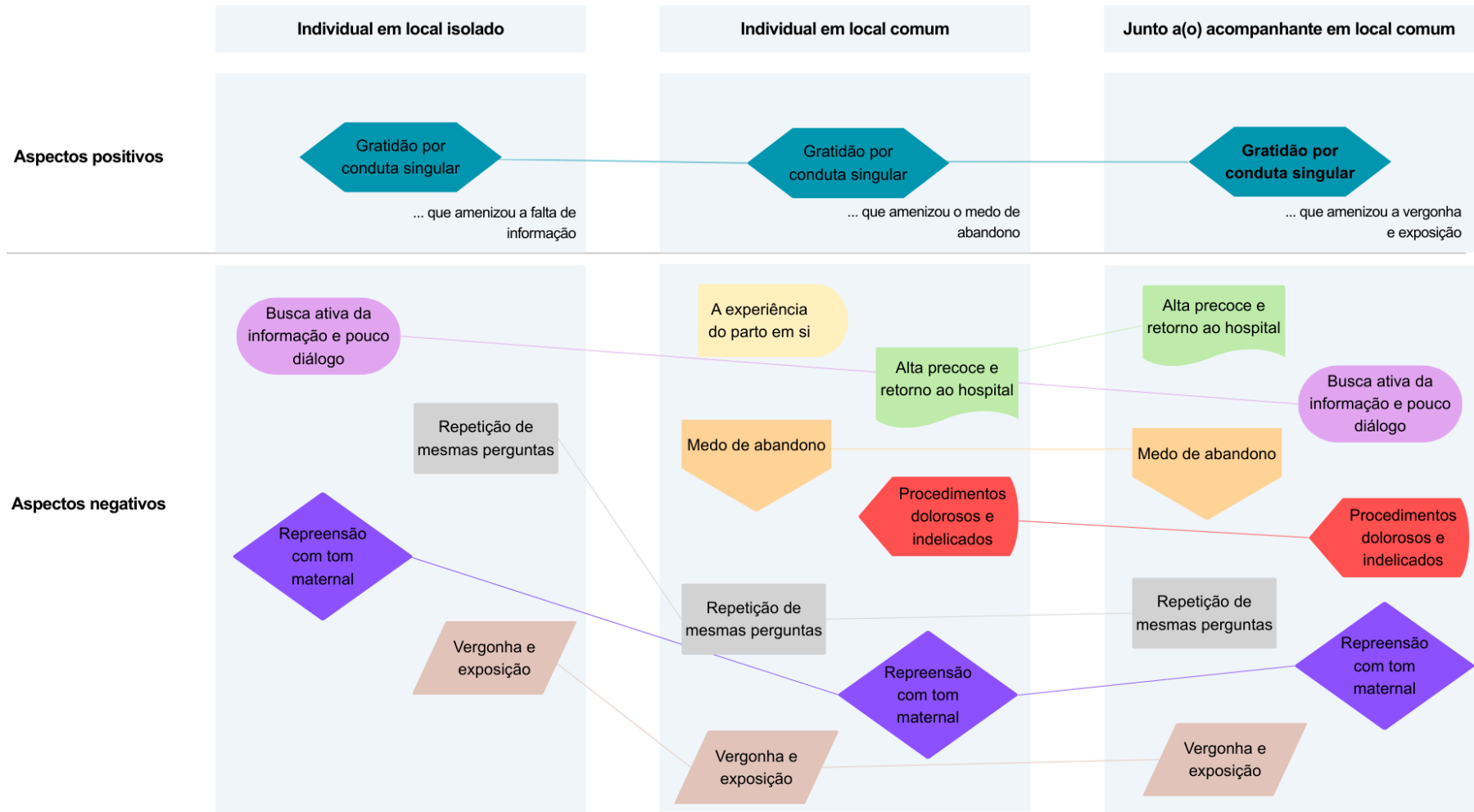
Os relatos foram ouvidos e gravados durante a entrevista. Posteriormente, foram transcritos, lidos e relidos repetidas vezes para familiarização com os dados, como predispõe a fase 1 da análise temática (BRAUN & CLARKE, 2006).

Apesar da pesquisa prévia realizada para a elaboração do projeto, o conhecimento acumulado se concentrou sobretudo nos temas tradicionalmente pesquisados no campo da gravidez na adolescência: aspectos socioeconômicos, nutricionais, comportamentais e de risco. Conhecíamos pouco, porém, sobre o atendimento e o acolhimento oferecidos a essas adolescentes. Então, consideramos seguir uma abordagem dados-indutiva, uma vez que o engajamento inicial com a literatura pouco dialogava com as informações reveladas no campo.

Na fase 2, selecionamos os segmentos de interesse relacionados ao fenômeno, utilizando marcações semelhantes para conteúdos afins, os quais constituíram os códigos. Na fase 3, organizamos esses códigos e buscamos identificar temas que representassem seus significados centrais.

Na fase 4, revisamos os temas, assegurando que apresentassem coerência interna e fossem claramente distintos entre si. Na fase 5, refinamos e nomeamos cada tema de forma clara e concisa. Por fim, na fase 6, elaboramos o relatório analítico, articulando a literatura pertinente com a interpretação dos dados.

FIGURA 1 – Mapa temático inicial.



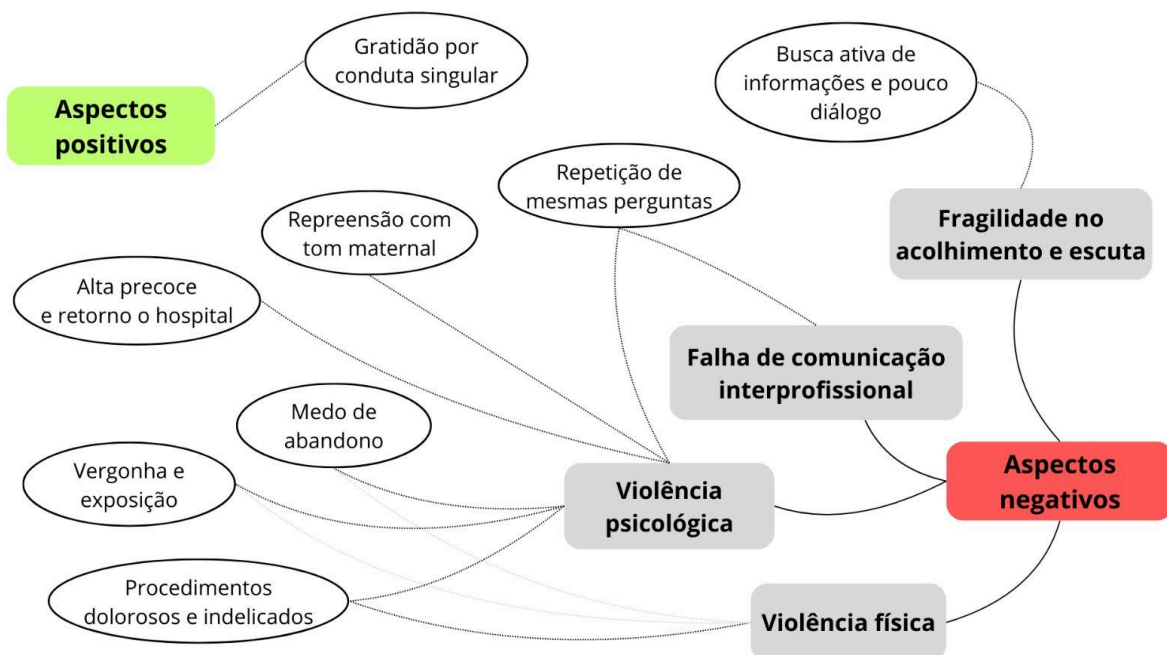
Fonte: elaborado pela autora (2026)

A Figura 1 evidencia a organização inicial do mapa temático, momento em que os códigos foram distribuídos e analisados de acordo com a configuração das entrevistas e com a forma como expressavam aspectos positivos ou negativos do atendimento. Em cada uma das três modalidades de entrevista foi identificado ao menos um ponto positivo. As entrevistas individuais realizadas em local isolado geraram um número menor de códigos, o que também se relaciona ao menor número de participantes nessa configuração (apenas duas entrevistadas).

Um dos temas emergiu exclusivamente na modalidade de entrevista individual em local comum: a experiência do parto em si. Esse tema foi mencionado por duas participantes (Ivy e Zoe) e não devem aparecer ao longo da análise, uma vez que ambas negaram qualquer queixa ou elogio em relação ao serviço, limitando-se a relatar a experiência biológica do parto como negativa.

Os demais códigos se repetiram nas entrevistas individuais realizadas em local comum e nas entrevistas conduzidas na presença de acompanhante, também em local comum. A partir desses agrupamentos, foi construído o mapa temático final, apresentado na Figura 2, no qual os códigos foram organizados em cinco temas abrangentes, discutidos a seguir.

FIGURA 2 – Mapa temático final.



Fonte: elaborado pela autora (2026)

6 ASPECTOS CONTRADITÓRIOS: quando o respeito aos direitos se torna objeto de gratidão

As adolescentes relataram alguns episódios em que se sentiram realmente vistas, que foram lembrados com um marcante sentimento de gratidão. Em geral, esses momentos surgiram após situações estressantes e ajudaram a amenizar emoções negativas vivenciadas anteriormente. Não se tratava de grandes gestos, porém, quando comparados à sensação predominante de invisibilidade, ganharam uma dimensão quase heroica.

Essa vivência de gratidão, entretanto, não pode ser dissociada do dano à autoestima provocado pela experiência reiterada de não reconhecimento. Nesse sentido, a teoria do reconhecimento de Axel Honneth oferece uma chave interpretativa importante para compreender como a sensação de invisibilidade afeta a autocompreensão e a autonomia das adolescentes. Para Honneth, o reconhecimento é constitutivo da formação da identidade e se estrutura em três esferas: as ligações emotivas, responsáveis pela autoconfiança; as relações jurídicas, que garantem o autorrespeito; e a estima social, que sustenta a autoestima por meio do valor atribuído às qualidades particulares dos sujeitos (HONNETH, 2003).

No âmbito das ligações emotivas, os indivíduos se confirmam reciprocamente pela segurança da afeição, sempre em balanço com a experiência de separação. Já nas relações jurídicas, o reconhecimento se dá pelo enquadramento do sujeito como portador de direitos universais, um “outro generalizado” equivalente a mim. Por fim, a estima social refere-se ao valor atribuído socialmente às capacidades específicas dos indivíduos, orientado pelos objetivos coletivos historicamente construídos (HONNETH, 2003).

À luz desse arcabouço, a invisibilidade percebida pelas adolescentes pode ser compreendida como uma forma de não reconhecimento, cujos efeitos ultrapassam o contexto hospitalar e refletem desigualdades sociais mais amplas. No ambiente da internação, o tipo de relação estabelecida entre profissionais de saúde e pacientes, descrita como impessoal e distante, compromete sobretudo a esfera do reconhecimento afetivo, já que a possibilidade de transmitir segurança e

consideração mútua se encontra fragilizada. No plano jurídico, ainda que seus direitos estejam formalmente assegurados por documentos e normas institucionais, a prática cotidiana revela que esse “outro universal” portador de direitos não é plenamente reconhecido quando a relação se dá em contextos fortemente hierarquizados, seja em razão da idade, da função profissional ou da classe social.

A estima social, por sua vez, mostra-se especialmente limitada quando direcionada às pessoas adolescentes. Como o valor social de um indivíduo depende da autocompreensão cultural da sociedade, o capitalismo tende a atribuir centralidade à capacidade de produtividade, acumulação e geração de riqueza. Assim, a condição juvenil, marcada pelo prolongamento da escolarização e pela dependência econômica, frequentemente é associada à subalternidade e à baixa valoração social. No caso das adolescentes grávidas, esse processo se intensifica, resultando em menor reconhecimento de suas capacidades, demandas e projetos de vida.

Nesse cenário de reconhecimento parcial, as pequenas fissuras na lógica de desconsideração marcaram os relatos positivos das nossas participantes, com práticas que se alinham ao que é normativamente esperado no cuidado a essa população. Não por acaso, esses momentos foram também os que mais se aproximaram do que preconizam as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Esse documento destaca a importância de oferecer um acolhimento qualificado como recurso terapêutico fundamental, além de reconhecer as especificidades da adolescência com sensibilidade e atenção às diversidades individuais (MS, 2010).

Além disso, enfatiza a necessidade de considerar os projetos de vida dos adolescentes, confiar em sua capacidade de enfrentar problemas, valorizar sua participação e estimular o desenvolvimento da autonomia, sem recorrer a moralismos, controles ou práticas opressivas (MS, 2010). Quando um profissional atua de maneira verdadeiramente acolhedora, é exatamente isso que transmite, fortalecendo a adolescente em um momento crítico como é o parto.

Aí nasceu ele... Agradei até o médico, o enfermeiro ou o médico, foi o único que me salvou. (Por que ele te atendeu rápido?) ele falou “deixa eu te examinar”, eu comecei a chorar um pouco, aí ele falou

assim “sua bolsa já está rompendo, seu filho vai nascer agora”. O meu medo era eles botar eu de novo pra casa, sentindo dor, e acabar não tendo mais. Foi isso que eu senti. (Mia, 14 anos)

A adolescente relatou que havia procurado o hospital no dia anterior sentindo contrações, mas foi enviada de volta para casa sem compreender plenamente o motivo. Como as dores persistiram, retornou pouco tempo depois. Sua gratidão aparece ao mencionar o médico que a atendeu pelo simples fato de ter acreditado em sua dor e solicitado o exame.

A negação de informação ou a falta de clareza em seu repasse é considerada uma forma de violência obstétrica decorrente de negligência, pois impede a paciente de compreender sua situação, tomar decisões informadas e manejar sua própria angústia. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal preveem a conduta adequada para situações como essa. Presume-se que o nível de dilatação apresentado pela adolescente no momento de sua chegada ainda não fosse classificado como trabalho de parto (≤ 3 cm). Contudo, as próprias diretrizes ressaltam que, mesmo nesses casos, a gestante pode apresentar contrações dolorosas e, por isso, deve receber alívio da dor e aconselhamento adequado, de modo que possa permanecer no serviço ou retornar para casa com segurança, levando em conta suas preocupações, a distância de sua residência e o risco de o parto ocorrer sem assistência (MS, 2018).

Tanto as Diretrizes Nacionais quanto a Política Nacional de Humanização (PNH) destacam a necessidade de enxergar o indivíduo em sua integralidade. No caso da PNH, enfatiza-se ainda o enfrentamento das relações de poder e de práticas desumanizadoras que limitam a autonomia dos usuários. Entre seus dispositivos está o acolhimento, definido essencialmente como o reconhecimento daquilo que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde (MS, 2003; FERREIRA NETO *et al.*, 2024).

Eu tava na [Região 1], né, no [Hospital 1] e falou que o colo do útero tava meio aberto. Aí foi, me botaram pra [Região 2], aí eu vim em [Hospital Atual], o médico aqui não quis me explicar nada, avaliou eu e falou que não tava nada aberto e me botou pra casa sentindo contração (...) Aí foi eles falaram que tava ok com a criança. Aí na minha mente tava: com ele tá tudo bem, o que não tá é comigo (Mia, 14 anos).

Mia não compreendeu o motivo de ter sido dispensada apesar das contrações, ela voltou para casa inquieta e, ao decidir retornar pelo mesmo motivo, temia novamente não ter sua palavra levada em consideração. Segundo seu relato, o médico que a viu chorar e decidiu examiná-la “a salvou”. Em sua fala, percebe-se o desencontro entre o que ela expressou e o que o primeiro profissional compreendeu. Ela dizia estar sentindo contrações, ele examinou apenas o colo uterino e, por considerá-lo íntegro, a dispensou sem oferecer informações adicionais, sem tranquilizá-la e sem manejar sua dor.

O segundo profissional, aquele a quem ela atribui ter “salvado” sua vida, resolveu examiná-la por tê-la visto chorando. Mais adiante, a própria adolescente contou não ser “o tipo de pessoa que grita”, o que sugere que ela provavelmente chorava em silêncio. É verdade que o profissional demonstrou sensibilidade ao reconhecer esse sinal de alerta, mas também é possível considerar que houve um elemento de acaso: ele olhou na direção certa, naquele momento específico. E esse tipo de sorte não deveria ser necessário se sua queixa tivesse sido efetivamente ouvida desde o início.

As lacunas entre norma e prática não se explicam apenas por atitudes individuais, mas por uma lógica sistêmica marcada por sobrecarga de trabalho, ritmo alienante, precariedade de recursos, escassez de profissionais, falta de equipamentos, materiais para assistência, pessoal capacitado e ausência de espaços de educação permanente. O cuidado acolhedor torna-se episódico porque depende da disposição individual e não de estruturas institucionais consolidadas.

O segundo relato de conduta singular foi feito por Lia (14 anos) que pode ser resumido em presença constante e esforço de entendimento sobre o que ela dizia durante o parto, mas também foram posturas apresentadas por outros profissionais, em momento posterior a um episódio de violência.

Também eles me trataram muito bem, depois que eu entrei já para a parte de cirurgia (...) eles me entendiam, o que eu queria dizer, mesmo eu assim nervosa, falando as coisas assim rápido... e assim, eu vi que eles estavam tentando me entender e fazia com que eu entendesse eles. Eu gostei muito dessa parte, mas foi depois da porta pra dentro (Lia, 14 anos).

Ao dizer “depois que eu entrei já para a cirurgia” ou “mas foi depois da porta

pra dentro”, ela se refere à sua chegada à triagem. Conta que estava passando muito mal, com desmaios e vômitos, que foi admitida e precisou trocar de roupa antes de entrar, mas não recebeu qualquer auxílio. Pelo contrário, sentiu-se julgada.

Porque eu vou lá quase desmaiando, assim, desapagando, e a mulher com a maior grosseria comigo: “Aí vamos, que não sei o que, na hora de fazer não foi bom, agora tá aí passando mal.” (Ela falou isso com você?) Foi. Tanto que eu tinha conversado com a minha mãe, minha mãe foi falar com ela e ela me chamou de mentirosa (Lia, 14 anos).

Nota-se que sua lembrança positiva surge justamente após um grave episódio de discriminação, marcado por julgamento moral. Nesse contexto de vulnerabilidade, o simples gesto de tentar compreender o que ela diz durante o parto assume um caráter excepcional. A atitude, embora mínima em termos técnicos, destacou-se como diferencial porque contrastou fortemente com o tratamento anterior, revelando o quanto ações elementares de escuta e respeito ganham peso quando a adolescente está particularmente vulnerável, seja em razão do episódio vivido, seja pelas exigências físicas e emocionais do parto.

