

Marcas do *Tempo*

Gravidez na Adolescência e seus

Impactos na Vida de Mulheres no Brasil



Sumário

EXPEDIENTE.....	7
APRESENTAÇÃO.....	8
Contexto e Relevância	10
Pergunta de Pesquisa	14
Objetivo do Estudo	14
Abordagem Metodológica.....	15
Teoria e Hipóteses.....	18
• Determinantes e Fatores Proxiais	19
• Evento Focal.....	19
• Efeitos ao Longo do Tempo.....	20
• Hipóteses.....	21
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	24
Resultados da Survey	24
Análise Comparada (com Pareamento)	29
• Estimativas Causais (Efeitos).....	29
• Evidências Qualitativas (Mecanismos).....	32
EDUCAÇÃO.....	36
Resultados da Survey	36
Análise Comparada (com Pareamento)	41
Estimativas Causais (Efeitos)	42
Evidências Qualitativas (Mecanismos)	45
• Evasão escolar: da interrupção pontual ao constrangimento estrutural	45
• Cansaço como categoria estruturante	47
• Rede de apoio: fator decisivo para permanência ou evasão ..	49
• Estigma institucional e exclusão simbólica	51
• Efeitos psicológicos e internalização do estigma	53

- Qualidade do ensino público e desmotivação anterior à gravidez.....54 - Desigualdades estruturais e condições de permanência55 - Valorização da educação e resistência57 - Trajetórias das jovens que não viveram gravidez na infância ou adolescência: obstáculos estruturais sem evento disruptivo único.....59	
Síntese Integradora	67
TRABALHO E RENDA	68
Resultados da Survey	68
Análise Comparada (com Pareamento)	72
Estimativas Causais (Efeitos)	72
Evidências Qualitativas (Mecanismos)	75
- Trabalho como necessidade e como constrangimento - Ambivalência no retorno ao trabalho..... - Esgotamento, cuidado e abandono do emprego formal - Rede de apoio, creches e restrição de oportunidades - Estigma nos processos seletivos e feminilização das ocupações - Trajetórias das jovens que não viveram a gravidez na infância ou adolescência	75 76 77 79 80 84
Síntese Integradora	88
SAÚDE E BEM-ESTAR	90
Resultados da Survey	90
Análise Comparada (com Pareamento)	93
Estimativas Causais (Efeitos)	94
Evidências Qualitativas (Mecanismos)	95
- Maternidade na infância ou adolescência e impacto sobre o bem-estar: vulnerabilidade, sobrecarga e sofrimento..... - Saúde mental: exaustão, silenciamento e invisibilidade do sofrimento..... - Saúde física e estigma nos serviços de saúde - Autoabandono e renúncia ao cuidado de si - Trajetórias das jovens que não viveram uma gravidez na infância ou adolescência: maior circulação, maior reconhecimento do sofrimento - Saúde física, violência obstétrica e uso dos serviços	95 97 100 101 103 105
Síntese Integradora	108

FAMÍLIA E APOIO	110
Resultados da Survey	110
Análise Comparada (com Pareamento)	117
Estimativas Causais (Efeitos)	118
Evidências Qualitativas (Mecanismos)	122
- Família como principal rede de apoio: presença, condicionalidades e tensão - Progenitor: presença ambígua e assimetria de gênero no cuidado..... - Sobrecarga, isolamento e vulnerabilidade quando o apoio é insuficiente..... - Apoio institucional: insuficiente, pontual e desigualmente distribuído..... - Isolamento social e perda de experiências da juventude... - Estratégias de enfrentamento a violações de direitos..... - Trajetórias das jovens que não vivenciaram uma gravidez na infância ou adolescência: redes mais plurais, apoio menos urgente.....	122 125 127 129 130 131 133
Síntese Integradora	138
AUTONOMIA E AGÊNCIA.....	140
Resultados da Survey	140
Análise Comparada (com Pareamento)	143
Estimativas Causais (Efeitos)	144
Evidências Qualitativas (Mecanismos)	145
- Autonomia como campo constantemente tensionado - Autonomia financeira: dependência, constrangimento e restrição de escolhas - Projeto de vida: deslocamento do “eu” para o “nós” - Estigma, preconceito e vigilância social sobre as jovens mães..... - Trajetórias das jovens sem vivência da gravidez na infância ou adolescência: autonomia mais inegociável, projetos mais centrados em si.....	145 147 148 150 151
Síntese Integradora	155
SEXUALIDADE E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	156
Resultados da Survey	156
Análise Comparada (com Pareamento)	162
Estimativas Causais (Efeitos)	162
Evidências Qualitativas (Mecanismos)	165

• Silenciamento, tabu e ausência de educação sexual consistente	165
• Contracepção, acesso e coerção reprodutiva	169
• Acesso tardio à informação: o pré-natal como porta de entrada	172
• Acesso intermitente à contracepção e persistência da vulnerabilidade reprodutiva	174
• Conscientização tardia e conquista da autonomia corporal	175
• Trajetórias das jovens sem vivência da gravidez na infância ou adolescência: maior margem de elaboração, mas não ausência de controle	177
Síntese Integradora	184

SÍNTESE E DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS ACHADOS	186
Educação	191
Trabalho e Renda	191
Saúde e Bem-Estar.....	192
Família e Redes de Apoio.....	192
Autonomia e Agência	193
Sexualidade e Direitos Reprodutivos.....	194
Interseccionalidade (raça/cor ou etnia e território).....	195

RECOMENDAÇÕES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS	196
Educação	197
Trabalho e Renda	199
Trabalho Reprodutivo (doméstico e de cuidado)	200
Saúde e Bem-Estar.....	202
Sexualidade e Direitos Reprodutivos.....	205
Autonomia e Direitos.....	209

CONSIDERAÇÕES FINAIS	210
-----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS.....	214
-------------------------	------------

ANEXO – PAREAMENTO	215
Estratégia de Identificação.....	215
Especificação e Balanceamento	216
Diferença de Análise entre Amostra Total e Amostra Condicional	217



REALIZAÇÃO PLAN INTERNATIONAL BRASIL

CEO

Cynthia Betti

Diretora de Operações

Camila Maia

Diretora de Marketing e Fundraising

Vivian Fasca

Head de Programas e Patrocínio

Creuziane Barros

Gerente de Comunicação e Marketing

Flavia Cuzziol de Carvalho

Gerente de Controladoria

Renan Campos

Gerente de Pessoas e Cultura

Gloria Pires

Gerente de Mobilização de Indivíduos

Laura Vitto

Gerente de Parcerias Corporativas e Institucionais

Marcela Garcia

Gerente de Patrocínio

Helliza Rodrigues

Gerente de Unidade de Programas – São Luís (MA)

Geyse Costa

Gerente de Unidade de Programas – Codó (MA)

Aline Xavier

Gerente de Projetos – São Paulo (SP)

Raquel Ribeiro

Gerente de Projetos – Salvador (BA)

Elaine Amazonas (até 05/2026)

Coordenadora de Unidade de Programas – Teresina (PI)

Thayná Lima

Especialista em Gênero e Inclusão

Ana Nery Lima

Coordenadora de Proteção e Desenvolvimento Infantil

Gezyka Silveira

Especialista em Empoderamento Econômico

Isabela Pronsate

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA PUBLICAÇÃO

Diretor de Programas e Advocacy

Flávio Debique

Gerente de Estratégia e Inteligência de Dados

Robson Almeida

Coordenadora de Advocacy e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Paula Alegria

Comitê de Programas e Advocacy

Gabriela Aratangy Pluciennik

Comitê Externo de Ética de Pesquisa

Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso Brasil)



Coordenação Executiva

Nathália Alonso Martins, CEO e Diretora de Dados
Lucas Antonio Cividanes Gomes, Diretor de Pesquisas