O comentário dirigido à adolescente opera como reprimenda moral, expressão de um imaginário social que enxerga a maternidade na adolescência como um erro que deve ser “corrigido” pela dor. Essa punição simbólica funciona, ainda, como uma tecnologia de gênero que visa conformar a mulher ao papel materno e à noção de que a dor é inseparável dele. Daí advém o uso recorrente do termo “escandalosa” para rotular a paciente que “dá trabalho” durante o parto, por gritar demais, não realizar a força necessária, chamar a equipe a todo momento, bater ou resistir de qualquer forma. Em suma, são assim classificadas as pacientes que não se submetem à obediência e à aceitação esperadas (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011; AGUIAR, D’OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Para essas pacientes, são frequentemente dirigidas ações e falas de violência disfarçada, que se escondem por meio de piadas, frases jocosas ou ameaças sutis. Tais condutas são, por alguns profissionais, legitimadas como exercício de autoridade ou como estratégias para tornar a paciente “colaborativa”. Essa forma de coação, por vezes eficaz, é socialmente reconhecida, aparecendo em estudos o relato de pacientes que silenciam diante da dor como estratégia para

escapar da violência institucional. Outros profissionais reconhecem a existência da violência, mas a atribuem ao caráter pessoal de quem a pratica, o que dificulta a compreensão plena do fenômeno e contribui para sua naturalização e banalização (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Ao relatar o atendimento, a adolescente destaca o esforço de alguns profissionais em compreendê-la. Não é exagero considerar que a violência sofrida pode ter influenciado sua capacidade de se comunicar. Ela mesma afirma falar “rápido pelo nervosismo”. É evidente que a própria situação do parto contribui para esse estado emocional, mas as violências previamente vivenciadas, cuja ocorrência, ao ser compartilhada com sua acompanhante, foi negada, desacreditada e reduzida a nada, somadas à ausência de responsabilização da profissional que a ofendeu, tendem a intensificar ainda mais sua sensação de insegurança e sua dificuldade de expressão. Importa notar que, no momento do episódio, ela estava sozinha: sua mãe foi impedida de entrar para auxiliá-la na troca de roupa, e a profissional também se recusou a ajudá-la, usando a frase ofensiva precisamente para se eximir dessa responsabilidade.

As Diretrizes Nacionais, com o objetivo de garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, recomendam que as ações nessa área considerem uma série de fatores sociais que interferem em seu alcance. Entre eles destacam-se a cultura sexista que, entre outras dimensões, atribui à reprodução um caráter feminino e à sexualidade um caráter masculino, e a necessidade de refletir sobre atitudes moralistas e preconceituosas que influenciam negativamente a vivência da sexualidade, desencadeando agravos à saúde desse público. Tais aspectos sociais precisam ser devidamente compreendidos para que seus efeitos perpetuadores das desigualdades de gênero, assim como seus impactos na saúde, sejam minimizados (MS, 2010). As Diretrizes, no entanto, não consideram que essa reprodução das desigualdades pode ocorrer no próprio sistema de saúde.

As recomendações supracitadas são voltadas para ações de educação sexual, concentradas prioritariamente na atenção primária. Pode-se dizer que o conhecimento molda a prática e que, pelo seguimento das Diretrizes, a capacitação profissional promoveria uma educação voltada ao enfrentamento desses cenários,

que seriam abordados como fatores externos ao serviço, num atendimento livre de discriminação. No entanto, as Diretrizes também estabelecem como direitos prioritários a assistência ao pré-natal, parto e puerpério que contemple as necessidades das adolescentes. Ser protegida de qualquer forma de violência é uma dessas necessidades. Entendo, portanto, que tais conhecimentos devam ser aplicados à formação dos profissionais que lidam com adolescentes em outros níveis de atenção à saúde, de modo a evitar episódios como o vivenciado por Lia.

Ainda assim, é importante destacar que, mais do que mero desconhecimento técnico, a persistência dessas violências pode indicar a reprodução de toda uma história da sexualidade marcada pela repressão e pela tentativa de controle. Suas origens se articulam à própria formação do capitalismo, contexto em que a exploração da força de trabalho tende a reduzir o sexo ao mínimo necessário à reprodução biológica, confinando-o ao espaço conjugal e regulando seu exercício para evitar que o prazer dissipe a energia produtiva. Evidentemente, esse processo não se deu de forma linear: à emergência dessas forças regulatórias, responderam movimentos de resistência e contracondutas (FOUCAULT, 1999).

Instituições como a medicina, a pedagogia, a família e a religião assumiram papel central na organização desses discursos normativos. A prática da confissão, exemplifica como a sexualidade foi progressivamente transformada em linguagem e como, desse movimento, derivou uma vasta produção discursiva sobre o desvio e a perversão, vinculada ao exercício de nomear, classificar e narrar minuciosamente as nuances do pecado, especialmente quando associado a populações consideradas vulneráveis ou desviantes, como crianças e adolescentes, que desde muito cedo são consideradas populações propensas ao risco, à irresponsabilidade e à ameaça à ordem social (FOUCAULT, 1999).

A formulação do conceito de biopoder emerge, então, dessa articulação entre a gestão da vida individual e a regulação das populações. Conforme Foucault, o biopoder opera em dois eixos complementares, a disciplina dos corpos e a biopolítica das populações, e se consolida, a partir do século XVIII, por meio de uma rede de saberes e práticas, entre as quais se destaca o crescente protagonismo da medicina, responsável por produzir normatividades e enquadramentos sobre formas de existência e comportamento (FOUCAULT, 1999; FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, o entendimento da gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, justificado por estatísticas e dados epidemiológicos, assim como seu enquadramento em políticas voltadas à redução da fecundidade nesse grupo, configuram um campo de incidência do dispositivo de poder. Tal dispositivo produz a adolescente grávida como um corpo dissidente, construído discursivamente como aquele que persiste no “erro”, apesar das estratégias de prevenção. Assim, os corpos das adolescentes tornam-se objeto de intervenções disciplinares nos serviços de saúde, que seguem as mesmas lógicas normativas e prescritivas já presentes em muitas das ações preventivas.

O dispositivo de poder é aqui entendido como uma rede de elementos heterogêneos, discursivos e não discursivos, que se articulam em torno de uma função estratégica e se vinculam a determinadas configurações de saber. Dele decorrem possíveis efeitos tanto de repressão quanto de perpetuação das relações de força e das desigualdades, configurando uma espécie de continuidade silenciosa da guerra. Importa salientar, contudo, que o dispositivo de poder não se exerce apenas de forma repressiva, mas por meio de múltiplas formas de atuação, com ramificações e capilaridades que se articulam na modificação ou na manutenção dessas relações. Ao analisar o poder, Foucault refere-se a uma dinâmica que transcende a formalidade do direito e da norma, e que “penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos” (FOUCAULT, 2014).

Nessa lógica, a adolescência construída pela norma como uma etapa da vida destinada à formação, à preparação e à futura inserção produtiva, deve ser preservada de práticas consideradas disruptivas, como o exercício pleno da sexualidade. A gravidez na adolescência, portanto, aparece não apenas como um evento biológico, mas como uma transgressão simbólica às normas que organizam o tempo social da vida e consequência que justifica toda medida repressiva anterior, considerando-a muitas vezes insuficiente diante do desfecho apresentado. Essa leitura contribui para a legitimação de práticas institucionais moralizantes e, por vezes, violentas, mesmo quando estas se apresentam sob a roupagem do cuidado.

Embora Foucault destaque que onde há poder há resistência, os avanços produzidos pela crítica à repressão e pelas lutas em torno dos direitos sexuais e

reprodutivos ainda convivem com a persistência de imaginários sociais profundamente marcados pela normatização biopolítica. Assim, mesmo em contextos normativos que reconhecem formalmente os direitos das adolescentes, práticas de silenciamento, julgamento moral e violência institucional continuam a ser reproduzidas, revelando a atualidade das análises foucaultianas para a compreensão das experiências relatadas.

A articulação entre Foucault e Honneth permite, portanto, deslocar a análise do nível exclusivamente estrutural para a dimensão intersubjetiva das práticas de cuidado. Enquanto Foucault evidencia como o dispositivo da sexualidade produz sujeitos normatizados, a adolescente “irresponsável”, a gravidez “fora do tempo adequado”, o corpo a ser corrigido, Honneth possibilita compreender como essas classificações se traduzem, no cotidiano institucional, em experiências concretas de humilhação, silenciamento e desvalorização.

Essas negações de reconhecimento não são acidentais, mas encontram sustentação nas racionalidades biopolíticas descritas por Foucault. A normatização dos corpos e dos ciclos de vida estabelece parâmetros do que é considerado uma trajetória legítima, produtiva e socialmente valorizada. Quando as adolescentes se afastam desse roteiro normativo, tornam-se alvos privilegiados de intervenções disciplinares e práticas punitivas disfarçadas de cuidado.

Tais práticas manifestam-se inclusive em situações que poderiam ser interpretadas como um “retorno à norma”, como no caso do abortamento na adolescência. Isso ocorre porque a ruptura é entendida como anterior, associada à vivência da sexualidade, e independe da manutenção ou não de suas consequências. Tanto a maternidade na adolescência quanto a interrupção da gestação são experiências socialmente incômodas e passíveis de sanção. Tornar-se mãe nessa fase da vida é frequentemente associado ao fracasso moral e social; por outro lado, escolher não se tornar mãe após engravidar é percebido como inconcebível sob uma moral religiosa que atravessa as práticas institucionais e reflete uma longa história de dominação dos corpos femininos.

Essas dinâmicas foram evidenciadas no estudo de Leal e Castelar (2019), que entrevistou psicólogas com experiência no atendimento de adolescentes em

situação de abortamento em hospitais-maternidade públicos. As autoras mostram que, em diversas situações, a atenção psicológica é deliberadamente negada a essas adolescentes, seja pela ausência de encaminhamento, seja pela hierarquização das demandas no interior das equipes. As profissionais também identificam diferenças significativas na assistência prestada conforme o aborto seja classificado como espontâneo ou provocado, distinção frequentemente baseada em julgamentos morais e suspeições generalizadas, nas quais todas as adolescentes são consideradas culpadas até que se prove o contrário. Nesse contexto, as ações punitivas cumprem uma função corretiva, sustentadas pela ideia de que, caso a experiência do abortamento não seja marcada pelo sofrimento, poderia ser interpretada como um incentivo à repetição, reforçando, assim, práticas de controle e disciplinamento dos corpos adolescentes (LEAL; CASTELAR, 2019).

Assim, o dispositivo de poder, em articulação com racionalidades biopolíticas, cria as condições de possibilidade para que o desrespeito se naturalize no interior das instituições. Juntas, essas perspectivas permitem compreender que a violência institucional contra adolescentes não é apenas efeito de más práticas individuais ou desconhecimento teórico-prático, mas expressão de um arranjo histórico de poder que, ao mesmo tempo, produz sofrimento moral e convoca resistências fundadas na luta por reconhecimento. É justamente diante desse quadro que se tornam centrais os marcos normativos internacionais voltados à afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, na medida em que buscam tensionar e reorientar práticas historicamente atravessadas por lógicas de controle e normalização.

Ademais, a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim (1995), já havia apontado essa necessidade. Ainda hoje, ela constitui base para o desenvolvimento de estudos e políticas na área dos direitos sexuais e reprodutivos, que são voltados à promoção de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, com liberdade de decisão sobre a procriação, seu momento e frequência. A Declaração enfatiza o dever dos serviços e profissionais de saúde de assegurar o respeito aos direitos humanos e às normas éticas, profissionais e não sexistas no atendimento, orientando a formação e o treinamento desses agentes para além de uma abordagem tecnicista, incorporando também questões relativas às especificidades de gênero (ONU, 1995). Assim, diria que as

recomendações de aperfeiçoamento contidas nas Diretrizes deveriam alcançar todos os profissionais que lidam com a diversidade das adolescências.

É preciso atentar para a idade da adolescente que ouviu o comentário mencionado anteriormente, ela tinha 14 anos no momento do parto. É uma possibilidade que o intercuro sexual e a consequente gravidez tenham ocorrido aos 13 anos, o que configuraria crime de estupro de vulnerável. Nesse cenário, tratando-se potencialmente de uma vítima de estupro, a fala emitida pela profissional configura violência institucional perpetrada contra uma adolescente vítima de violência sexual. A violência institucional é definida como “violência praticada por agente público no desempenho de função pública, em instituição de qualquer natureza, por meio de atos comissivos ou omissivos que prejudiquem o atendimento à criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência” (BRASIL, 2018).

Uma adolescente ainda mais jovem na ocasião do parto foi ouvida, ela tinha 13 anos e também relatou um episódio de bom atendimento, seguindo o padrão apresentado pelas outras que foi de contrabalançar com uma experiência prévia negativa.

Ele veio, eu tava chorando muito, tava morta de cansada. Aí ele veio, conversou comigo, foi me explicando direitinho, super atencioso. Aí ele pegou um pano, porque ele viu que eu já não tava mais com força, né? Pegou um pano e perguntou se eu já brinquei de cabo de guerra. Aí eu falei que não. Aí ele colocou assim na cintura, aí pegou, falou que quando eu sentisse a contração era pra eu falar pra ele puxar (...) Ele me ajudou bastante nisso também. E é... É só isso. Ele foi bastante atencioso e me ajudou bastante. Eu sou muito grata (Mel, 13 anos).

Ela e sua mãe relataram que o trabalho de parto fora muito demorado, durou aproximadamente 19 horas, e que antes da chegada desse médico, ela vinha sendo acompanhada por outra profissional que apenas a examinava periodicamente e repetia uma única orientação: que colocasse força. Não foram apresentadas alternativas sobre posições, instrumentos ou outras estratégias possíveis, havia apenas a insistência para que ela fizesse força, quando já se encontrava exausta.

No CO não dão muita importância pra gente não, tipo (...) elas não passam as informações certas. Tipo, os nossos direitos, né? Tipo, como você pode usar a bola, você pode usar o cavalinho, você pode ficar de tal forma que você quiser, você pode andar, você pode fazer

isso. Não! Elas só te colocam lá no box e fica aí você. Quando você começar, quando a criança nascer, eu chego, porque só chegava quando a criança já tava nascendo. Não era quando você tava sentindo dor, não. E aí você sentindo dor, morrendo, gritando. E elas tavam tomando café e comendo biscoito. Você acredita? É, pois é... (Mel, 13 anos).

Alguns aspectos da situação relatada evidenciam problemas importantes, como sensação de abandono, falhas de comunicação e indícios de negligência. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal preconizam uma série de recomendações que deixaram de ser observadas nesse caso. Entre elas, destacam-se: a inclusão da mulher no processo decisório, a verificação de seu conhecimento sobre estratégias de alívio da dor e a oferta dessas informações de forma acessível, o incentivo à movimentação e à adoção de posições confortáveis, além da orientação explícita de que “uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação” (MS, 2018).

As estratégias de alívio da dor mencionadas nas Diretrizes dizem respeito a métodos não farmacológicos, geralmente apresentados às gestantes durante o pré-natal e aplicáveis sobretudo na fase inicial do trabalho de parto. As técnicas de respiração, hidroterapia, musicoterapia, massagem e acupuntura são alguns exemplos. Mascarenhas *et al.* (2019) revisaram as evidências científicas sobre esses métodos e concluíram que são eficazes no manejo da dor, também por se tratar de uma experiência complexa e influenciada pelo estado emocional da mulher (MASCARENHAS *et al.*, 2019). Entre as entrevistadas, dois métodos foram mencionados: a musicoterapia e o banho quente de aspersão. Já os exercícios com a bola suíça, que apresentam efeitos comprovados tanto no alívio da dor quanto na progressão do parto, só puderam ser utilizados por Mel mediante iniciativa própria e busca ativa.

No que se refere à negligência no manejo da dor e à insuficiência de orientações durante a assistência, o componente racial emerge como um marcador central de vulnerabilidade para a vivência dessas violências. Embora esta pesquisa não tenha incluído perguntas relativas à autodeclaração racial, uma vez que a escuta das adolescentes teve como foco a experiência da internação até aquele

momento, torna-se analiticamente relevante considerar os processos de racialização que atravessam o cuidado em saúde e estruturam práticas institucionais desiguais.

Nesse sentido, as reflexões aqui apresentadas baseiam-se em uma heteroclassificação percebida por mim enquanto profissional de saúde, reconhecendo-se explicitamente os limites e implicações éticas desse procedimento. Tal escolha não busca definir identidades, mas evidenciar como determinadas características corporais socialmente racializadas operam como gatilhos para tratamentos diferenciados no interior das instituições. Trata-se, portanto, de um recurso analítico voltado à compreensão do racismo institucional, e não de uma atribuição identitária às participantes.

A partir desse enquadramento, Mel poderia ser socialmente identificada como uma menina negra. Alguns elementos de sua trajetória assistencial merecem destaque: o trabalho de parto prolongado, a ausência de orientações adequadas e de medidas efetivas para o manejo da dor, bem como o sentimento de abandono durante o trabalho de parto, interrompido apenas com a chegada do médico que foi posteriormente elogiado por ela. Esses aspectos, quando analisados em conjunto, apontam para uma experiência marcada pela negligência e pela descontinuidade do cuidado, especialmente em um momento de elevada vulnerabilidade física e emocional.

A vivência de Mel encontra correspondência nos achados do estudo conduzido pela Fiocruz, intitulado de forma emblemática *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. Os autores demonstram que mulheres negras são sistematicamente mais expostas a práticas de negligência e cuidado precário durante o pré-natal, o parto e o pós-parto. O estudo evidencia ainda que, embora a obstetrícia brasileira seja predominantemente intervencionista, algumas intervenções consideradas inadequadas pelo Ministério da Saúde acabam sendo traduzidas, no cotidiano dos serviços, como formas de cuidado aproximado (LEAL *et al.*, 2017).

Os resultados indicam que mulheres pretas e pardas apresentam maiores prevalências de parto pós-termo, o que pode sinalizar menor frequência de cesarianas mesmo quando clinicamente indicadas, enquanto mulheres brancas são

submetidas a esse procedimento com maior frequência, inclusive na ausência de indicação clara. Além disso, mulheres pretas e pardas recebem menos analgesia, menos orientações e apresentam maiores chances de peregrinação em busca de atendimento durante o trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2017).

Esses achados dialogam diretamente com a experiência vivida por Mia, que, sob a heteroclassificação desta pesquisadora, poderia ser socialmente identificada como uma menina parda, categoria que, no contexto brasileiro, integra a população negra. Assim como descrito na literatura, sua narrativa revela lacunas informacionais, sofrimento não manejado e sensação de desamparo, compondo um padrão que não pode ser compreendido como episódico ou individual, mas como expressão de desigualdades estruturais.

Tais diferenças no cuidado estão associadas à persistência de percepções sociais racistas que atribuem supostas diferenças biológicas intrínsecas às pessoas em função da raça. Entre essas concepções, destaca-se a ideia de que pessoas negras seriam mais resistentes à dor. A pesquisa *Nascer no Brasil*, base empírica do estudo da Fiocruz, registra inclusive situações em que profissionais de saúde verbalizam abertamente a crença de que mulheres pretas teriam uma pelve “mais adequada” para o parto vaginal, argumento mobilizado para justificar a não oferta de analgesia (LEAL *et al.*, 2017). Essas racionalidades revelam como o racismo se inscreve nas práticas clínicas, legitimando a imposição do sofrimento e naturalizando a negligência como forma de regulação dos corpos racializados.

Admitindo-se que a ação de dispositivos de poder na manutenção da subalternidade racial de determinados grupos constitui um mecanismo estruturante da sociedade brasileira, que perpassa e organiza outras formas de desigualdade, Sueli Carneiro contribui para essa discussão ao sustentar que essa dimensão do poder deve ser nomeada, e formula o conceito de dispositivo de racialidade. Nesse sentido, a regulação das populações, tal como descrita por Michel Foucault no âmbito do biopoder, opera de maneira diferencial segundo a raça (CARNEIRO, 2023).

Como exemplo, ao se afirmar que o procedimento de cesariana requer indicação clínica precisa e que sua realização, no Brasil, excede amplamente os

parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, evidencia-se a existência de uma preferência cultural e institucional por esse tipo de intervenção. Recomenda-se uma taxa entre 10% e 15%, considerada compatível com a incidência de condições clínicas que indicariam o procedimento de forma adequada. No Brasil, essa taxa gira em torno de 60% (OMS, 2015; AGUIAR et al., 2025).

A distribuição desse procedimento, contudo, não ocorre de forma equitativa. Embora, em termos estatísticos, a incidência de cesarianas entre mulheres negras possa se aproximar mais dos percentuais considerados ideais, por se manter relativamente mais baixa, tal dado não deve ser interpretado como indicador de maior qualidade do cuidado. Ao contrário, essa aparente adequação pode ocultar barreiras de acesso e situações em que o procedimento, mesmo quando clinicamente indicado, não é realizado. Essa população permanece mais exposta a experiências de dor, negligência e desassistência. Assim, mais do que uma preferência cultural, observa-se a atuação de um conjunto de práticas e racionalidades que ampliam o acesso a intervenções para alguns, inclusive quando não há indicação clínica, ao mesmo tempo em que o restringem quando necessário para outros.

Não temos elementos suficientes para afirmar que o caso de Mel se configurava como uma dessas situações de indicação ignorada de cesariana; no entanto, a partir de seu relato, podemos inferir que o tempo de sofrimento poderia ter sido minimizado por meio de uma atenção mais próxima e de melhores direcionamentos.

Quanto às especificidades do dispositivo de racialidade no interior dos dispositivos de poder, segundo Sueli Carneiro, destaca-se sua função estratégica de diferenciação entre aqueles que devem viver e aqueles que devem morrer (CARNEIRO, 2023). Não compreendemos essa formulação em sentido estrito, embora ela ainda se manifeste, por exemplo, na ação militar em favelas. Entendemos, antes, que tal diferenciação pode operar também pela inação, quando o outro é abandonado ao risco de morte, o que contribui para o elevado número de mortes evitáveis nessa população, especialmente quando marcadores de gênero e raça se articulam na experiência do parto, como bem ressalta a autora.

Chegou com 4 cm de dilatação e disse ter sido acompanhada de maneira próxima até atingir os 8 cm. A profissional perguntou o tipo de música que ela gostava, para colocar durante o trabalho de parto (Anotações da entrevista de Ana, 17 anos).

No caso de Ana, o contraponto da experiência negativa ocorreu posteriormente, durante sua permanência na maternidade, e fez com que nenhuma outra queixa relacionada à triagem ou ao parto fosse mencionada. Ela relata que suas dificuldades estiveram ligadas exclusivamente à convivência com as demais mães da enfermaria, todas mais velhas e, em sua maioria, com história de gestação anterior. Ana enfrentou problemas para amamentar, e seu bebê chorava muito. Ela tinha a sensação de que as outras mães se incomodavam, a observavam e comentavam sobre ela. Algumas falas lhe foram dirigidas diretamente, como a afirmação de que seu peito “empedrará”, de que seria melhor entregar o bebê para outra mulher amamentar, algo totalmente contraindicado, e o desencorajamento para buscar ajuda das profissionais sob o argumento de que isso atrasaria sua alta. Em um momento de grande angústia, ela procurou o banco de leite e recebeu um atendimento de qualidade.

Com dificuldades na amamentação e na convivência em enfermaria, ela mesma foi ao banco de leite pedir auxílio, muito sensível e chorosa. Disse que aquele foi o lugar onde se sentiu melhor acolhida. As fonoaudiólogas lhe ajudaram, ensinaram, orientaram. No momento em que a entrevista foi realizada, ele já estava mamando melhor. (Anotações da entrevista de Ana)

As situações descritas configuram uma experiência de violência simbólica e moral, produzida nas relações entre usuárias, em um espaço marcado por hierarquias etárias, experiências reprodutivas prévias e expectativas normativas sobre a maternidade. Sob a heteroclassificação desta pesquisadora, Ana poderia ser socialmente identificada como uma menina branca. Essa localização racial não elimina sua condição de vulnerabilidade enquanto adolescente puérpera, mas parece deslocar o eixo da violência vivenciada: ao contrário das demais participantes, cujas narrativas evidenciam práticas de negligência, punição e não reconhecimento operadas diretamente pela instituição, a violência relatada por Ana manifesta-se de forma mais difusa, relacional e não institucionalizada, ainda que ocorra no interior do espaço hospitalar.

Essa diferença não deve ser interpretada como ausência de violência, mas como expressão de distintos regimes de produção do sofrimento. No caso de Ana, a violência emerge como efeito da internalização das normas institucionais e morais por outras usuárias, que passam a reproduzir discursos disciplinadores sobre o corpo materno, a amamentação e o lugar da adolescente nesse espaço. Assim, o dispositivo de poder não atua apenas por meio da equipe de saúde, mas também se difunde nas relações horizontais, produzindo vigilância, correção e silenciamento entre as próprias mulheres.

Como afirma Michel Foucault, ao elencar precauções metodológicas para o estudo do poder, não se trata de algo homogêneo e fixo, a partir do qual se possa separar aqueles que o possuem daqueles que não o possuem. Trata-se de algo que circula, que funciona em cadeia, e que o indivíduo pode, ao mesmo tempo, sofrer sua ação e a exercê-la sobre outros (FOUCAULT, 2014). Nesse sentido, ao considerarmos os marcadores de vulnerabilidade para o risco de sofrer violência em ambiente hierarquizado como o hospitalar, podemos afirmar que, no caso de Ana, estava ausente um marcador determinante: a racialidade negra. Por essa razão, a ação do poder incidiu de modo distinto, manifestando-se predominantemente nas relações entre pares, que, em comparação a ela, detinham maior credibilidade epistemológica associada à condição adulta.

Não houve, nesse caso, exposição direta ao risco de morte; ao contrário, observou-se cuidado próximo, atenção às singularidades e até a oferta de elementos de conforto, como a música no momento do parto. Ainda que Ana seja interpelada como um corpo dissidente, por ser adolescente, a branquitude opera como elemento de proteção diferencial, atenuando formas mais letais ou negligentes de violência e possibilitando o acesso a determinadas benesses institucionais. Nesse contexto, torna-se mais fácil tolerar ou “perdoar” o desvio representado por esse corpo.

Embora esta seção seja dedicada às boas experiências relacionadas ao período de internação por ocasião do parto, constatamos que esses momentos foram pontuais e funcionaram apenas como pequenos alívios diante das tensões acumuladas. Todo o contexto que os circunda se aproxima dos relatos descritos por Junqueira *et al.* (2022), que identificaram a predominância de sentimentos negativos

por parte das adolescentes puérperas, como medo, ansiedade, abandono, insegurança e impotência, decorrentes de uma assistência negligente, desumanizada, sem vínculo e com poucas orientações (JUNQUEIRA *et al.*, 2022).

Em consonância com os conceitos de dispositivo de poder e dispositivo de racialidade, tais experiências não podem ser compreendidas como falhas individuais ou episódios isolados, mas como efeitos de um mecanismo estrutural que regula corpos e trajetórias consideradas desviantes, operando por meio de práticas disciplinares e punitivas naturalizadas no cotidiano institucional. Nesse contexto, a violência manifesta-se menos por atos explícitos e mais pela omissão, pela imposição do sofrimento e pela negação sistemática de reconhecimento, produzindo sujeitos desautorizados em sua condição de fala, dor e direito ao cuidado, sendo que o racismo institucional perpassa e intensifica esses processos.

As diferenças observadas entre os relatos anteriores e o último não indicam ausência de violência neste, mas distintos regimes de sua produção, modulados por raça, idade e trajetória reprodutiva, confirmando que o sofrimento experimentado pelas adolescentes é atravessado por mecanismos estruturais de poder que definem, de maneira desigual, quem pode ser reconhecida, cuidada e protegida no interior das instituições de saúde.

7 FALHA DE COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL: repetição de questionamentos e a revitimização

Dois cenários contribuíram para a constituição deste tema: a repetição das mesmas perguntas como parte da anamnese rotineira e a repetição com caráter investigativo, que acabou gerando um processo de revitimização. Em ambos os casos, evidenciaram-se falhas de comunicação interprofissional, bem como sinais de despreparo e descuido. Informações pessoais básicas, geralmente fornecidas na admissão e registradas no prontuário eletrônico, não deveriam ser solicitadas repetidamente a cada novo contato. Quando isso ocorre, revela-se uma desorganização do serviço, seja porque o sistema não é devidamente alimentado, seja porque o profissional não consulta o prontuário antes do atendimento. Tal prática compromete a eficiência do cuidado e impõe desgaste desnecessário à paciente.

Aí tavam me fazendo perguntas, e não tem como uma mulher ali tá sentindo dor e ainda responder. Aí toda hora tavam me fazendo pergunta... (Essas perguntas que você respondeu, precisou responder de novo?) Aqui precisou. Precisou de novo. [Fala da mudança de setor, do Centro Obstétrico para a Maternidade] (Lua, 16 anos)

A exigência reiterada de respostas verbais em contextos de dor intensa revela uma dissociação entre o reconhecimento do corpo em sofrimento e as demandas institucionais de produção de informação. Tal insistência configura uma forma de violência institucional, na medida em que subordina a experiência corporal da adolescente ao fluxo burocrático do serviço. A gravidade desse processo se intensifica quando a própria adolescente relata que as mesmas perguntas, respondidas com dificuldade durante o trabalho de parto, voltaram a ser feitas após a mudança de setor. Somado a isso, ela se refere às perguntas feitas como “besteiras”, quando pergunto o que quer dizer com besteira, ela diz que eram perguntas aleatórias, que seu acompanhante poderia responder por ela. Esse dado evidencia que não se tratava de informações urgentes das quais dependesse o cuidado imediato, mas de uma prática rotineira desarticulada, que impôs sofrimento adicional e desnecessário.

Era isso que eu também achei estranho. Parece que eles não colhem a informação e colocam no sistema, e aí quando a pessoa

vai lá, tipo, vamos supor o médico, entendeu?! Hoje é uma pediatra e amanhã é outra, aí a pediatra colhe uma informação minha e não põe lá no sistema, pra quando a outra pediatra de amanhã vim, ler lá no sistema e já saber, entendeu? As pediatras, tipo, uma fala uma coisa, o outro fala outra, o outro fala outra, o outro fala outra. É desse jeito. Toda vez eu tenho que repetir, toda vez a mesma história. Porque eles parecem que não se comunicam entre eles, entendeu? E aí tem vezes que você vai explicar como o outro falou, e aí, te respondem ainda com ignorância (Mel, 13 anos).

Alguns estudos falam da comunicação interprofissional como parte de uma colaboração interprofissional, que otimiza os serviços e leva a melhores resultados em saúde, alinhados à proposta de uma atenção integral e de qualidade. Essa colaboração interprofissional envolve ainda o cuidado centrado no paciente e em seu contexto de vida, clareza de papéis profissionais e liderança colaborativa, elementos que ampliam a dimensão do cuidado e promovem a corresponsabilização, incluindo o próprio paciente no processo (KWIATKOWISKI *et al.*, 2022; DINIZ, MELO e VILAR, 2021). Em contrapartida, a ausência desse tipo de comunicação é frequentemente associada a atrasos na assistência, erros de medicação e outros eventos adversos (ARAÚJO *et al.*, 2024; MANIAS *et al.*, 2019).

A corresponsabilização do paciente em seu processo de cuidado implica potencializar sua autonomia informada e sua participação no campo decisório; contudo, tal princípio não pode ser confundido com a transferência unilateral da responsabilidade pela produção e circulação da informação. Ao exigir que a adolescente repita incessantemente sua história, o serviço desloca para o sujeito a tarefa de integrar o cuidado, revelando uma falha ética que se soma à desorganização institucional. Essa dinâmica não apenas compromete a qualidade da atenção, como também produz desgaste adicional em um contexto marcado por dor e vulnerabilidade.

Nesse cenário, a tecnologia das relações, tal como formulada por Merhy, é capturada por uma lógica burocrática que esvazia o trabalho em saúde de sua dimensão fundamental: o trabalho vivo em ato. Ao distinguir três modalidades de tecnologias no fazer em saúde - duras, leve-duras e leves, Merhy (2005) destaca que são justamente estas últimas, centradas no encontro, no vínculo e na escuta, que operam como eixo estruturante do cuidado. A crítica elaborada por Sodré e Rocon (2023) à nomenclatura de “tecnologias leves” não nega sua centralidade,

mas problematiza o risco semântico de associá-las a menor densidade ou conflito. Ao contrário, os autores ressaltam que essas tecnologias são atravessadas por intensos tensionamentos éticos, políticos e relacionais, sendo decisivas para o acesso, a permanência e a experiência dos usuários nos serviços de saúde. Assim, quando a comunicação se reduz à repetição protocolar de perguntas, observa-se não apenas uma falha técnica, mas a captura e a neutralização de uma dimensão do cuidado que deveria sustentar a integralidade da atenção (MERHY, 2005; SODRÉ e ROCON, 2023).

No caso de pacientes potencialmente vítimas de violência sexual, a falha de comunicação interprofissional pode gerar revitimização como um dos efeitos adversos. Para prevenir esse tipo de violação, foram instituídos a Lei nº 13.431/2017 e o Decreto nº 9.603/2018, que a regulamentam. Esses instrumentos distinguem os dois modos de ouvir crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência: a Escuta Especializada, realizada perante órgão da rede de proteção (saúde, assistência social, educação, segurança pública etc.), com relato limitado ao estritamente necessário para cumprimento da sua finalidade; e o Depoimento Especial, realizado perante autoridade policial ou judiciária, com regras específicas e, sempre que possível, captado em única oitiva. A lei exige que os órgãos da rede adotem fluxos integrados e coordenados para garantir atendimento ágil, acolhedor, adequado e com o mínimo de intervenções, a fim de evitar revitimização e garantir proteção integral (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; CHILDHOOD BRASIL, 2023).

A criação da Lei, portanto, foi impulsionada pela constatação de que uma rede de proteção não articulada favorece a revitimização. No entanto, observamos neste estudo que sua efetiva implementação enfrenta entraves que vão além da integração intersetorial: a revitimização também pode ocorrer dentro de um mesmo cenário de cuidado, produzida por profissionais que atuam próximos uns dos outros, mas não compartilham informações que poderiam poupar a adolescente de repetições desnecessárias. Em alguns casos, isso ocorre até mesmo por parte de um único profissional, que retorna aos mesmos questionamentos, seja para confirmar o relato, seja por aparente descrédito à palavra da vítima, contrariando o princípio da escuta limitada ao estritamente necessário previsto na legislação.

Em sua declaração, Mel levanta a hipótese de que a repetição das mesmas perguntas decorre da desorganização do serviço e da alimentação inadequada do sistema de informações. Contudo, considerando que essa repetição também ocorreu por parte de um mesmo profissional, torna-se pertinente supor que o descrédito conferido à palavra da adolescente funcione como motivação para a constante necessidade de confirmação. Tal prática pode ser interpretada como uma forma de injustiça epistêmica, na medida em que o sujeito é sistematicamente alvo de desconfiança enquanto fonte legítima de conhecimento sobre a própria experiência (FRICKER, 2023). Ao não reconhecer a narrativa previamente apresentada, a instituição posiciona a adolescente em um estado permanente de suspeição, exigindo reiteradas validações de sua fala. Essa dinâmica configura, ainda, uma negação de reconhecimento moral nos termos de Honneth, uma vez que a adolescente é privada de estima social e passa a ocupar o lugar de alguém cuja palavra necessita ser continuamente verificada e corrigida.

Esses conceitos foram elaborados, no contexto da racialidade, por Sueli Carneiro, que denomina como epistemicídio toda forma de desqualificação dos saberes de grupos subjugados, o que inclui também os conhecimentos advindos da própria experiência. Nesse caso, trata-se de uma forma de injustiça epistêmica testemunhal, tal como formulada por Miranda Fricker, operada pela dimensão racial. Em termos mais amplos, uma das manifestações do próprio epistemicídio (CARNEIRO, 2023; FRICKER, 2023).

É importante salientar que, mesmo em situações que oferecem elementos suficientes para suscitar dúvidas quanto à palavra do profissional, como falas desencontradas, quando a adolescente busca confirmar informações previamente comunicadas, sua atitude não é bem recebida, por ser interpretado como ato de desconfiança. No entanto, nesse caso não se trata de injustiça epistêmica, tal como formulada por Miranda Fricker, uma vez que sua desconfiança encontra respaldo em inconsistências efetivas no discurso profissional e se insere em uma relação assimétrica de poder, na qual o profissional detém maior autoridade. Sua tentativa de verificação é deslegitimada, tratada como expressão de ignorância, e aqui sim pode ser encontrada a injustiça.

Ela ainda pediu pra minha mãe vir aqui, né, pra conversar sobre esse fato, né?! Aí minha mãe até veio. Aí ela perguntou, e sua mãe é ciente disso? Aí eu falei que sim. Aí ela me fazia mais duas perguntas e voltava nessa mesma pergunta (Lia, 14 anos).

Porque ela, a assistente social, ela tinha me perguntado tudo, né?! Se eu usava alguma coisa durante a gravidez, se eu tinha usado alguma coisa e eu respondi todas as perguntas dela. Eu achei um abuso ela vim falar, como já foi passado tudo pra ela, ela já sabe de tudo. Então, foi uma falta de respeito ela vim me falar isso, sendo que ela sabe que eu não uso nada e que eu... Durante a gravidez também não usei nada. Ela vir insinuar essas coisas... (Lia, 14 anos).

Nessa última fala, a adolescente descreve um episódio previamente relatado por sua acompanhante, que evidencia discriminação. Ao ser questionada sobre a possibilidade de alta, a enfermeira insinuou que o desejo da paciente de deixar o hospital estaria relacionado a um suposto quadro de “abstinência”, tomando-a como usuária de drogas. Tal inferência revela a presença de estigmas que adentram a prática assistencial e que podem moldar a forma como profissionais interpretam comportamentos de adolescentes, sobretudo em contextos marcados por desigualdades sociais.

Conforme argumenta Fricker, a injustiça epistêmica nem sempre se manifesta por meio da rejeição explícita da credibilidade do interlocutor, podendo operar de modo dissimulado, por meio de interpretações alternativas e enviesadas acerca de suas motivações, interesses ou das causas de seus comportamentos. Nesse caso, a imagem hegemônica da adolescência associada à rebeldia, somada à condição de moradora da periferia e à heteroclassificação social de sua aparência como a de uma menina negra, constitui um conjunto de marcadores que contribuem para a produção do estereótipo mobilizado pela profissional, sustentando práticas preconceituosas.

A adolescente demonstra ainda inconformidade diante do fato de já ter afirmado, na entrevista inicial, que não fazia uso de drogas, e de perceber que a insinuação foi feita apesar desse esclarecimento prévio. Do ponto de vista analítico, é possível supor que não tenha havido sequer disposição para considerar sua narrativa: o comentário revela-se irrefletido e carrega preconceitos que podem não operar em nível plenamente consciente. Embora Fricker enfatize o desenvolvimento de virtudes epistêmicas individuais como condição para a justiça epistêmica, a

autora reconhece que, em situações nas quais o preconceito atua de forma não consciente, torna-se necessário o acionamento de mecanismos institucionais de responsabilização e sanção, capazes de produzir um estado de alerta e correção das práticas.