Coordenação Técnica

Lucas Antonio Cividanes Gomes, Diretor de Pesquisas

Desenvolvimento e Elaboração

Lucas Antonio Cividanes Gomes, Diretor de Pesquisas
Nathália Alonso Martins, CEO e Diretora de Dados
Isabela Pereira de Sena, Pesquisadora
Gabriela Amaral de Paula Melo, Pesquisadora
Mel Bleil Gallo, Especialista em Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Equipe de Pesquisadoras de Campo

Angela Cristina Cordeiro de Souza
Bruna Quinsan Camargo
Camila Braz da Silva
Camila Trindade Coelho
Carol Cardoso Rodrigues
Jaqueline de Araújo Vieira
Juliana Borges de Souza
Kathleen Damaris Chamorro Pablo
Keila de Oliveira Antonio
Lidia Valesca Bomfim Pimentel Rodrigues
Maria de Lurdes Santana Rita
Mireile Silva Martins
Patricia Jimenez Rezende
Renata de Andrade Santos
Silmara Moraes dos Santos

Equipe de Articulação Regional

Beatriz Ávila
Gabriela Ferreira
Lais Milhomens
Lola Ferreira
Sueli Feliziani

Design

Cleber Machado

Organizações parceiras de articulação

Articulação Feminista de Marabá
Associação de Capacitação e Instrução de Economia Solidária do Povo (ACIESP)
Associação de Mulheres Produtoras Agroextrativista da Foz do Rio Mazagão Velho
Casa de Referência Mulheres Mirabal
Casa Fluminense
Casa Marielle
Centro de Convivência Mais que Vencedores
Centro de Formação Urbano Rural Irmã Araújo (Cefuria)
Coletivo de Mulheres Indígenas do Povo Aikewara Suruí
Coletivo Feminista Ana Montenegro
Coletivo Juntas SC
Coletivo Utopia Negra Amapaense
Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Ceará
Frente Catarinense de Luta pela Descriminalização e Legalização do Aborto
Instituto AzMina
Instituto Elas Resistem - Instrelas
Maria Mulher Organização de Mulheres Negras
Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS)
Secretaria Municipal de Saúde de Feijó
União dos Povos Indígenas do Vale do Javari (Unijava)
Universidade Federal do Amapá
União de Mulheres de São Paulo

Apresentação

Há marcas que o tempo imprime sem pedir licença. Algumas são sutis, quase invisíveis, como linhas finas que só aparecem quando a luz incide de um certo ângulo. Outras são profundas, atravessam o corpo, a memória e o destino. Esta pesquisa nasce do encontro com as marcas deixadas pela experiência da gravidez na infância e na adolescência nas vidas de mulheres no Brasil. Ao ouvir mais de 1.500 jovens mulheres de todas as regiões do país, buscamos compreender como essa experiência influencia trajetórias educacionais, econômicas e sociais ao longo do tempo.

“Marcas do tempo” é mais do que um título. É um convite a olhar para o curso da vida como um território atravessado por desigualdades que não começam no instante da gravidez, mas que ali se tornam mais visíveis, mais duras, mais difíceis de contornar. Ao trazer as histórias destas mulheres, de Norte a Sul do Brasil (aquelas que engravidaram e aquelas que não), buscamos compreender os caminhos que se estreitam, as oportunidades que se deslocam, os direitos que se tornam inacessíveis.

Para a Plan International Brasil, compreender os impactos da gravidez na infância e na adolescência é parte do compromisso de garantir que meninas tenham seus direitos respeitados e possam construir seus projetos de vida em segurança. Produzir evidências sobre essa realidade é fundamental para qualificar o debate público e fortalecer respostas que coloquem as meninas no centro das decisões.