É relevante assinalar que nenhuma das adolescentes com 14 anos ou menos informou ter sido vítima de violência sexual, para elas, o relacionamento era percebido como consensual. Nesse cenário, a repetição insistente de perguntas sobre violência, aliada à presunção de condutas desviantes, produziu um sentimento de incômodo e reforçou mecanismos de revitimização. O atendimento, assim, mostrou-se orientado por uma lógica comunicacional menos pautada na escuta qualificada e mais marcada pela suspeição. Trata-se de um processo que não apenas fragiliza a relação de cuidado, mas também reforça desigualdades sociais e legítimas práticas de controle e punição disfarçadas de proteção e assistência.

ele (o genitor) ficou lá e ela ficou fazendo a mesma pergunta pra ele. "Ah, mas você sabe que isso é errado, você sabe que não pode." Tipo, já botando muita pressão assim em cima dele. E eu acho isso muita falta de respeito, porque quem olha assim acha que eu sou a primeira, mas não é. Sei que isso ocorre muito aqui, pra ela ter cismado tanto assim comigo. Eu tô muito mal (...) falou tanta coisa que ele se sentiu tão assim que nem aqui mais ele tá vindo. Com medo e também porque... Ela falou tanta coisa que deu a entender várias coisas, né, do que ela falou. Ai, tanto que ele não tá vindo mais aqui, nem me ver, nem ver o neném. Por isso, pelas palavras dela. Que pesou muito aqui, né?! (Lia, 14 anos)

As práticas comunicacionais descritas não produzem apenas desconforto subjetivo, mas geram efeitos concretos sobre a rede de apoio das adolescentes, incidindo diretamente sobre seus vínculos afetivos e sobre o processo de cuidado. Trata-se de um cenário que não é suficientemente contemplado nos protocolos, quando a adolescente não se reconhece como vítima e refere estabelecer uma relação afetiva com a pessoa apontada como suspeita. No caso de Lia, a diferença etária é expressiva, ela tinha 14 anos na data da entrevista e o parceiro 30 anos. O sofrimento desencadeado pela separação abrupta, motivada por intervenções discursivas moralizantes, revela um dano adicional que não se mostra necessário nem proporcional neste momento do cuidado em saúde.

Conforme definido pela *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência*, a violência sexual compreende “todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obtenção de satisfação sexual, no qual o autor se encontra em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais avançado” (MS, 2014). À luz dessa definição, não resta dúvida de que a situação em questão se enquadra como violência sexual segundo os marcos legais e normativos vigentes. Contudo, o ponto central que emerge da narrativa de Lia não é a negação da tipificação legal, mas a forma como a abordagem foi conduzida: marcada pela ausência de escuta especializada, pela repetição insistente de questionamentos e pela adoção de medidas investigativas e de afastamento do suspeito por profissionais e instâncias que não detêm atribuição legal para tal.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei nº 13.431/2017 e o Decreto nº 9.603/2018 são explícitos ao estabelecer que a aplicação de medidas protetivas e cautelares, como o afastamento do suposto autor da violência, compete às instâncias do Poder Judiciário em atuação articulada com o Conselho Tutelar (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). No caso analisado, observa-se um atropelamento desses fluxos institucionais, com a antecipação de efeitos punitivos antes mesmo da emissão de parecer ou deliberação pelos órgãos competentes.

Além disso, a insistência interrogativa, a restrição do espaço de escuta e o tom moralizador adotado na abordagem configuram práticas incompatíveis com os princípios da escuta especializada, tal como preconizados pelo *Guia de escuta especializada: conceitos e procedimentos éticos e protocolares* ou o *Guia de Referência para Capacitação em Escuta Especializada e Depoimento Especial* (SANTOS e GONÇALVES, 2020; CHILDHOOD BRASIL, 2023). Essas práticas produzem uma forma de punição difusa que extrapola o corpo da adolescente, alcançando seus vínculos afetivos e ampliando o sofrimento psíquico em um contexto que deveria priorizar proteção integral, acolhimento e cuidado, evitando processos de revitimização institucional.

Gente, aconteceu, já aconteceu. E assim, quem vai decidir é lá pra frente, não é elas que têm o direito de decidir se entra ou se sai, não é elas que têm o direito de julgar, é quem vai tratar a situação (...) até isso, no dia em que aconteceu isso, a pressão dela subiu, porque

ela ficou muito nervosa. Ela tava chorando de soluçar na hora que eu cheguei, ela tava chorando de soluçar. Como se tivesse numa delegacia, sendo que não chegou nem... Entendeu?! Então tá errado isso (Acompanhante de Lia, apresentada como sua cunhada).

Uma escuta qualificada, conforme orientam as diretrizes de atenção integral, pressupõe o reconhecimento da narrativa do sujeito em seus próprios termos, sem coerção, julgamento ou correção moral. No caso da adolescente reconhecida como vítima de violência sexual, a modalidade indicada é a escuta especializada, que incorpora esses mesmos princípios, acrescidos de cuidados específicos quanto à proteção da privacidade, à garantia da livre expressão e ao comedimento dos questionamentos, os quais devem se limitar ao estritamente necessário para o cumprimento de sua finalidade no provimento de cuidados e proteção (SANTOS e GONÇALVES, 2020; CHILDHOOD BRASIL, 2023).

A situação apresentada evidencia um problema já previsto e explicitamente abordado no *Guia de Referência para Capacitação em Escuta Especializada e Depoimento Especial*, ao apontar que “a falta de um pacto de quem escuta a criança ou adolescente sobre ‘o que’ faz com que todos ‘investiguem’ o fato ocorrido e poucos ‘escutem’ verdadeiramente a criança ou o adolescente” (SANTOS; GONÇALVES, 2020). No atendimento descrito, observa-se um distanciamento significativo das diretrizes da escuta especializada, uma vez que a adolescente não foi ouvida em ambiente privado, não lhe foi assegurado espaço para livre expressão e os questionamentos foram substituídos por reiteradas admoestações de cunho moral e jurídico.

Esse problema interpretativo em torno da escuta especializada é amplamente discutido no estudo de Dias *et al.* (2023), que o atribuem à lógica punitivista historicamente associada ao menorismo, a qual ainda persiste sob a forma de sequelas institucionais. Nessa perspectiva, crianças e adolescentes passam a desempenhar papéis instrumentais, como testemunhas, vítimas ou lócus de coleta de material probatório, e tornam-se prioridade secundária frente aos efeitos morais e punitivos pretendidos pelos adultos, mais orientados a punir do que a cuidar. Em contraposição a essa herança, os autores reafirmam a necessidade de uma capacitação ampla e difusa para a realização da escuta especializada, de modo que todos os profissionais que tenham contato com possíveis vítimas ou testemunhas de

violência saibam o que dizer, o que evitar e quais encaminhamentos são compatíveis com a proteção integral e com a não revitimização (DIAS *et al.*, 2023).

Conforme as recomendações vigentes, caberia à profissional escutar a adolescente de forma individualizada, acolher sua narrativa e restringir os questionamentos ao necessário para o seguimento do cuidado, tanto dela quanto do bebê, e para a adoção das medidas legais cabíveis, incluindo a notificação ao Conselho Tutelar. Este último procedimento deveria ter sido previamente informado e devidamente esclarecido à adolescente, conforme o que determina a Lei nº 12.015/2009.

Em sentido oposto, o que se produziu foi uma inversão da lógica da escuta: a adolescente não foi ouvida, mas submetida a um discurso unilateral, na presença daquele a quem se refere como namorado. Longe de promover proteção, essa abordagem intensificou o medo, levou à aceitação do afastamento por parte do genitor pela ameaça implícita e produziu, como efeito subjetivo, a vivência de abandono por parte da adolescente. Para ela, que acabara de se tornar mãe, o atendimento não apenas falhou em garantir cuidado e escuta, como também inaugurou o temor de exercer a maternidade em solidão.

No entanto, é preciso considerar que esse comportamento também pode ser influenciado por pressões institucionais e interpessoais exercidas no interior da equipe. Relato, a seguir, um episódio vivenciado durante o trabalho de campo que contribui para compreender essa dinâmica. Quase todas as adolescentes participantes do estudo foram abordadas e convidadas para a pesquisa enquanto estavam internadas na maternidade, com exceção de uma, que se encontrava na enfermaria da Pediatria. A cada visita ao setor, eu me apresentava no posto de enfermagem e solicitava autorização para conversar com as adolescentes internadas. Em uma dessas ocasiões, uma enfermeira que já me conhecia e tinha ciência do projeto, antes de permitir o acesso às enfermarias, dirigiu-se a mim com a seguinte indagação: “E aí?! Ninguém faz nada?! Por mim, essas pessoas já saíam daqui presas”, referindo-se à mãe, tomada como negligente, e ao genitor.

A violência institucional observada nesse atendimento pode ser compreendida, em termos foucaultianos, como uma manifestação do dispositivo de

poder, na medida em que o saber técnico-jurídico é mobilizado para regular condutas, disciplinar corpos e definir, de forma unilateral, os limites do aceitável nas relações afetivas e reprodutivas da adolescente (FOUCAULT, 1999). Essa racionalidade se articula a uma lógica de tutela moral, pela qual a profissional ocupa uma posição de autoridade que substitui a escuta pela correção normativa, reduzindo a adolescente à condição de objeto de intervenção e não de sujeito de direitos. Assim, a ausência de escuta especializada não apenas compromete a efetividade da proteção institucional, como também aprofunda processos de desvalorização simbólica e sofrimento moral, especialmente em um momento marcado pela intensificação da vulnerabilidade social.

tipo assim, as perguntas que elas faziam, elas já eram as mesmas que tinham me encaminhado, antes de eu ter a neném, pra minha própria psicóloga, pra saber a verdade de quando eu engravidei. Aí, toda vez, era sempre a mesma pergunta, aí eu ficava agoniada pra responder, porque eu já não aguentava mais, não aguentava. Foi mais de 20 vezes, foi no HMIB, lá no CREAS tem um negócio de psicóloga, num tem?! Lá também, aí todo dia eles sempre faziam as mesmas perguntas. Num tinha exceção de nada (Bia, 14 anos).

Grande parte da interação entre as profissionais e as adolescentes mais jovens pareceu orientada à correção do entendimento delas sobre sua própria experiência. No caso de Bia, que já vinha sendo acompanhada pelo Conselho Tutelar antes da internação para o parto, esse movimento se sobrepõe a um histórico prévio de intervenções institucionais. Já no caso de Lia, não há menção a qualquer oitiva anterior, o que sugere que a comunicação sobre a obrigatoriedade de notificação ocorreu apenas naquele momento, em meio ao processo de parto e puerpério imediato.

A insistência em uma assimilação forçada da noção de violência articula dois efeitos: a imposição de um enquadramento jurídico-moral que a adolescente ainda não é capaz de elaborar e a produção de sofrimento adicional em um contexto já marcado por vulnerabilidade emocional. Lia chora ao relatar a interrupção das visitas do genitor, o que evidencia que, para ela, o vínculo com esse adulto não é interpretado como violento. Embora não restem dúvidas quanto à materialidade do crime, exigir o reconhecimento da experiência como violência sexual naquele momento ultrapassa o que seria esperado de uma escuta especializada.

A *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência* orienta que o atendimento seja guiado por acolhimento, escuta, notificação e encaminhamento à rede de proteção, assegurando a continuidade do cuidado. O acolhimento, em qualquer nível de atenção, pressupõe uma escuta que valorize a narrativa da criança ou do adolescente, respeitando seu tempo subjetivo e sua capacidade de compreensão (MS, 2014). Como dito, é dever dos profissionais informar a obrigatoriedade da notificação e explicar, com clareza e sem coerção, o que a legislação dispõe. No entanto, não compete ao atendimento em saúde forçar que a adolescente reconheça ou sinta-se vítima naquele momento.

As reações de Lia diante da tentativa de imposição de um entendimento sobre ter sido vítima de violência sexual dialogam com os achados de Costa *et al.* (2020), que investigaram as percepções de 132 estudantes do ensino médio, distribuídos em 13 grupos focais em um município do Rio de Janeiro. Os adolescentes discutiram temas como iniciação sexual, idade considerada adequada para o início das relações, critérios para definir violência sexual e o conhecimento sobre a legislação vigente. Assim como Lia e as demais participantes deste estudo, esses adolescentes também consideravam inadequado o critério etário como definidor exclusivo de violência (COSTA *et al.*, 2020).

Eles entendiam que, na presença de consentimento e sensação de segurança, a relação não configuraria violência sexual. A maioria desconhecia a legislação e demonstrou surpresa ao saber que ela inclui, além da conjunção carnal, “atos libidinosos” como forma de violência. Observou-se ainda uma diferença marcante entre os discursos por gênero: enquanto os meninos tendiam a um entendimento mais instrumental ou pragmático da sexualidade, as meninas apresentavam uma visão mais romântica da iniciação sexual, frequentemente associada à confiança, ao tempo de relacionamento e aos sentimentos envolvidos (COSTA *et al.*, 2020). Isso evidencia a necessidade de uma educação sexual e reprodutiva que, além de informar sobre as fisiologias do ato, busque dialogar com os sentidos atribuídos pelos próprios adolescentes às suas experiências, reconhecendo suas referências, mas também proporcionando compreensão das políticas e normativas que lhes dizem respeito.

As reações das adolescentes diante da insistência institucional em enquadrar suas experiências como violência sexual revelam um conflito entre diferentes regimes de sentido. De um lado, o regime jurídico, que opera a partir de critérios normativos e etários; de outro, o regime experiencial, no qual a sexualidade é interpretada a partir de afetos, confiança e contexto relacional. Esse descompasso não deve ser compreendido como ignorância ou negação da lei, mas como expressão de formas distintas de produzir significado sobre a própria experiência. A comunicação institucional que ignora esse conflito tende a produzir resistência, sofrimento e não reconhecimento, aprofundando a distância entre cuidado e indivíduo.

8 FRAGILIDADE NO ACOLHIMENTO E ESCUTA: quando as adolescentes tentam corrigir as falhas do serviço

Outro aspecto da comunicação intrahospitalar, para além daquele voltado à circulação de informações entre profissionais, refere-se à comunicação estabelecida diretamente entre os profissionais de saúde e as adolescentes, dimensão indissociável da prática do acolhimento. Conforme evidenciado nos relatos, a fragilidade nessa comunicação se expressa na limitada abertura para o esclarecimento de dúvidas e na ausência de preocupação sistemática com a compreensão das informações pelas adolescentes.

Tais elementos revelam um acolhimento restrito, reduzido à recepção técnica, sem a construção de um espaço de escuta qualificada e reconhecimento da adolescente como sujeito do cuidado. A insuficiência de diálogo compromete o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização, convertendo o encontro assistencial em uma relação predominantemente verticalizada. Uma das adolescentes relata, inclusive, nunca ter conversado com o médico, evidenciando que a ausência de comunicação não se configura apenas como falha informacional, mas como negação do acolhimento por parte dessa classe profissional.

*Questiono se a forma como o médico lhe explicava as coisas era acessível. *Aí era porque, tipo, geralmente não era nem o médico, né?! Era eu que ia lá na prescrição. Por que, geralmente, os médicos quando eu ia perguntar nem tavam lá na mesinha, aí era mais pra ver...* (Então, você buscava a informação?) *Sím.* (Entendi. Mas você conversou com eles em algum momento?) *Não.* (Nunca?) *Não.* (Trecho da entrevista com Bia, 14 anos)*

Ao ser questionada se sua mãe conseguia acessar informações diretamente junto à equipe médica, principal fonte de esclarecimento sobre perspectivas futuras e prognósticos, a adolescente relata que isso ocorreu apenas uma única vez, quando seu bebê precisou ser encaminhado à Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) em razão de um quadro de desconforto respiratório precoce, condição frequente entre recém-nascidos prematuros, como foi o caso de seu filho, nascido com 33 semanas de gestação.

A fragilidade do acolhimento evidencia-se no momento em que ela deixa de ser reconhecida como sujeito do cuidado e o recém-nascido passa a ocupar, de

forma quase exclusiva, o centro das ações de uma equipe altamente especializada e orientada predominantemente pelo saber técnico. Tal dinâmica contraria os princípios da integralidade e da humanização do cuidado, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde, ao desconsiderar que, no contexto da clínica ampliada, o cuidado ao bebê é indissociável do cuidado à mãe, especialmente quando se trata de uma adolescente em situação de vulnerabilidade.

Bia foi a única adolescente a assumir o papel de acompanhante do bebê internado na UCIN, enquanto as demais permaneceram na maternidade, aguardando a resolução de quadros infecciosos ou a realização de exames específicos, em regime de internação conjunta. Na maternidade, o cuidado se apresentava de forma mais compartilhada, uma vez que tanto as mães quanto os recém-nascidos eram reconhecidos como pacientes, tendo suas condições clínicas acompanhadas e avaliadas diariamente, inclusive no que diz respeito ao processo de recuperação após o trabalho de parto e a resposta aos antibióticos. Na UCIN, o contato mais próximo de Bia com a equipe multiprofissional se dava por meio da enfermagem, que buscava incluí-la na rotina dos cuidados ao bebê de modo a torná-la mais independente quando fosse de alta, mas sua visão sobre o futuro, pendências e prognósticos era obstruída pela falta de diálogo com a equipe médica.

Seu bebê permaneceu internado por dezenove dias, e ela permaneceu como sua acompanhante por todo esse período. A ausência de informações diretas e sistemáticas acerca das pendências que justificavam a permanência hospitalar foi algo que ela evidenciou em seu discurso. Trata-se de uma situação adversa, potencialmente geradora de ansiedade, que levou a adolescente a desenvolver estratégias próprias para compreender o estado de saúde do filho e, assim, reduzir o próprio sofrimento. Uma dessas estratégias consistiu em consultar a prescrição médica afixada ao lado da incubadora, documento no qual constavam dados como o peso atualizado, os medicamentos em uso, a quantidade de leite ofertada e a liberação ou não para estímulo em seio materno, bem como sua duração.

Paralelamente, a adolescente passou a dialogar com a equipe de enfermagem e, gradualmente, apropriou-se de informações clínicas básicas, aprendendo, por observação cotidiana, a importância do ganho ponderal. Registrava mentalmente os valores e os comparava dia após dia, inferindo, por exemplo, que a

ausência de progressão na dieta poderia estar relacionada à episódios de vômito ou distensão abdominal, mobilizando termos e referências adquiridos no próprio contexto da internação. Nesse processo, a adolescente assume de forma precoce e intensiva o papel materno socialmente esperado, deslocando o foco do cuidado de si para o bebê, em um movimento que, embora funcional para o enfrentamento da situação, também evidencia a invisibilização de suas próprias necessidades enquanto puérpera e sujeito de cuidado.

As estratégias desenvolvidas por Bia podem ser compreendidas como mecanismos de resistência. Conforme aponta Michel Foucault, “onde existe poder, existe resistência” e, para o autor, a resistência deve ser inventiva, móvel e produtiva, assim como o próprio poder (FOUCAULT, 2014). Nesse sentido, é possível compreender as relações estabelecidas como um campo estratégico, no qual diferentes forças se confrontam. De um lado, a classe médica que, mesmo sem consciência plena, atua para manutenção da dominação com o mínimo de esforço, para a preservação do outro subalterno e para a retenção da informação. Por sua vez, a adolescente mobiliza estratégias voltadas ao manejo da própria angústia, à construção de alianças com aqueles que se aproximam e, a partir dessas relações, à produção de sentidos que lhe permitam vislumbrar possibilidades.

A ausência de dispositivos institucionais sistemáticos de comunicação e escuta desloca para a adolescente a necessidade de produzir, por conta própria, meios de compreender a situação clínica do bebê e sustentar-se emocionalmente diante da internação prolongada. Nesse cenário, sua curiosidade, a capacidade de buscar informações, resolver problemas e estabelecer comunicação com diferentes perfis profissionais operam como fatores de proteção que permitem o desempenho de resistência e a construção de um relativo reequilíbrio frente ao fator estressor. Contudo, tais recursos não deveriam ser exigidos como condição para o acesso à informação e ao cuidado.

Bia buscou seu reequilíbrio por meio de um entendimento próprio e autônomo, assumindo a ausência de espaço para a escuta por parte da equipe médica como uma condição dada da instituição e, a partir disso, mobilizando vias alternativas de apoio. Outra participante, no entanto, não se acomodou à realidade

imposta e encontrou na insistência uma estratégia de enfrentamento e de resistência.

Mel, durante o período em que esteve internada na maternidade, percebeu que os atendimentos eram marcados pela pressa e, diante disso, passou a planejar suas perguntas, buscando concentrar suas demandas e insistindo na verificação de seu entendimento antes do encerramento da visita médica. Essa postura revela uma adaptação ativa ao ritmo institucional, na qual a adolescente reorganiza sua comunicação para garantir algum grau de compreensão, ainda que em um contexto pouco favorável ao diálogo.

Não, sempre tem pressa mesmo. Mas a época, eu acho que também tá muito corrido, né?! No hospital. Não sei, mas é sempre muito apressado tudo mesmo. (E aí você acha que você deixa coisas que você queria perguntar e você não pergunta? Ou você consegue falar tudo?) É, eu aproveito. Eu já sei que tá corrido, então eu falo logo tudo. (Trecho da entrevista com Mel, 13 anos)

Não, assim, eu entendo. Mas também quando eu não entendo, eu pergunto e eles falam direitinho (...) eu que tenho que perguntar pra saber se eu entendi. Alguns raramente perguntam, né? “Você entendeu?” (Trecho da entrevista com Mel, 13 anos)

Diferentemente de Bia, que encontrou apoio em categorias profissionais com maior permanência junto à paciente, Mel pareceu vivenciar maiores dificuldades na relação com essas mesmas categorias. Em sua narrativa, o contato breve com os médicos foi percebido como mais esclarecedor do que os momentos em que precisou lidar com as informações transmitidas pela equipe de enfermagem, descritas como unilaterais e pouco abertas à verificação da compreensão. Embora, em ambos os casos, não se observe uma preocupação dos profissionais quanto ao entendimento da adolescente, Mel demonstra maior tolerância e justificativa em relação à correria médica, ao passo que tece críticas mais contundentes à atuação da enfermagem.

Mas agora, mais na questão das enfermeiras... Elas vão passar as informações e tudo mais, mas não perguntam se entendeu não, só joga tudo em cima, a bomba em cima da gente e você que se cuida com a sua bomba. É desse jeito (Mel, 13 anos).

Para além de uma percepção subjetiva individual, esse contraste pode ser compreendido com base na hierarquização dos saberes no campo da saúde, na qual a palavra médica adquire maior valor simbólico e legitimidade. Tal hierarquia contribui para que a pressa seja naturalizada quando associada ao médico, enquanto a ausência de escuta, quando atribuída a outros profissionais, é vivenciada como descuido ou desorganização do cuidado.

Antes de esmiuçar essa característica cultural que produz diferentes percepções sobre uma mesma fragilidade, é importante destacar que, de modo geral, o emprego das tecnologias leves no serviço analisado parece restringir-se à mera transmissão de informações, em detrimento da produção de vínculo. Tal configuração, por si só, revela-se problemática. Considerando que a comunicação se constitui tanto por elementos verbais quanto não verbais, posturas mecanicistas e apressadas também comunicam sentidos: expressam expectativas de passividade por parte do paciente, reforçam relações autoritárias e produzem experiências marcadas pela frieza no cuidado.

Weston *et al.* (2023), ao revisarem estudos sobre a comunicação entre adolescentes hospitalizados e equipes de enfermagem, identificaram uma predominância de pesquisas realizadas em contextos de internação cirúrgica e psiquiátrica, o que limita a comparabilidade direta com o presente estudo. Ainda assim, os sentimentos e as perspectivas expressos pelos jovens nesses trabalhos mostram-se relevantes para a análise aqui desenvolvida. Os autores apontam que uma comunicação qualificada está associada ao aumento da satisfação, fortalecimento do senso de dignidade, redução da sensação de isolamento e do sofrimento durante a hospitalização. Em contraste, práticas comunicacionais fragilizadas tendem a comprometer a adesão ao tratamento, intensificar experiências de desconforto e insatisfação (WESTON, 2023). Esses achados dialogam diretamente com os relatos das participantes deste estudo, nos quais a comunicação unidirecional e débil emerge como elemento central na produção de desconforto e na necessidade de estratégias individuais de adaptação por parte das adolescentes.

Silva e Engstrom (2020), ao analisarem a atenção integral à saúde do adolescente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, evidenciam que muitos

profissionais operam a partir de concepções imprecisas sobre a adolescência, frequentemente mesclando referenciais do senso comum com noções científicas. Esse modo de compreensão contribui para a adoção de atitudes autoritárias, bem como de práticas disciplinares e normativas, que restringem os espaços de diálogo e escuta qualificada (SILVA e ENGSTROM, 2020).

Nessa lógica, consolida-se uma imagem prévia do adolescente como sujeito de difícil manejo, para o qual a firmeza e o controle seriam sempre necessários. Como consequência, instaura-se um ciclo vicioso no cuidado: as demandas juvenis deixam de ser reconhecidas em função da ausência de escuta, a adesão ao tratamento é comprometida e as tentativas de afirmação das próprias necessidades passam a ser interpretadas como confirmação da imagem de “adolescente difícil”, reforçando práticas pouco dialógicas e excludentes.

Para Silva (2002), o aspecto não verbal da comunicação refere-se aos sentimentos mobilizados na interação com o outro, e a humanização da assistência implica também o reconhecimento consciente desses processos e dos seus significados (SILVA, 2002). Os preconceitos e concepções prévias que o profissional carrega podem não se manifestar explicitamente na linguagem verbal, mas tendem a emergir de forma significativa na comunicação não verbal. No caso do paciente adolescente, frequentemente caracterizado pelo senso comum como problemático ou contestador, essa dinâmica pode se expressar por meio de menor disponibilidade para o diálogo e para a escuta, bem como pela abreviação das explicações, com o objetivo implícito de produzir obediência, e não compreensão.

Segundo a autora, a linguagem não verbal pode complementar, contradizer ou até substituir a linguagem verbal, além de revelar os sentimentos que emergem no momento do encontro assistencial. Tais efeitos podem ser percebidos de forma mais ou menos consciente pelo interlocutor; no contexto de fragilidade imposto pela internação, entretanto, essa percepção tende a se intensificar, tornando mais evidentes sinais de pressa, frieza, desdém e até irritação, especialmente quando o paciente resiste à posição passiva que lhe é socialmente atribuída. Como afirma Silva (2002), “não existe discurso de qualidade ou de humanização que se sustente se não colocarmos atenção na nossa comunicação verbal e não verbal; se não

tivermos a intenção de sermos mais inteiros quando estamos com as pessoas” (SILVA, 2002).

Em um momento da entrevista com Mel, ao ser questionada sobre seu entendimento acerca da permanência hospitalar, a adolescente inicia sua narrativa a partir de uma assunção espontânea de culpa pela infecção apresentada pelo bebê, movimento que remete a culpabilização materna que tende a individualizar o cuidado e responsabilidade pelos desfechos em saúde. No entanto, Mel revisa esse pensamento e passa a explicitar falhas no acompanhamento recebido na Atenção Primária à Saúde, deslocando a explicação do evento exclusivamente de si para o campo das responsabilidades institucionais.

É por conta que... Pelo fato de eu ter tido infecção urinária na minha gravidez, eu não cuidei direito. No caso, não é que eu não cuidei não, porque o pessoal do posto que eu fui é que não passaram remédio, nem o que tinha que fazer certinho. E aí a bactéria foi pro sangue da bebê. Aí ela tava tomando antibiótico, ela ficou na foto, ficou com 10 dias de antibiótico, o antibiótico dela acabou na segunda. Mas aí, a bactéria ainda não morreu, né?! (...) tá esperando o resultado da hemocultura e do hemograma pra ver se vai pôr mais antibiótico ou se a gente recebe alta (Mel, 13 anos).

Esse movimento de autocorreção não é trivial: ele evidencia uma capacidade reflexiva que permite à adolescente reconhecer os limites de sua agência e situar o adoecimento em uma rede mais ampla de práticas, decisões e omissões do sistema de saúde. Tal mecanismo pode ser compreendido como expressão de um recurso de resistência que não se reduz à adaptação passiva, mas que envolve recusa à lógica de responsabilização individualizante. Ao se negar a carregar sozinha o peso da infecção do bebê, Mel tensiona a expectativa social de que a mãe, mesmo sendo adolescente e pessoa em desenvolvimento, deva responder integralmente pelos resultados do cuidado. Nesse sentido, sua narrativa revela uma percepção clara sobre aquilo que extrapola sua função materna e sua condição subjetiva.

Além disso, ao descrever de forma detalhada os procedimentos realizados, os exames em curso e as decisões terapêuticas ainda pendentes, Mel evidencia a apropriação do discurso biomédico como resultado de seus esforços ativos por acesso à informação. Tal apropriação lhe oferece instrumentos para compreender, elaborar e reorganizar a narrativa causal do adoecimento, deslocando-a de uma

lógica moralizante e individualizante para uma leitura mais estrutural e institucional do cuidado.

Pode-se afirmar que uma comunicação qualificada é fundamental para garantir ao paciente entendimento sobre sua própria condição e maior autonomia para se desvencilhar de sentimentos de culpa irracional. No caso analisado, contudo, essa possibilidade não decorre de uma oferta institucional consistente de informação, mas dos próprios mecanismos de resistência mobilizados pela adolescente, que, embora inicialmente titubeie em uma fala mais automática e culpabilizante, rapidamente se autocorrige como estratégia de preservação de sua integridade psíquica e de alguma tranquilidade mental.

O saber que lhe proporciona maior conforto e segurança no entendimento é aquele que Mel extrai, de forma laboriosa, da interlocução com o médico. Como discutido anteriormente, os déficits comunicacionais tendem a ser mais facilmente compreendidos e tolerados quando advêm da prática médica do que quando se originam de outros profissionais. Esse fenômeno não se apresenta de forma isolada e pode ser compreendido com base no conceito de poder simbólico, formulado por Bourdieu (1989). Para o autor, o discurso não constitui uma simples troca de signos, mas um encontro entre disposições socialmente produzidas, no qual a assimetria de poder confere à palavra de determinados agentes a capacidade de fazer ver, fazer crer e fazer agir (BOURDIEU, 1989; GIRARDI Jr, 2017).

Nesse sentido, o saber médico é socialmente reconhecido como superior e detentor de maior legitimidade, de modo que a própria dificuldade de acesso a esse saber contribui para reforçar seu valor simbólico. Em contraste, o discurso da profissional de enfermagem, situado em posição hierárquica inferior no campo da saúde, recebe menor reconhecimento social, fazendo com que obstáculos comunicacionais associados a essa categoria sejam interpretados como ilegítimos ou injustificáveis, em razão do menor capital simbólico que lhe é atribuído.

A hierarquia institucional incorporada ao discurso de Mel não constitui uma construção individual, portanto, mas resulta de um processo histórico que concebeu o imaginário social e estrutura as relações no interior do hospital. De acordo com Foucault, a medicina se consolida como um saber-poder central, historicamente

legitimado para alcançar a cura das doenças (FOUCAULT, 2008). Esse lugar confere ao discurso médico não apenas autoridade técnica, mas também a capacidade de normatizar condutas e expectativas, tornando naturalizada a pressa, a assimetria comunicacional e a escassez de escuta (FOUCAULT, 2014).

Em diálogo com Bourdieu, tal hegemonia se expressa na concentração de capital simbólico pela medicina, tendo como resultado esse poder de, a partir da palavra, gerar efeito certo, produzido pelo reconhecimento social da autoridade daquele que fala (BOURDIEU, 1989). A enfermagem, historicamente constituída como profissão auxiliar, ocupa posição subordinada no campo da saúde, reproduzindo, em muitos contextos, o discurso médico e podendo operar como instância de controle e disciplinamento em nome desse saber (BOURDIEU, 2007).

O paciente, por sua vez, é tomado como um corpo assujeitado e dócil que, ao reconhecer no médico o portador autorizado da promessa de cura, contribui para a reprodução dessa ordem simbólica, tornando-se, ainda que involuntariamente, cúmplice do poder que sobre ele se exerce. Contudo, esse poder não se apresenta como uma estrutura fixa ou unidirecional. Conforme indicam tanto Foucault quanto Bourdieu, ele se organiza em uma rede relacional complexa, na qual diferentes agentes participam de sua produção, manutenção e atualização cotidiana.

Nesse contexto, o acolhimento deixa de ser um atributo individual ou uma atitude benevolente e passa a se configurar como prática ética e política, capaz de tensionar as hierarquias instituídas ao reinscrever o paciente como sujeito de fala, saber e experiência (FOUCAULT, 2014; BOURDIEU, 1989). Assim, compreender as dificuldades comunicacionais vividas por Mel implica reconhecer que a fragilidade do acolhimento não decorre apenas de falhas interpessoais, mas da própria organização simbólica e institucional do cuidado em saúde, que limita a escuta e naturaliza a assimetria nas relações assistenciais.

9 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA: da exposição ao abandono

A violência psicológica emergiu de forma transversal ao longo da análise, articulando-se a outros temas já discutidos ou que ainda serão abordados. No entanto, optou-se por dedicar esta seção às situações em que esse tipo de violência se apresentou como elemento predominante da experiência vivenciada. A constituição desse tema foi sustentada por diferentes padrões de recorrência, entre os quais se destacam: vergonha e exposição, repreensão com tom maternal, alta precoce e retorno ao hospital, e o medo de abandono.

Entende-se que as situações agrupadas sob esses códigos produziram danos psicológicos significativos, uma vez que incidiram diretamente sobre a autoestima, a percepção de acolhimento e a segurança subjetiva das adolescentes. Ainda que tais episódios pudessem, em determinados casos, ser igualmente classificados como violência física ou como falhas nos processos comunicacionais, optou-se por enfatizar a dimensão psicológica, considerando a centralidade e a magnitude de seus efeitos na experiência de cuidado e na relação estabelecida com os serviços de saúde.

Aí o pai da neném também já tava estressado. Porque tinha um monte, um monte, um monte de gente (...) Aí... Ele brigou lá com o médico, falando "Pra quê esse tanto de gente aqui, não sei o que, só pra ver a menina nascer". Aí falaram pra ele que era porque eram estagiários, que tinham que ver. Aí... Deus me livre, não, nem eu, eu não queria isso, esse tanto de gente. Aí o povo saiu. Algumas pessoas saíram depois que ele brigou. (...) Aí também... Pra ver, né?! Com quanto de dilatação tava, aí foi duas pessoas pra ver. Não entendi. (Trecho da entrevista de Lua, 16 anos)

(Teve algo que você queria ter dito e não disse?). Sai daqui! (Risos) Única coisa que eu queria mesmo era que a menina saísse. Aí depois eu pensava em xingar eles. É porque, caso eu xingasse eles ali na hora do meu parto, vai que todo mundo some e me deixa só lá?! Deus me livre. (Trecho da entrevista de Lua, 16 anos)

Do trecho acima, depreende-se uma evidente violação do direito à privacidade da adolescente, bem como o efeito protetivo exercido pela presença do acompanhante em um contexto no qual ela não pôde ou não conseguiu emitir sua própria voz. Ao relatar o início do trabalho de parto, Lua demonstra incômodo com o grande número de pessoas presentes no ambiente, situação sobre a qual não foi previamente consultada ou informada. A intervenção do acompanhante, que

assume o papel de porta-voz, explicita o desconforto diante da exposição do corpo da adolescente e da transformação do momento do parto em objeto de observação.

Esse efeito protetivo, no entanto, não decorreu da simples presença do acompanhante, como parte da literatura tende a pressupor, uma vez que nem mesmo o seu reconhecimento como acompanhante de direito se deu de forma imediata e incontestável. A adolescente relata que sua entrada foi inicialmente negada sob a alegação de que ele seria menor de idade, exigindo que este “brigasse” para permanecer ao seu lado e, posteriormente, para resguardar sua privacidade. Tal circunstância permite levantar a hipótese de que a eficácia do acompanhante como fator protetivo não é homogênea, sendo condicionada a uma economia epistêmica que a fragiliza diante de marcadores de vulnerabilidade como idade e classe social, os quais reduzem a legitimidade da fala e da reivindicação de direitos, tanto da adolescente quanto de quem a acompanha.

Em um segundo momento de confronto, apenas mediante insistência é que parte das pessoas presentes se retira do local. A justificativa apresentada pela equipe, a necessidade de observação por estudantes em processo de formação, evidencia a sobreposição do interesse pedagógico institucional aos direitos da parturiente, especialmente no que se refere à sua intimidade, autonomia e consentimento. Ainda assim, mesmo após a redução do número de observadores, a adolescente relata que o procedimento de toque vaginal foi realizado na presença de uma segunda pessoa, sem sua autorização. Esse fato reforça a naturalização da invasão do corpo da adolescente e da tomada de decisões unilaterais acerca de quem pode ou não acessar esse espaço, reiterando práticas que desconsideram sua condição de sujeito de direitos.

Percebe-se que os momentos de tensionamento relatados até aqui tiveram origem em situações de tentativa ou de efetiva violação de direitos. A Lei nº 11.108/2005 assegura à parturiente o direito à presença de um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, não estabelecendo qualquer restrição quanto à idade, ao sexo ou ao grau de parentesco desse acompanhante (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, ainda que o acompanhante escolhido fosse menor de idade, o que não era o caso, tal condição não poderia, por si só, justificar a negativa de seu acesso ao ambiente do parto. O fundamento jurídico para sua permanência decorre, primordialmente, do direito da adolescente à escolha do acompanhante, direito este que deve ser respeitado de forma integral e sem condicionantes arbitrárias.

Além disso, no caso específico em que o acompanhante é o genitor do recém-nascido, soma-se a esse direito o reconhecimento de sua responsabilidade parental, exercida em igualdade de condições com a mãe, nos termos da Constituição Federal (BRASIL, 1988). A atuação do pai durante o parto pode ser compreendida como expressão antecipada de corresponsabilidade no cuidado e na proteção, sobretudo quando sua presença se mostra fundamental para a mediação da voz da adolescente e para a salvaguarda de seus direitos em um contexto de assimetria institucional.

Tendo em vista a Lei do Acompanhante, que não estabelece qualquer exigência quanto ao vínculo do acompanhante com a parturiente, e considerando o princípio do exercício igualitário do poder parental, Castro (2020) sustenta que a figura do acompanhante não deve ser automaticamente confundida com a do pai ou da outra mãe. A autora argumenta que o direito ao acompanhante constitui uma garantia universal da parturiente, ao passo que a presença do pai ou da outra mãe no momento do parto já encontra respaldo em legislações anteriores. Nesse sentido, reduzir a participação do pai ou da outra mãe à condição de acompanhante implicaria um esvaziamento simbólico de sua posição jurídica e relacional. Assim, quando for desejo da parturiente, Castro (2020) defende a possibilidade de presença simultânea de ambas as figuras, o acompanhante por ela escolhido e seu parceiro ou parceira (CASTRO, 2020).

Entretanto, a efetivação desse direito tem sido sistematicamente relativizada por meio de múltiplas justificativas institucionais. No caso analisado, a tentativa de restrição foi atribuída à suposta pouca idade do genitor; em outros contextos, invocam-se limitações de espaço físico, normas internas do serviço ou características arquitetônicas do ambiente hospitalar. Essas justificativas resultam, por exemplo, na limitação do acompanhamento a determinados períodos do dia, à

via de parto ou mesmo ao sexo do acompanhante, especialmente quando o atendimento ocorre em enfermarias compartilhadas com outras mulheres.

No hospital em questão, tais práticas se fazem presentes: as salas de parto são individualizadas por cortinas, mas as enfermarias são coletivas e o acompanhamento integral das adolescentes puérperas neste setor é permitido exclusivamente a pessoas do sexo feminino, enquanto o pai do bebê ou o avô materno têm sua presença reduzida à condição de visitantes, em período diurno. Trata-se de uma exigência ilícita, sustentada pela precariedade estrutural do serviço e pela gestão cotidiana da escassez, que transfere às usuárias o ônus da inadequação institucional.