O tempo, aqui, não é apenas cronológico. É social. É político. É um tempo marcado por interrupções e acelerações forçadas, por responsabilidades antecipadas e por futuros adiados. É o tempo das meninas que deixam de ser vistas como crianças antes que lhes seja permitido viver a infância. É o tempo das escolhas que nunca foram inteiramente escolhas.

As marcas do tempo também se expressam nos territórios. O acesso à educação, à saúde, à informação e à proteção não é distribuído de forma igual no Brasil. O lugar onde uma menina nasce e cresce influencia as oportunidades que encontrará ao longo da vida.

Tempo e espaço se entrelaçam para produzir o que vemos: desigualdades persistentes, sustentadas por marcadores sociais como gênero, raça/cor ou etnia, classe e território. Esses marcadores são estruturas vivas que transformam a gravidez precoce não em um evento isolado, mas em um ponto de inflexão que aprofunda vulnerabilidades já existentes.

Esta pesquisa também é fruto de um investimento filantrópico baseado em confiança, que permitiu ampliar nossa capacidade de produção de conhecimento e aprofundar a compreensão sobre temas centrais para os direitos das meninas. Esse apoio reforça nosso compromisso com ações sustentáveis e transformadoras de longo prazo.

Ao longo desta pesquisa, as vozes das mulheres revelam que as marcas do tempo são também marcas de violência e de resistência. Há histórias de interrupção escolar, de exclusão do mercado de trabalho, de sobrecarga de cuidados. Mas há também narrativas de reinvenção, de força, de busca por autonomia em contextos adversos. Reconhecer essas trajetórias em sua complexidade é parte fundamental do que fazemos.

“Marcas do tempo” é, portanto, um exercício de escuta e de responsabilização. Escuta atenta às experiências das mulheres. Responsabilização coletiva por um país que ainda permite que meninas tenham seus caminhos tão profundamente condicionados por desigualdades estruturais.

Se o tempo deixa marcas, ele também pode ser reescrito. E se o espaço delimita, ele também pode ser transformado. Este estudo é um chamado para que, no aqui e agora, possamos reconhecer essas marcas não como destinos inevitáveis, mas como evidências urgentes de que mudanças são necessárias e possíveis. Que este estudo contribua para ampliar a compreensão sobre essa realidade e inspire ações concretas para que nenhuma menina tenha seu projeto de vida limitado por desigualdades que poderiam e deveriam ser evitadas.