Os eventos analisados até o momento ocorreram em sala de parto, ambiente minimamente preparado para a presença de um acompanhante do sexo masculino, sem que isso implique violação da intimidade das demais parturientes. Após transpor a primeira barreira institucional, a exigência de comprovação de idade, já discutida como juridicamente indevida, o acompanhante passou a exercer um papel que Marrero *et al.* (2020) identificam como de controle social do cuidado. Ele era um avaliador externo, cuja presença introduziu um elemento de vigilância informal sobre as práticas profissionais, tensionando as assimetrias e denunciando violações no momento em que ocorriam.

O estudo evidencia que a presença do acompanhante tende a reduzir a ocorrência de formas mais explícitas de violência institucional, aquelas facilmente reconhecíveis e passíveis de contestação imediata. Além disso, os autores apontam que esse sujeito é capaz de identificar, avaliar e posteriormente relatar práticas mais sutis, frequentemente naturalizadas no cotidiano institucional, especialmente quando possui maior nível de escolaridade (MARRERO *et al.*, 2020). Nesse sentido, o acompanhante não atua apenas como apoio emocional, mas como mediador e amplificador da percepção de violações, contribuindo para tornar visíveis dinâmicas de poder que, na ausência de um observador externo, permaneceriam silenciadas.

Sobre ter tido ou não confiança nas pessoas que a atenderam. *Não!* (Sabe dizer o porquê?) *Não sei, deixa eu ver. Não sei, eu era atendida por homem também. Eu não queria, queria só mulher lá...* (Trecho da entrevista de Lua, 16 anos)

O acompanhante conseguiu traduzir parcialmente o desconforto vivenciado por Lua naquele momento, ao perceber e fazer ver a sensação de vergonha provocada por estar sob o olhar de tantas pessoas. Contudo, outro aspecto igualmente relevante não se apresentou como passível de questionamento, ou já se encontrava naturalizado para ambos: a possibilidade de escolha quanto ao gênero do(a) médico(a) que a atenderia. É provável que, naquele plantão, houvesse apenas um médico disponível no setor, enquanto as demais categorias profissionais, como enfermeiras e técnicas de enfermagem, eram majoritariamente compostas por mulheres.

Essa possibilidade não emergia como um direito passível de negociação no contexto do cuidado. A combinação entre a organização institucional do serviço e a percepção de que suas preferências já estariam parcialmente atendidas parece produzir um limite subjetivo à reivindicação, expresso em um movimento recorrente entre adolescentes de “não querer incomodar”. Esse silenciamento da demanda pode ser compreendido como efeito das relações de saber-poder que atravessam o espaço hospitalar e produzem corpos disciplinados, treinados para a obediência e para a adequação às normas institucionais. Apesar de um limite ter sido colocado, graças à presença do acompanhante, existe um receio em exceder-se nas reclamações e ter a qualidade do cuidado afetada por isso.

No sentido do acolhimento, sabe-se que nem todas as demandas poderão ser atendidas, mas elas devem ser conhecidas e dialogadas, pois essa prática pressupõe escuta ativa, reconhecimento das singularidades e corresponsabilização no cuidado. A escolha, ou ao menos a consulta, acerca do gênero do profissional, especialmente em situações que envolvem exposição corporal e vulnerabilidade psíquica, constitui elemento fundamental para a produção de vínculo e para a redução de constrangimentos. No entanto, essa possibilidade não se encontra expressamente prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo assegurada de forma explícita apenas em situações de violência, quando a Lei nº 13.431/2017 e o Decreto nº 9.603/2018 determinam que a criança e o adolescente têm o direito de serem consultados quanto à preferência por serem atendidos por profissional do mesmo gênero (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Mel pergunta: *o que a moça da comida falou, mãe? Se fala pra minha mãe, fala pra mim. É a mesma coisa.* Sua mãe responde: *é que eu tô acompanhando ela, como ela é de menor, né?! Eu fico acompanhando 24 horas aqui. Eu pedi um café, porque minha cabeça dói muito por causa de café. Ela disse que a acompanhante não tinha direito a café. Tá, beleza (...) aí ficamos sem internet. Meu plano cortou, eu tive que ir lá no shopping pra arrumar, né?! Aí voltei, tava na hora da comida, e não deixou pra mim porque a acompanhante não estava dentro da sala. Aí eu fui lá, pedi a comida e a mulher da copa já tinha duas vezes que tinha falado umas piadinhas e eu mandei ela enfiar a comida lá, naquele lugar, pra levar pra casa pra ela poder comer. Se eu tivesse comida, não tava indo buscar de novo. Essas frescuras, né?! (...) O dia que eu tô aqui, eu acho que todas são profissionais, cada um com seu jeito, né?! Todas trabalham direito. Algumas conversam melhor, outras explicam melhor, outras só fazem o trabalho mesmo (...) A questão mesmo é só o pessoal da comida, que parece que eles que são os donos do hospital.* (Trecho da entrevista de Mel, 13 anos, com participação de sua mãe)

Nessa parte da entrevista de Mel, ela já havia feito algumas declarações que denunciavam no mínimo negligência por parte da equipe, mas sua mãe parecia ter sido afetada diretamente por outra questão mais básica relacionada a sua permanência, após compartilhar o episódio, noto que Mel modera ainda mais o tom sobre os profissionais de saúde e interpreto isso como uma tentativa de dar visibilidade a queixa da mãe.

Mas assim, fora, eu falo que elas são antipáticas, mas ninguém também precisa trabalhar com sorriso no rosto, é lógico, tem dias que a gente vai estar estressado, vai tá isso, vai tá aquilo. Eu falo que elas são antipáticas, mas, tipo assim, fazem o trabalho delas do jeito que deveriam fazer, entendeu?! Só assim, ser mais um pouquinho, tipo, entusiasmada, né? Mas ninguém é obrigado, não. Cada um trabalha do jeito que quer, igual a minha mãe falou (Mel, 13 anos).

A inflexão no discurso de Mel pode ser interpretada como uma estratégia de mediação. Ao moderar suas críticas e relativizar o comportamento das profissionais, Mel parece assumir uma função de apaziguamento simbólico, buscando legitimar a queixa materna por meio da atenuação de suas próprias insatisfações. Tal atitude evidencia empatia, cuidado e cumplicidade na relação estabelecida entre mãe e filha, bem como uma tentativa de validar emocionalmente a experiência materna diante do episódio vivenciado no serviço.

Inicialmente, a mãe manteve-se atenta ao discurso da adolescente, não a interrompeu em nenhum momento e reagiu com risos quando Mel introduzia elementos cômicos à “tragédia” percebida. Apenas após ser convidada pela filha, e depois de também ter sido ouvida com atenção e sem interrupções, observou-se uma reorganização no discurso da adolescente. Tal inflexão é aqui compreendida como resposta à presença materna, e não como efeito de receio de retaliação, uma vez que Mel falava na presença de outras pessoas, em uma enfermaria compartilhada, e não demonstrou medo em momento algum. Essa reorganização constituiu a forma pela qual a adolescente reconheceu e validou os sentimentos da mãe, conferindo centralidade ao dano por ela sofrido, interpretado analiticamente como um sentimento de humilhação.

O Artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. O direito à alimentação fica implícito nesse texto, uma vez que se trata de condição essencial para sua permanência em tempo integral. Nesse contexto, a experiência relatada pela mãe de Mel foi analisada como potencialmente violadora desse direito, na medida em que o acesso à alimentação foi mediado por práticas institucionais marcadas por constrangimento. O sentimento de humilhação, aqui interpretado analiticamente, emerge do relato de ter sido alvo de “piadas”, da necessidade de reiterar a solicitação por algo básico e legalmente assegurado, bem como da percepção de desconfiança quanto à legitimidade de sua demanda, como se estivesse tentando obter mais do que lhe era devido.

Importa destacar que, nas enfermarias, foram entrevistadas adolescentes acompanhadas por pessoas de ambos os sexos, bem como adolescentes desacompanhadas. Os acompanhantes do sexo masculino eram, em todas as situações observadas, os genitores e não participaram das entrevistas enquanto estiveram presentes. Em contraste, todas as acompanhantes do sexo feminino participaram de algum modo do processo. A nenhum dos acompanhantes foi feito convite explícito para falar; ainda assim, as mulheres se incluíam espontaneamente no transcorrer da entrevista.

Embora o relato de Lua tenha evidenciado uma atitude de defesa por parte do companheiro em um momento crítico, quando a adolescente não conseguia expressar seu desejo e seu direito à privacidade, o momento da entrevista, quando os genitores estavam presentes, foi marcado pela ausência de participação masculina. A partir dessa observação, dois elementos analíticos podem ser considerados: por um lado, a possibilidade de que tal postura reflita respeito ao protagonismo da adolescente e ao seu momento de fala; por outro, a hipótese de que essa ausência traduza uma isenção histórica da participação masculina em questões relacionadas à reprodução, tradicionalmente atribuídas às mulheres.

Até poucas décadas atrás, era possível observar uma divisão social bem marcada entre trabalho e família, entre o trabalho produtivo e o reprodutivo, bem como entre a arena pública e a privada. O primeiro era caracterizado como digno de remuneração, situado em um ambiente competitivo, no qual a racionalidade se tornava atributo necessário e historicamente associado ao masculino. Em contraposição, a família e o lar eram concebidos como refúgio do mercado, reino da pureza, do altruísmo e do cuidado com os outros, configurando-se como trabalho não remunerado e de responsabilidade quase exclusiva do feminino (SORJ, 2013).

Mudanças relacionadas à redução do tamanho da prole, decorrentes da disseminação de métodos contraceptivos, bem como as reivindicações dos movimentos feministas, favoreceram a inserção das mulheres no espaço público. Contudo, tal processo ocorreu, em grande medida, sem a constituição de redes de suporte social e institucional suficientes. Na ausência de sistemas de proteção social, muitas mulheres passaram a deslocar obrigações e encargos domésticos para outras mulheres, reiterando a associação entre trabalho feminino e domesticidade, ao mesmo tempo em que se inseriam em ocupações igualmente marcadas pela centralidade do cuidado (COSTA, 2002).

Desse modo, a construção social atribui às mulheres a responsabilidade quase exclusiva pelas questões relacionadas à reprodução e ao cuidado em saúde, característica que persiste sob diferentes roupagens, apesar dos avanços alcançados. A reprodução, socialmente situada no campo do feminino, assim como o papel de coadjuvância historicamente atribuído aos homens nesse âmbito, contribuem para tornar compreensíveis os silêncios, uma vez que tais temas não

são socialmente reconhecidos como de sua competência. Em contrapartida, para que a mulher ocupe outros espaços de fala, faz-se necessário um esforço constante de legitimação. Tal divisão simbólica do cuidado reforça práticas institucionais que naturalizam a ausência masculina nesses espaços, evidenciando limites persistentes à corresponsabilização masculina no campo da saúde reprodutiva.

(Você confiou nos profissionais?) É... Criei birra assim de uma, sabe?! Mas... (risos) que é muito chata, sabe?! mas aí a gente tem que relevar... (E isso aconteceu mais quando você estava na canguru?) Foi. Assim que eu recebi alta da maternidade, né?! Aí, no mesmo dia, eu criei uma birra dessa pessoa. Até hoje eu tenho raiva dela, não consigo lembrar (...) é porque, tipo assim, como a pessoa já cuidou de mim quando eu estava com a minha mãe, porque eu nasci prematura também, ela se achou no direito de querer mandar em mim. Aí eu já não gosto de ninguém mandando em mim. Aí ela ficava toda hora passando... Toda hora querendo me mandar fazer as coisas, como se eu não soubesse fazer (Trecho da entrevista com Bia, 14 anos)

No trecho acima, o papel desempenhado pela técnica de enfermagem se confunde com uma função de caráter materno-disciplinador, marcada por repreensões e tentativas de controle do comportamento da adolescente. Bia descreve essa atuação como um fenômeno atípico, vivenciado por ela devido ao fato de ter nascido prematura naquele mesmo hospital, de a profissional conhecer sua mãe e de tê-la atendido quando ainda era um bebê. Esse contexto parece conferir à técnica de enfermagem um lugar de agente privilegiado, legitimado simultaneamente pelo saber profissional, pela posição geracional e pela relação pregressa estabelecida com a adolescente desde sua infância. Tal credibilidade é mobilizada de forma a extrapolar os limites do cuidado técnico, operando como exercício de poder sobre a adolescente.

A narrativa de Bia evidencia que essa relação é permeada pela negação de sua autonomia, como se, na condição de paciente e adolescente, não lhe fosse reconhecida a capacidade de fazer escolhas ou de agir segundo seus próprios critérios e aprendizados. As orientações reiteradas em tom de “bronca” referiam-se a procedimentos e cuidados que já lhe haviam sido ensinados ao longo dos 13 dias em que permaneceu ao lado do bebê internado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Assim, o que se observa não é a necessidade de instrução, mas a reprodução de uma prática disciplinar que, sob a aparência de

cuidado, produz constrangimento e deslegitima a experiência acumulada da adolescente.

(Você ouviu algo que não gostou?) Ou, tia, só teve uma... Que eu só queria chamar ela de tia, ela me deu uma resposta... é que, quando é uma pessoa assim, quando eu vejo eu chamo de tia e gosta, né?! Aí quando eu fui nela, ela não gostou não. Aí na hora do meu parto, ela entrou assim, eu tava chamando as enfermeiras de tia, né, porque elas pediam pra eu chamar de tia, né, porque eu não conseguia assim... Aí ela entrou: ah, não sei o que, num sei o que, na hora do parto ela lá enchendo a minha mente, eu falei, meu Deus. (Ela foi te dar bronca na hora do parto?) É, na hora do parto. Falei, meu Deus do céu, que mulher é essa?! Ela: ah, não chama as enfermeiras assim não, porque ninguém é seu parente. E eu falei, nossa, na hora do parto, eu precisando de força e a mulher está aqui, negoçando. (Trecho da entrevista de Mia, 14 anos)

Nesse caso, também, a atuação da profissional desloca-se do campo da assistência para um lugar normativo e disciplinador, no qual a adolescente é interpelada, em um momento de extrema vulnerabilidade, e tratada como alguém a ser corrigida em sua forma de se expressar. Ao relatar a reprimenda sofrida durante o trabalho de parto por chamar as profissionais de “tia”, Mia explica tratar-se de um hábito difícil de controlar, “quando eu vejo, eu chamo de tia”, esta pesquisadora complementar com a expressão “sem querer”. Ela já havia sido anteriormente corrigida por essa mesma profissional e, no momento mais próximo do parto, encontrava-se acompanhada por outras profissionais que afirmaram não se importar com sua “mania”, autorizando-a a manter essa forma de tratamento. Ainda assim, nesse contexto, a profissional adentra o ambiente demonstrando incômodo com a maneira como Mia se dirigia às colegas, aparentemente sem considerar que tal conduta havia sido por elas autorizada.

O episódio narrado revela como, mesmo em um contexto que demanda acolhimento e suporte afetivo, a comunicação profissional pode assumir contornos de controle e correção de conduta, produzindo sofrimento adicional. A insistência em repreender a forma de tratamento à qual a adolescente está mais habituada e que, segundo seu relato, havia sido previamente incentivada por outras profissionais, evidencia a assimetria da relação e a tentativa de demarcar uma diferenciação que, para ela, é de suma importância, por se relacionar diretamente à sua concepção de autoridade. Especialmente no momento do parto, tais atitudes a afetaram profundamente, quando a adolescente verbaliza a necessidade de “força”

e encontra, em contrapartida, uma postura que descreve como perturbadora e desnecessária.

Foi horrível, porque o povo falou que não tinha ambulância. Aí depois, o irmão do meu namorado tentou ligar, né?! Pra Samu, aí falaram que tava chegando, aí depois mandaram pra outra, e assim, depois mandaram pra outra, ficaram só passando. Aí depois chegou no WhatsApp. Aí demorou um tempinho, o homem pediu o endereço e tal, só. Aí depois falou, ela já ganhou o neném? Aí eu falei, não, eu não acredito que eles tão esperando eu ganhar pra vim, não. Aí demorou só uns... Mais meia hora eles chegaram (Lua, 16 anos)

Após ter dado entrada no hospital com contrações e ter sido mandada de volta para casa: *aí foi, nós foi embora 3h da ma... 4h da madrugada. E eu e minha mãe veio de Uber. Aí aqui, eles esperavam resposta da ambulância mas tava sem carro, aí sorte que o pai do bebê conseguiu ajeitar o carro. (Trecho da entrevista de Mia, 14 anos)*

Eva ainda aparenta dúvida sobre a pesquisa ou a sequência dos fatos, olha para a irmã e diz: mas eu não sei. A irmã então conta que: em casa, ela perdeu o tampão e a bolsa estourou, elas foram levadas para [Hospital 1] e lá ela foi examinada, disseram que estava com 4 centímetros de dilatação, mas o médico mandou ela para casa e aí depois, em casa, ela sentiu novamente contrações e sua irmã a levou diretamente para o atual hospital, na [Região 2]. Quando ela foi examinada, eram só dois centímetros de dilatação, mas já foi internada, deu entrada no hospital por volta das 19 horas e teve o bebê por volta de meia-noite (Anotações da entrevista de Eva, 17 anos)

Eu senti contração em casa, fui no hospital de [Região 1]. Aí chegou lá, eles fizeram o toque, tava com dois centímetros de dilatação, aí eles me enviaram pra cá, porque lá eles não têm UTI. Aí eu vim pra cá, cheguei aqui e fui atendida. Eles fizeram o toque, eu já tava com 3 centímetros de dilatação e fizeram o exame. Aí eu fiquei das 11h (manhã) até as 7h (noite) esperando. Aí depois eu fui chamada, viram que meu exame tava tudo certo, mas já tiveram que me internar porque eu já tava com 4 centímetros de dilatação (Trecho da entrevista de Liz, 16 anos).

Aí eu fiquei internada, só que aí eles... ãh... vieram fazer toque em mim e aí eles perguntaram, né, por que eu não tava de fralda já que eu estava derramando líquido. Só que foram as próprias mulheres do Centro Obstétrico que pediram pra eu tirar, aí como eu não tava mais derramando líquido, no outro dia eles me pegaram pra fazer o exame da fita, pra ver se era realmente líquido amniótico. Aí eu fiz e deu negativo, aí mandaram eu ir embora. Só que quando eu fui embora, depois a neném parou de se mexer, eu tive que voltar... Eu saí daqui era 7 e pouca, voltei era duas e meia (Sol, 15 anos).

Para além das tensões vivenciadas no interior da maternidade, os relatos indicam que as dificuldades enfrentadas pelas adolescentes têm início ainda no processo de acesso aos serviços de saúde. A chegada ao hospital é marcada por barreiras como a demora ou a indisponibilidade de ambulâncias, que em alguns casos obriga a família a arcar com transporte privado, como o uso de Uber. Soma-se a isso a chamada “peregrinação” entre serviços, evidenciada pela dispensa após exames e pela necessidade de retorno ao hospital em curto intervalo de tempo, ou ainda por situações em que a adolescente, mesmo já internada, recebe alta em decorrência da falta de comunicação entre as equipes de plantões distintos. Esses episódios revelam fragilidades na organização da rede e na continuidade do cuidado, produzindo insegurança e sofrimento adicionais no momento que antecede o parto.

Dos trechos apresentados, destaca-se a forma como Lua rememora o período de espera, qualificando-o como “horrrível”, o que já sinaliza a intensidade do sofrimento vivenciado. A pergunta do atendente, após sucessivas tentativas frustradas de acionamento da ambulância, se o bebê já havia nascido, é relatada com incredulidade e medo, uma vez que, diante da demora, tal possibilidade lhe pareceu concreta pela pergunta. O episódio evidencia não apenas a angústia provocada pela espera, mas também a percepção de abandono e de ausência de responsabilização por parte do serviço.

Parte do relato de Mia já foi apresentada em seção anterior, quando ela descreve que o médico do hospital de sua região identificou dilatação cervical incipiente e, considerando que o bebê era prematuro limítrofe, optou por encaminhá-la ao hospital atual, que dispunha de suporte de UTI Neonatal. No entanto, ao chegar ao segundo serviço, Mia relata que o médico responsável não concordou com a avaliação inicial e decidiu por sua dispensa. A adolescente retorna para casa confusa, sem compreender plenamente os motivos da alta, ainda em meio a contrações dolorosas, o que intensifica o receio de uma progressão rápida do trabalho de parto e da possibilidade de que o nascimento ocorresse sem assistência adequada. Todo esse percurso entre serviços foi realizado com transporte custeado pela própria família, em razão da indisponibilidade de ambulância, evidenciando a sobreposição entre fragmentação do cuidado e barreiras de acesso ao serviço de saúde.

O relato de Eva não foi gravado, mas registrado por meio de anotações, em razão de seu estado de cansaço extremo no pós-parto imediato, o que dificultava uma narrativa mais detalhada naquele momento. Assim, é a irmã quem complementa e organiza a sequência dos acontecimentos, permitindo a reconstrução do percurso assistencial vivido pela adolescente. Mais uma vez, observa-se a repetição de condutas divergentes entre serviços de saúde distintos. No hospital da Região 1, que não dispõe de UTI Neonatal, o médico identificou quatro centímetros de dilatação e considerou que tal achado não justificava a internação, orientando o retorno ao domicílio. Já no hospital da Região 2, que conta com suporte de UTIN, a avaliação indicou apenas dois centímetros de dilatação, mas, ainda assim, a adolescente foi internada. Conforme já mencionado, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal reconhecem a dilatação igual ou superior a quatro centímetros como indicativa do início do trabalho de parto (MS, 2018). Apesar disso, as condutas adotadas revelam decisões contraditórias, nas quais um quadro compatível com o início do trabalho de parto resultou em alta, enquanto outro, que não atendia a esse critério, levou à internação. Tal discrepância evidencia a ausência de padronização e de continuidade do cuidado, contribuindo para a insegurança e a vulnerabilização da adolescente.

No caso de Liz, a dilatação de quatro centímetros, constatada após um longo período de espera, foi considerada suficiente para a internação. Durante a entrevista, a adolescente atribui a demora ao processo de troca de plantão, ainda que tal justificativa não se sustente integralmente, uma vez que a espera se estendeu por um período inteiro, que ultrapassou em muito o intervalo habitual entre turnos. Essa foi a única queixa explicitamente mencionada por Liz, acompanhada pelo esforço de racionalização, por meio do qual a própria adolescente busca atribuir sentido à espera. Ainda assim, ao término da gravação e antes de assinar o Termo de Consentimento, a adolescente solicita confirmação de que seu nome verdadeiro e quaisquer dados que pudessem identificá-la não seriam mencionados no trabalho, o que sugere a persistência de insegurança e receio quanto à retaliações, mesmo após um relato aparentemente contido e justificativo.

Sol, por sua vez, chegou a passar pela triagem e foi internada rapidamente em razão da identificação de perda de líquido. No entanto, recebeu alta precoce por decisão de outra médica no plantão seguinte. Em seu relato, manifesta indignação

diante do fato de sua palavra ter sido colocada em dúvida. Como já apontado em outros momentos, as adolescentes frequentemente se veem obrigadas a suprir déficits comunicacionais da equipe, assumindo a tarefa de transmitir ao profissional de plantão as informações fornecidas anteriormente. Foi nesse sentido que Sol informou que sua admissão havia ocorrido em decorrência da perda de líquido amniótico. Ainda assim, sua narrativa não foi plenamente considerada, e a adolescente foi submetida a um teste específico para verificar se o líquido em questão era amniótico. O resultado foi negativo; entretanto, tal exame não possui valor diagnóstico retrospectivo, não sendo capaz de descartar a possibilidade de que o líquido eliminado anteriormente fosse, de fato, líquido amniótico.

Apesar da alta inicial, Sol permaneceu internada para aguardar a realização de um exame cardiológico da recém-nascida, que apresentava sopro importante à ausculta e alteração no teste do coraçãozinho. A adolescente demonstrava elevado nível de compreensão sobre a condição clínica da bebê, relatando, inclusive, sua própria história de cardiopatia congênita, evidenciada por cicatriz em região torácica, o que reforça a coerência de sua preocupação e a legitimidade de sua apreensão diante do quadro apresentado.

A análise dos relatos evidencia que as dificuldades de acesso, a peregrinação entre serviços, a fragmentação das condutas e a ausência de comunicação efetiva não se configuram apenas como falhas organizacionais, mas como experiências reiteradas de violência psicológica institucional. A deslegitimação da palavra das adolescentes, a exposição à espera prolongada sem explicações e a transferência da responsabilidade pela continuidade do cuidado produzem sofrimento adicional em um momento de extrema vulnerabilidade física e emocional. Soma-se a isso a recorrente vivência de vergonha e exposição, seja pela forma como seus corpos, dores e narrativas são colocados em julgamento, seja pelas reprimendas dirigidas a elas em um tom maternal e normativo, que infantiliza, moraliza e reforça hierarquias de poder. Tais práticas operam como mecanismos de controle simbólico, silenciando questionamentos e limitando a possibilidade de expressão das adolescentes. Nesse contexto, a violência psicológica emerge como elemento transversal da experiência dessas jovens na rede de atenção ao parto, atravessando tanto o acesso aos serviços quanto às interações cotidianas no

interior das instituições de saúde, e contribuindo para a naturalização do medo, da insegurança e da submissão como parte do cuidado.

10 VIOLÊNCIA FÍSICA: indelicadeza e maus tratos

No Brasil, não existe uma lei federal específica que conceitue a violência obstétrica (VO), nem que a tipifique e estabeleça mecanismos de apuração e responsabilização, embora outros países da América Latina, como Argentina e Venezuela, já tratem juridicamente do tema. Por exemplo, na Argentina a violência obstétrica é definida pela Lei nº 26.485/2009 como aquela que é exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressando-se em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais. Essa definição destaca que tais práticas acarretam a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (ARGENTINA, 2009).

Essa lacuna no plano jurídico contribui para que as denúncias sejam analisadas caso a caso, sem padronização ou diretrizes claras, e explicita um embate epistêmico que tende a atribuir maior valor à palavra do profissional de saúde, frequentemente resultando em decisões desfavoráveis às vítimas, sem fundamentação adequada. Schiocchet e Aragão (2023) chegam a conclusão semelhante ao analisarem decisões judiciais sobre violência obstétrica no Sul do Brasil. As autoras identificam o uso recorrente de estereótipos normativos, termos empregados sem especificidade, referência explícita ou desenvolvimento teórico, como *conduta adequada*, *literatura especializada* e *prova pericial*. Segundo elas, a utilização de categorias genéricas, desacompanhadas de contextualização concreta, produz imprevisibilidade, insegurança e instabilidade no sistema jurídico (SCHIOCCHET; ARAGÃO, 2023).

Gabriel e Santos (2020) também discutem a presunção de legitimidade atribuída à posição médica no que denominam uma *economia epistêmica* que exclui a participação da pessoa alvo da intervenção e privilegia o saber científico como único conhecimento válido sobre a saúde. Nessa lógica, a contribuição do paciente é desconsiderada, como evidencia o caso analisado pelos autores, no qual uma mulher foi submetida a esterilização compulsória durante uma cesariana, apesar de ter manifestado previamente sua recusa. Após a denúncia, ao longo de todo o

processo, a defesa sustentou que a decisão do obstetra estaria baseada em uma escolha técnica bem informada, incompreensível à paciente por não ser médica. O caso, ocorrido no final da década de 1980 no Hospital-Maternidade Praça XV, Rio de Janeiro, ilustra de forma contundente a posição estruturalmente desfavorável da vítima nesse tipo de enfrentamento jurídico (GABRIEL; SANTOS, 2020).

Essa hierarquização torna o aspecto relacional do cuidado secundário e contribui para uma atuação mais mecanicista do profissional, em contraste com aquilo que, na maioria das vezes, é valorizado pelos usuários. Essa divergência na atribuição de valor a diferentes dimensões do cuidado, conforme a posição ocupada nos distintos grupos sociais, foi evidenciada no estudo de Paiva *et al.* (2022), que analisou as representações sociais do cuidado e da violência obstétrica entre pacientes, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Enquanto as pacientes enfatizavam gestos e a relação interpessoal com os profissionais, relegando os procedimentos técnicos a um plano secundário, os profissionais ancoravam o cuidado no parto predominantemente em aspectos técnicos da assistência (PAIVA *et al.*, 2022).

Em consonância com esses achados, o estudo de Aguiar e D'Oliveira (2011) mostra que as entrevistadas qualificavam positivamente o atendimento quando este se fundamentava em boa comunicação e na presença contínua do profissional, indicando que o relacionamento interpessoal solidário constitui um dos elementos centrais para uma experiência de cuidado digna. Em contrapartida, o mau atendimento foi associado à inadequada gestão da dor, à exposição desnecessária da intimidade, às falhas de comunicação, à realização de procedimentos sem consentimento ou de forma desrespeitosa, bem como a situações de discriminação, tratamento grosseiro, impaciência ou indiferença, além de falas moralizantes e desrespeitosas (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

A primazia do *saber-fazer* técnico sobre a forma como o cuidado é conduzido não explica integralmente as situações analisadas, mas oferece um importante indício do posicionamento profissional que sustenta os episódios de violência física aqui apresentados. Em sua maioria, tratam-se de situações nas quais as adolescentes foram submetidas a procedimentos dolorosos e realizados de maneira indelicada, sem explicação prévia ou consentimento informado.

Também pra costurar, foi um monte gente. Aí a médica também não estava com paciência, que era uma senhora já. Aí ela falou: “ah, eu não vou fazer mais não, não sei o quê” (...) (Ela falou isso?) Foi a... para costurar, por que eu acho que tava saindo muito sangue. Aí quando ela colocava o... acho que era gaze, né?! Pra parar de sangrar, aí doía. Aí eu falava que tava doendo. Aí ela se estressou e falou que não podia fazer mais. Aí eu... Oxi. Vai deixar assim?! (Mas nessa segunda parte deram anestesia?) Foi. Graças a Deus, que eu não ia aguentar não. (Trecho da entrevista de Lua, 16 anos)

(Te explicavam os procedimentos antes de realizar?) Não, só falava depois que fazia. E principalmente lá na hora de costurar. (Não te falavam primeiro o que ia ser feito.) Isso, isso. Que a pessoa chega assusta quando toca, sabe?! (O exame do toque...?) Sim, entrava e fazia... E a pessoa ficava lá, morrendo de dor. (Trecho da entrevista de Lua, 16 anos)

No primeiro relato, reincide a falha profissional quanto ao respeito à privacidade da adolescente, evidenciada pela presença de várias pessoas na sala sem seu consentimento. O depoimento sugere que esse direito só foi parcialmente reconhecido após uma discussão anterior, na qual seu porta-voz foi um homem, indicando que a adolescente precisaria reivindicar reiteradamente sua privacidade a cada novo contato durante a internação. Essa experiência se prolonga no momento da sutura, quando outras pessoas permanecem no ambiente sem autorização, configurando uma violação que ela faz questão de destacar logo no início do relato.

A dor vivenciada durante o procedimento de sutura aparece como um segundo eixo central da narrativa. A adolescente relata sofrimento intenso, sobretudo quando a profissional utilizava a gaze para conter o sangramento, e afirma ter verbalizado repetidamente que sentia dor. Ainda assim, sua queixa não foi acolhida, sendo respondida com irritação e com a ameaça de interrupção do procedimento. Essa ameaça de abandono opera como estratégia de disciplinamento, contribuindo para o silenciamento das mulheres no contexto obstétrico, na medida em que expressa a mensagem implícita de que insistir pode resultar em perda de cuidado.

O uso desse recurso é explicitamente reconhecido pelos próprios profissionais no estudo de Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013). Segundo os autores, ameaças de abandono são mobilizadas com frequência quando a paciente é percebida como “não colaborativa”, sendo descritas pelos profissionais como práticas sem intenção real de execução e justificadas como um legítimo exercício de

autoridade (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013). No entanto, essa racionalização desconsidera os efeitos concretos da ameaça sobre a mulher em situação de extrema vulnerabilidade, para quem a possibilidade de interrupção do cuidado é vivenciada como real e coercitiva. Assim, ainda que não se concretize, a ameaça opera como mecanismo disciplinador, reforçando a assimetria de poder na relação profissional-usuária e contribuindo para o silenciamento da dor, das dúvidas e das demandas, configurando uma forma de violência institucional.

O segundo trecho da entrevista aprofunda e sistematiza esse padrão de atendimento, ao evidenciar que a ausência de explicações não se restringiu a um momento pontual, mas constituiu uma prática recorrente. A adolescente relata que os procedimentos eram realizados sem comunicação prévia, sendo as informações fornecidas apenas após sua execução. Essa lógica é especialmente marcante nos exames de toque, descritos como invasivos e dolorosos, realizados de forma abrupta, sem aviso ou solicitação de consentimento, o que intensifica a sensação de vulnerabilidade e dor.

Esses relatos revelam uma fragilidade estrutural do acolhimento e da escuta, na qual a adolescente é reduzida a objeto de intervenção técnica. A ausência de diálogo, a desconsideração das queixas de dor e a ameaça de abandono constroem um cenário de violência física institucional, no qual o sofrimento é naturalizado em nome da execução do procedimento. Conforme apontam Lima Melo *et al.* (2022), a desumanização no atendimento obstétrico se expressa pelo distanciamento entre equipe e usuária, pela omissão de informações e por práticas mecanicistas, desprovidas de cuidado relacional, configurando-se como maus-tratos (LIMA MELO *et al.*, 2022). No caso analisado, a pressa em concluir os procedimentos parece ter tornado a profissional surda às demandas da paciente, reiterando a centralidade da falha na escuta e no acolhimento.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal estabelecem recomendações específicas para a avaliação e o manejo do trauma genital no pós-parto, destacando a necessidade de explicação prévia à mulher sobre os procedimentos a serem realizados e suas justificativas, bem como a realização do exame de forma gentil, sensível e respeitosa. As diretrizes também orientam que, durante procedimento de sutura, seja garantida analgesia efetiva, com a utilização

de métodos escalonados caso o alívio inicial não seja suficiente (MS, 2018). No atendimento prestado à Lua, nenhuma dessas recomendações foi observada, evidenciando o distanciamento entre as diretrizes assistenciais e a prática clínica vivenciada pela adolescente.

Mia também relatou incômodo com o exame físico na primeira vez em que passou pelo Pronto Socorro: *Fui pra casa, ele tinha até machucado meu... acho que foi quando ele foi fazer o toque, acho que machucou, aí eu comecei a sangrar e voltei de novo. Mas eu fiquei 1 dia em casa sentindo dor e depois voltei, de noite.* (Trecho da entrevista de Mia, 14 anos)

Ao descrever o primeiro atendimento no Pronto Socorro, a adolescente associa diretamente o exame de toque à ocorrência de lesão corporal, dor persistente e sangramento, que a obrigaram a retornar ao serviço após permanecer um dia inteiro em sofrimento em casa. O exame físico, longe de configurar apenas uma prática técnica, produziu dano físico concreto, sem que houvesse reconhecimento imediato ou responsabilização institucional. Nesse sentido, o relato evidencia uma situação de violência física, na qual a ausência de escuta, cuidado ou explicação, faz com que os efeitos ultrapassem o limiar do desconforto esperado e se converta em fonte de agravo à saúde da adolescente.

Minha bebê já foi furada várias e várias vezes pra pegar acesso, pra colher sangue, então assim, tem muitas das vezes que a pessoa que vai colher o acesso, colher o sangue, ou colocar o acesso, não tem muita empatia, sabe?! Não faz, parece que não faz por amor, faz pela questão do dinheiro (Nesse momento as outras mães da enfermaria reagem a sua fala com surpresa, entendendo que seja pela forma direta como falou). *Eu tô sendo verdadeira, uai, ela tá pedindo pra fazer um relatório.* (Trecho da entrevista de Mel, 13 anos)

O último episódio relatado não incide diretamente sobre o corpo da adolescente, mas produz impacto psicológico significativo ao colocá-la como testemunha reiterada do sofrimento físico de seu bebê, submetido a múltiplas tentativas de punção para coleta de exames e obtenção de acesso venoso. A experiência é aqui incluída por configurar, em uma primeira camada analítica, uma forma de violência física institucional dirigida ao recém-nascido, cuja repetição do procedimento doloroso não parece ter sido mediada por estratégias efetivas de minimização da dor ou do trauma.

Ao narrar que a filha “foi furada várias e várias vezes”, Mel desloca o foco de sua crítica do procedimento em si para a postura dos profissionais envolvidos, mobilizando categorias morais como “empatia”, “amor” e “antipatia”. Esses termos expressam uma percepção aguda da despersonalização do cuidado, marcada pela execução mecanizada das técnicas e pela ausência de sensibilidade diante da vulnerabilidade do bebê e do sofrimento materno. A referência ao trabalho “feito pelo dinheiro” ou à perda do sentido da profissão sugere, mais do que um julgamento individual, uma leitura crítica de um cuidado esvaziado de vínculo, no qual o gesto técnico se dissocia do reconhecimento do outro como sujeito de direitos.

Do ponto de vista das boas práticas clínicas, embora não exista uma normativa única no SUS que estabeleça um número rígido de tentativas para punção venosa em neonatos, diretrizes internacionais e protocolos assistenciais convergem no sentido de limitar o número de tentativas por profissional e de adotar estratégias para redução da dor e do trauma. Recomenda-se, de modo recorrente, que após duas ou três tentativas malsucedidas o procedimento seja reavaliado, considerando-se outro profissional, outra técnica ou dispositivos alternativos, sempre com medidas analgésicas e de conforto adequadas (RAESIDE; REILLY, 2021). A ausência desses cuidados, tal como percebida por Mel, reforça a caracterização do episódio como expressão de uma violência institucional naturalizada, na qual a repetição da dor é banalizada e o sofrimento do bebê e da mãe se torna secundário frente à lógica operacional do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência constitui um fenômeno que tensiona as normas vigentes de organização do tempo social da vida. Entretanto, ao longo da história, tais normas sofreram modificações, e parte das explicações que sustentam seu enfrentamento contemporâneo não se mostra consistente. A afirmação de que a gravidez na adolescência aumenta, de forma generalizada, o risco de desfechos perinatais adversos revela-se imprecisa, uma vez que a faixa etária que compreende a adolescência é heterogênea. Evidências indicam que esse risco se torna quase nulo quando a adolescente tem mais de 16 anos e realiza acompanhamento pré-natal adequado. Em idades mais precoces, por sua vez, o risco é comprovado; ainda assim, para todas as faixas etárias, o pré-natal adequado tem potencial de minimizar agravos, embora o sistema de saúde, até o momento, não consiga transpor de forma satisfatória as barreiras que dificultam seu acesso e realização.

Entre essas barreiras destaca-se a insuficiente formação profissional e o desconhecimento acerca da diversidade das adolescências, o que contribui para práticas de cuidado marcadas por julgamento moral e tentativas de controle. Tal dinâmica afasta adolescentes dos serviços de saúde justamente em contextos nos quais sua adesão é imprescindível, como durante a gestação, contrariando princípios centrais do Sistema Único de Saúde, como a universalidade, a integralidade e a equidade. Observa-se uma baixa adesão ao pré-natal entre adolescentes, que é menor quanto menor for a idade. Soma-se a isso o número expressivo de meninas com menos de 14 anos que vivem em união estável ou casamento e que temem a responsabilização do “parceiro”. A identificação tardia da gravidez, a falta de informação, o medo de julgamento, reprovação social, quebra de sigilo e a responsabilização individual figuram entre outros fatores que contribuem para esse afastamento.