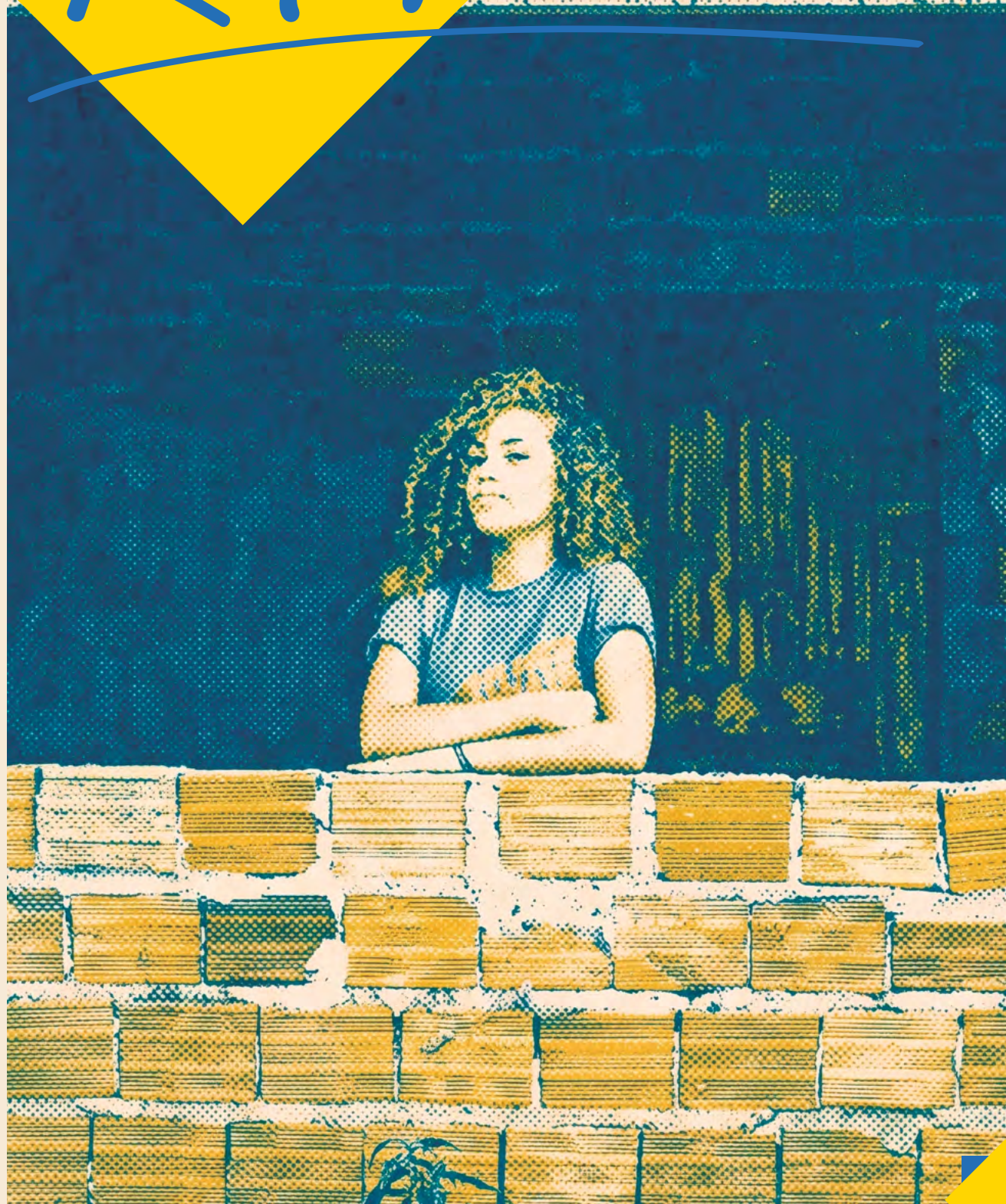
Cynthia Betti

CEO da Plan International Brasil

Apresentação

Contexto

e Relevância



A gravidez na infância ou adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a gestação entre os 10 e 19 anos. Trata-se de um fenômeno social e de saúde pública que reflete desigualdades estruturais de gênero, raça/cor ou etnia, classe social e território. Mais do que um evento biológico, trata-se de uma expressão das condições sociais, culturais e institucionais que limitam a autonomia corporal e o direito à educação e ao desenvolvimento integral de meninas, adolescentes, jovens mulheres e outras pessoas que gestam.

No contexto brasileiro, o tema adquire relevância singular devido à persistência de desigualdades históricas e regionais. Embora as taxas de fecundidade total tenham caído significativamente nas últimas décadas, a fecundidade entre adolescentes e jovens permanece elevada. Em 2022, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), adolescentes de até 19 anos responderam por cerca de 12% dos nascimentos no país, proporção que chega a 20% na Região Norte e 15% no Nordeste, contrastando com 9% no Sudeste. Entre as adolescentes que engravidaram precocemente, três em cada quatro são negras (68% pardas e 7% pretas), além de 2,3% indígenas, o que revela uma sobrerrepresentação acentuada desses grupos. Essas desigualdades estão associadas à exclusão educacional, à pobreza e à limitação no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva adequados.