O despreparo profissional suscita especial preocupação no âmbito das políticas públicas. O ritmo de trabalho alienante e a fragmentação das ações podem contribuir para a baixa consciência dos efeitos políticos implicados na atuação profissional, tanto na atenção primária quanto nos demais níveis de atenção. Nos níveis secundário e terciário, essa questão torna-se ainda mais preocupante e

insidiosa, uma vez que se trata de espaços nos quais tradicionalmente predominam as tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias leves, o que resulta em menor abertura para o acolhimento e para o reconhecimento da dimensão relacional que perpassa todo o cuidado em saúde. Observa-se um descompasso entre o que está previsto nas normativas e protocolos e o que se concretiza no cotidiano dos serviços, especialmente no que diz respeito à escuta qualificada, ao respeito à autonomia e à garantia de um cuidado livre de violências.

Como evidenciado, os estudos sobre gravidez na adolescência tendem a privilegiar dimensões socioeconômicas, nutricionais, comportamentais e/ou relacionadas à violação de direitos, sem explicitar, contudo, a forma como essas adolescentes são atendidas durante o parto e o período pós-parto. De modo semelhante, as políticas públicas frequentemente se orientam por indicadores epidemiológicos e metas de redução da fecundidade, sem incorporar de forma sistemática a experiência das adolescentes usuárias dos serviços. Os fatores de risco tradicionalmente associados à violência obstétrica não destacam o marcador etário, uma vez que a gravidez ocorrida na adolescência é analisada como um problema a ser prevenido, e não como um grupo social capaz de avaliar, tensionar e qualificar as políticas de cuidado que lhe são dirigidas.

Neste estudo, as adolescentes puérperas relataram relações distantes e impessoais com os profissionais de saúde. Emergiram inúmeros episódios de violação, intercalados por raros momentos de alívio que foram associados a aspectos positivos do cuidado e, longe de representarem atitudes extraordinárias, correspondiam simplesmente ao cumprimento de direitos já previstos em lei. O cuidado acolhedor mostrou-se episódico e dependente da disposição individual dos profissionais, e não resultado de diretrizes institucionais consolidadas, de processos formativos contínuos ou de mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação das políticas públicas de atenção obstétrica.

Os conceitos de biopoder e dispositivo de poder, conforme formulado por Foucault, tornam-se evidentes tanto na revisão da literatura quanto na escuta das adolescentes. Seus corpos revelam-se como objetos de intervenções disciplinares nos serviços de saúde, intervenções estas que dialogam com políticas públicas orientadas prioritariamente para o controle da fecundidade e da sexualidade na

adolescência. Tais intervenções articulam-se a outros marcadores já consolidados na literatura sobre violência obstétrica, como raça negra ou parda, baixa escolaridade, baixa classe social, parto vaginal e aborto. Paralelamente, as experiências reprodutivas dessas adolescentes são reduzidas a estatísticas, indicadores e metas institucionais, sem que se reconheça sua diversidade nem se incorpore sua participação na formulação, implementação e avaliação das políticas que lhes dizem respeito.

No presente estudo, esse cenário culmina em injustiça epistêmica, revitimização, isolamento e violência física e psicológica. No âmbito da revitimização, evidencia-se ainda uma lacuna importante das políticas de coordenação do cuidado e de articulação em rede para vítimas ou testemunhas de violência: a ocorrência de revitimização em um mesmo espaço assistencial, produzidas por profissionais que atuam de forma fragmentada, sem compartilhamento de informações, em desacordo com os princípios da atenção integral e da continuidade do cuidado preconizados pelas políticas públicas de saúde.

Conclui-se, portanto, que mais do que conhecer esse público por meio de estatísticas ou enquadrá-lo em políticas centradas exclusivamente na prevenção da gravidez na adolescência, é fundamental que as políticas públicas de saúde revisem seus pressupostos normativos e incorporem a perspectiva das adolescentes como sujeitas de direitos. Isso implica investir em formação profissional continuada que ultrapasse o enfoque tecnicista, incorporando uma abordagem humanística centrada na escuta e nas dimensões éticas e relacionais do cuidado, em mecanismos institucionais de responsabilização e em estratégias de escuta qualificada e participação social.

Dado o curto período de coleta, observou-se elevada frequência de adolescentes puérperas com idade inferior a 14 anos, o que evidencia a necessidade de efetiva incorporação da Escuta Especializada como prioridade. É preciso romper com a cultura que atribui essa prática a um único profissional, figura que, no contexto desta pesquisa, mostrou-se ausente, uma vez que, a partir dos relatos das adolescentes, não foi possível identificar sequer um único profissional

que tivesse se orientado, de forma consistente, pelos princípios da escuta especializada (DIAS et al., 2023).

Defende-se, portanto, que a escuta especializada seja compreendida como uma prática transversal e compartilhada, devendo permear as diferentes etapas do atendimento e envolver todos os profissionais que entram em contato com esse público, os quais necessitam de diretrizes mínimas que assegurem a proteção integral e evitem processos de revitimização. O enfrentamento da violência exige ações coordenadas e articuladas de maneira interdisciplinar, uma vez que a atuação isolada de um único profissional, ainda que capacitado, não é suficiente para neutralizar os efeitos negativos produzidos por abordagens anteriores marcadas por posturas punitivistas e moralistas, frequentemente ancoradas no senso comum e incorporadas à subjetividade dos próprios agentes institucionais.

A exclusão das adolescentes dos processos decisórios e do planejamento do cuidado contribui para desfechos indesejados e reforça a ideia preconcebida de que a gravidez na adolescência é, por definição, um evento indesejado. Os projetos de vida desse grupo social são múltiplos e devem ser reconhecidos, esclarecidos, ampliados em possibilidades e, sobretudo, respeitados. É preciso desvencilhar-se de uma postura de lástima diante da gravidez na adolescência, frequentemente associada à sua compreensão exclusiva como problema de saúde pública. Torna-se necessário reconhecer os atributos individuais dessas jovens e a importância de suas redes de apoio, potencializá-las sempre que possível, a fim de promover trajetórias que ultrapassem os limites impostos por crenças socialmente difundidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C. A. *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação dos Centros de Parto Normal peri-hospitalares: resultados do estudo Nascer nas Casas de Parto do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 7, e00175024, 2025.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, nov. 2013.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 15, n. 36, p. 79–91, jan./mar. 2011.

ARAÚJO, D. A. S. *et al.* Comunicação interprofissional colaborativa para segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de Saúde Integrada Avançada (REVISA)*, v. 13, n. 3, p. 712–723, 2024.

ARAÚJO, F. R. de *et al.* Distribuição espacial do desempenho do Programa Bolsa Família: um estudo à luz do IGD-M. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 773–806, jul. 2018.

ARGENTINA. Ley n.º 26.485, de 11 de marzo de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires: Poder Legislativo, 2009.

ASSIS, T. S. C. *et al.* Reincidência de gravidez na adolescência: fatores associados e desfechos maternos e neonatais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3261–3271, ago. 2022.

AZEVEDO, G. D. de *et al.* Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 181–185, 2002.

BANZATTO, P. M. S.; BASSI, R. M. A.; DANIEL, A. R. Ética médica e bioética no atendimento de adolescentes em ginecologia e obstetrícia. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 9, p. 69522–69540, 2020.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 63–76, jun. 2007.

BOURDIEU, P. O poder simbólico. Lisboa: Difel; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BRANDÃO, E. R. What to do with teenage sexuality? The anthropology of forms of government in Brazil. In: *Ethnography of Governance Institutions*. Rio de Janeiro: Public Health Institute, 2023. p. 1–17.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024. Estabelece diretrizes para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.º 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 abr. 1975.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Lei n.º 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera dispositivos do Código Penal relativos aos crimes contra a dignidade sexual. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

BRASIL. Lei n.º 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 abr. 2017.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto n.º 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei n.º 13.431/2017. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cenário da gravidez na adolescência e dados estratégicos para sua prevenção no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2005.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, p. 77–101, 2006.

CALLIGARIS, C. A adolescência. São Paulo: Publifolha, 2009.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (org.). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea, 2013.

CARGNIN, J. S. S. *et al.* Sexual violence against women in the Western Amazon. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 55–92, 2021.

CARNEIRO, S. Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não-ser como fundamento do ser. São Paulo: Zahar, 2023.

CARVALHO, J. M. S. *et al.* Temporal trend of early neonatal mortality among children of adolescent mothers in Brazil and regions between 2000 and 2020. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 24, p. 1–8, 2024.

CASTRO, T. D. V. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. *Pensar: Revista de Ciências Jurídicas*, Fortaleza, v. 25, n. 14, p. 1–12, jan./mar. 2020.

CAVALCANTE, E. B. T. O conceito de adultocentrismo na história: diálogos interdisciplinares. *Fronteiras: Revista de História*, Dourados, v. 23, n. 42, p. 196–215, jul./dez. 2021.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUDO, S. S.; SCHIRÒ, E. D. B.; KOLLER, S. H. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 73–85, 2010.

CHILDHOOD BRASIL; BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Guia de escuta especializada: conceitos e procedimentos éticos e protocolares. SANTOS, Benedito Rodrigues dos; GONÇALVES, Itamar Batista. São Paulo; Brasília: Childhood Brasil; SNDCA, 2022–2023. 127 p.

COSTA, A. G. R.; NOGUEIRA, M. M.; MACIEL, M. P. A. Revisão bibliográfica acerca da saúde geral do jovem e do adolescente e relato de profissionais da saúde sobre o impacto da COVID-19 nesta população. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 20787–20806, 2021.

COSTA, S. F. *et al.* Contradições acerca da violência sexual na percepção de adolescentes e sua desconexão da lei que tipifica o estupro de vulnerável. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00218019, 2020.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 301–323, jul./dez. 2002.

CUNHA, K. R. M. G.; LOPES DE OLIVEIRA, M. C. S. Adolescências e judicialização da conduta juvenil. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 50, p. 107–130, 2017.

DAMASCENO, A. A. A.; CARDOSO, M. A. Parturientes adolescentes em Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil: características socioeconômicas e obstétricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1–12, jan. 2024.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 109–125, 2000.

DIAS, F. V.; HOHENDORFF, Jean Von; SANSON, J. A. S. A Lei nº 13.431/2017, os (des)entendimentos da escuta especializada e suas contaminações punitivas. *Prim@ Facie*, v. 22, p. 220–243, 2025.

DINIZ, A. L. T.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência Plural*, v. 7, n. 3, p. 137–157, 2021.

FARIAS-ANTUNEZ, S. *et al.* Sociodemographic profile of primiparous mothers from nine birth cohorts in three Brazilian cities. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 1–12, 2021.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 18. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

FERNANDES, C. M. *et al.* Socioeconomic factors increase the risk of teenage pregnancy: spatial and temporal analysis in a Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 27, p. 1–9, 2024.

FERRARI, W.; PERES, S. Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. 1–14, 2020.

FERREIRA NETO, J. L.; FERREIRA, M. E. C.; OLIVEIRA, M. E. C.; PENIDO, C. M. F. A formulação da Política Nacional de Humanização e seus antecedentes históricos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 44, 2024.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2014.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRICKER, M. *Injustiça epistêmica: o poder e a ética do conhecimento*. Tradução de Breno R. G. Santos. São Paulo: Edusp, 2023.

FUJIMORI, E. *et al.* Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 13, n. 3, p. 177–184, set./dez. 2000.

GABRIEL, A. de B.; SANTOS, B. R. G. A injustiça epistêmica na violência obstétrica. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60012, 2020.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa

renda. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153–161, jan./fev. 2002.

GIRARDI JR., L. Pierre Bourdieu: mercados linguísticos e poder simbólico. Famecos, Porto Alegre, v. 24, n. 3, 2017.

GOMES, R.; FONSECA, E. M. G. O.; VEIGA, A. J. M. O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 408–414, maio/jun. 2002.

GONÇALVES, K. D. *et al.* A humanização do processo de parturição sob a ótica de adolescentes. Saúde, Santa Maria, v. 42, n. 1, p. 83–92, jan./jun. 2016.

GONZAGA, P. R. B. Psicologia, saúde sexual e saúde reprodutiva: urgências para a formação profissional. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 42, n. spe, e262847, 2022.

GUERRA, W. *et al.* Como deve ser a assistência prestada a adolescentes grávidas na atenção primária? Research, Society and Development, v. 9, n. 11, p. 1–16, 2020.

HEATLEY TEJADA, A. Vulnerabilidad a la pobreza y juventud: entre la desprotección y el adultocentrismo. Gestión y Política Pública, México, v. 31, n. 1, p. 127–158, 2022.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13–45, jun. 2002.

HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; REBERTE, L. M. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 151–157, jan./mar. 2010.

HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003.

INFOSAÚDE-DF. Recorte inicial: nascidos vivos no Distrito Federal por UF de residência da mãe. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2023.

IPEDF – INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL. Ceilândia é a região mais populosa do lado oeste do Distrito Federal. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2022.

JARDIM, I. M. M.; MELHEM, A. R. F.; SALDAN, P. C. Temporal analysis of maternal care and newborn characteristics in the city of Guarapuava-PR from 2010 to 2019. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 24, p. 1–9, 2024.

JUNQUEIRA, M. P. V. D. *et al.* Assistência dos profissionais de saúde no parto e no puerpério: dando voz às mulheres adolescentes. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 24, e59448, p. 1–7, 2022.

KNOBEL, M. A. Maurício Knobel e a síndrome normal da adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KWIATKOWISKI, H. S. *et al.* Educação e relações interprofissionais na saúde: uma revisão integrativa. *Revista Saúde em Redes*, v. 8, n. 1, 2022.

LEAL, C. B. M. *et al.* Assistência de enfermagem ao público adolescente na atenção primária. *Revista Enfermagem Atual*, n. 86, ed. especial, 2018.

LEAL, M. A. R. F.; CASTELAR, M. Abortamento na adolescência: atuação de psicólogas em hospitais-maternidade públicos de Salvador, Bahia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, p. 1–15, 2019.

LEAL, M. do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017.

LEITE, T. H. *et al.* Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, e12222023, 2024.

LIMA MELO, B. L. P. *et al.* Violência obstétrica à luz da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural. *Revista Cuidarte*, v. 13, n. 1, 2022.

LÍRIO, L. C. A construção histórica da adolescência. *Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo – EST*, São Leopoldo, v. 28, p. 72–79, maio/ago. 2012.

LOLIS, D.; MOREIRA, F. S. Trabalho em rede: um olhar sobre a garantia da integralidade dos direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba-PR. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 19, n. 1, p. 109–130, 2017.

MACHADO PIROTTA, K. C. A construção sócio-histórica da adolescência e as políticas públicas. *Boletim do Instituto de Saúde – BIS*, São Paulo, n. 40, p. 2–6, 2006.

MANIAS, E. *et al.* Medication error trends and effects of person-related, environment-related and communication-related factors on medication errors in a paediatric hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, v. 55, n. 3, p. 320–326, mar. 2019.

MARQUES, P. C. F. Aspectos jurídicos da autodeterminação dos filhos em relação aos pais no exercício do direito à saúde: o sigilo médico no atendimento médico de crianças e adolescentes. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 5, 2024.

MARRERO, L. *et al.* Violência institucional referida pelo acompanhante da parturiente em maternidades públicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, eAPE20190220, 2020.

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 3, p. 350–357, 2019.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- MIRANDA, L. L. *et al.* “O hoje afetando o amanhã”: pesquisando gravidez na adolescência no cotidiano escolar. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 35, p. 1–11, 2024.
- MIURA, P. O. *et al.* Gravidez na adolescência e as experiências da vida escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 27, p. 1–9, 2023.
- MOURA, M. S. S.; GIANNELLA, V. A arte de escutar: nuances de um campo de práticas e de conhecimento. *Revista Terceiro Incluído*, v. 6, 2016.
- NASCIMENTO, T. L. C. *et al.* Fatores associados à variação espacial da gravidez na adolescência no Brasil, 2014: estudo ecológico de agregados espaciais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1–11, 2021.
- NOGUEIRA, N. N. *et al.* Perfil nutricional de recém-nascidos de mães adolescentes suplementadas com ferro, zinco e ácido fólico. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 193–200, maio/ago. 2002.
- OLIVEIRA, M. T. *et al.* Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 166–178, mar. 2012.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha. Brasil: ONU, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Adolescent health. Geneva: World Health Organization, s.d.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.
- OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 133, p. 97–125, jan./abr. 2008.
- PAIVA, A. de M. G. *et al.* Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 27, e75198, 2022.
- PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009–2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- PINTO, I. V. *et al.* Gravidez em meninas menores de 14 anos: análise espacial no Brasil, 2011 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1–12, set. 2024.

RAESIDE, L.; REILLY, K. Neonatal pain guideline. West of Scotland: MCN for Neonatology, 2021.

RATOWIECKI, J. *et al.* Desigualdades sociais em mães adolescentes e a relação com resultados perinatais adversos em populações sul-americanas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 1–11, 2020.

ROGOFF, B. A natureza cultural do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SANTOS, B. R.; GONÇALVES, I. B. (org.) Escuta protegida de crianças e de adolescentes vítimas ou testemunhas de violências: aspectos teóricos e metodológicos: guia de referência para capacitação em escuta especializada e depoimento especial. Brasília: Universidade Católica de Brasília; São Paulo: Childhood Brasil, 2020.

SANTOS, B. R. *et al.* Gravidez na adolescência no Brasil: vozes de meninas e de especialistas. Brasília: INDICA, 2017.

SANTOS, S. F. M. dos *et al.* Fatores associados à adequação do ganho de peso gestacional de adolescentes brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2629–2642, jul. 2022.

SCHIOCCHET, T.; ARAGÃO, S. M. de. Panorama jurisprudencial da violência obstétrica e análise discursiva das decisões judiciais do Sul do Brasil. *Revista Direito GV*, São Paulo, v. 19, e2321, 2023.

SILVA JÚNIOR, A. E. *et al.* Tendência do estado nutricional de gestantes adolescentes beneficiárias do programa Bolsa Família, 2008–2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2613–2624, jul. 2021.

SILVA, A. M. N. *et al.* Influences of the affective-relational sphere with partners on adolescents' intended pregnancy. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 32, p. 1–16, 2023.

SILVA, L. E. S. *et al.* Início oportuno do pré-natal em adolescentes vítimas de violência sexual: implicações para o aborto legal no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 1–11, jan. 2025.

SILVA, M. C. *et al.* Desafios entre o processo formativo do enfermeiro e a assistência oferecida à saúde do adolescente. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 17431–17442, 2021.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, v. 10, n. 2, p. 73–88, 2002.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, e190548, 2020.

SODRÉ, F.; ROCON, P. C. O trabalho em saúde pode ser considerado tecnologia leve? *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, e210545, 2023.

SORJ, B. Arenas de cuidado nas interseções entre gênero e classe social no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 43, n. 149, p. 478–491, maio/ago. 2013.

TAQUETTE, S. R. The invisible magnitude of the rape of girls in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, n. 103, p. 1–8, 2021.

VENTURI, G.; BOKANY, V. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

WAINBERG, J. A. Comunicação e escuta. *E-Compós*, v. 21, n. 1, 2018.

WESTON, F. C. L. *et al.* Comunicação de adolescentes hospitalizados com a equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 31, e68547, 2023.