Outro dado importante do SINASC é que, embora apenas 4,5% das gravidezes na infância ou adolescência sejam de meninas com até 14 anos, esse número ainda representou 14 mil casos em 2022. Uma questão ainda mais preocupante, quando cerca de 16% destas meninas foram declaradas como casadas ou em união estável, evidenciando a sobreposição entre maternidade precoce e casamento infantil. Esses padrões refletem não apenas a pobreza material, mas também violências simbólicas e institucionais que restringem o acesso a direitos e serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Segundo a literatura recente, sintetizada na revisão sistemática de Raya-Díez et al. (2024), a gravidez na infância ou adolescência é simultaneamente causa e consequência de múltiplos processos de exclusão social. As autoras demonstram que suas principais causas incluem condições econômicas precárias, que expõem meninas a contextos de vulnerabilidade e dependência; baixo nível educacional e ausência de educação integral em sexualidade, fatores que reduzem a capacidade de decisão e o acesso a informações sobre contracepção; violência e coerção sexual, frequentemente perpetradas em ambientes familiares ou comunitários; normas socioculturais

patriarcais e religiosas, que naturalizam a maternidade precoce e restringem a autonomia reprodutiva; e acesso desigual a serviços de saúde, especialmente em áreas rurais e periferias urbanas, onde há escassez de profissionais, métodos contraceptivos e disseminação de informação qualificada.

Os efeitos da gravidez na infância ou adolescência são igualmente complexos e multidimensionais. A revisão da literatura de Raya-Díez et al. (2024) identifica ao menos quatro dimensões de impacto centrais:

- **Educação:** interrupção da trajetória escolar e queda nas expectativas educacionais, reduzindo a mobilidade social intergeracional;
- **Trabalho e renda:** inserção tardia e precária no mercado de trabalho, perpetuando o ciclo de pobreza;
- **Saúde física e mental:** aumento do risco de mortalidade materna, complicações obstétricas e sofrimento psicológico, incluindo depressão pós-parto e estigmatização social; e
- **Autonomia e cidadania:** restrições à autonomia sexual e reprodutiva, dependência econômica e emocional, e perpetuação de papéis tradicionais de gênero.

A literatura brasileira converge com esse diagnóstico. Estudos como os de Cruz (2016) e Santos et al. (2021) demonstram que a gravidez na adolescência no Brasil é fortemente associada a determinantes estruturais: desigualdade de renda, escolaridade e raça/cor ou etnia. Cruz (2016) identificou que adolescentes pretas, pardas e indígenas têm maior probabilidade de engravidar precocemente, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, territórios com menores indicadores de desenvolvimento humano. Santos et al. (2021), ao analisarem municípios da Amazônia Legal, confirmaram que os fatores de renda e educação são os mais determinantes na explicação das taxas elevadas, reforçando o papel da exclusão social e territorial.

Do ponto de vista educacional, a gravidez na infância ou adolescência está intimamente relacionada à evasão escolar e à limitação das oportunidades futuras. Essa conclusão é amplamente corroborada por Almeida e Aquino (2011) e Pontili e Lopes (2015), que demonstram empiricamente que a maternidade na adolescência reduz significativamente a probabilidade de conclusão do ensino básico e a permanência escolar. De modo inverso, a frequência à escola atua como fator protetor, reduzindo a probabilidade de maternidade precoce. Essa relação recursiva entre gravidez e eva-

são escolar alimenta um ciclo intergeracional de pobreza e vulnerabilidade, aspecto destacado também por Meincke et al. (2011) e Santos et al. (2021).

Em relação às dimensões culturais e familiares, estudos revisados mostram que ambientes marcados por machismo, violência de gênero e ausência de diálogo familiar sobre sexualidade elevam o risco de gravidez na infância ou adolescência. Essa conclusão encontra eco em pesquisas brasileiras, como a de Chacham et al. (2012), que demonstram a forte associação entre gravidez e situações de controle e violência por parceiros íntimos, especialmente entre jovens de baixa renda. Araújo et al. (2021) observaram a presença de antecedentes familiares de gravidez na infância ou adolescência, muitas vezes a repetição de um padrão materno, e a baixa eficácia da educação sexual formal em modificar condutas.

Os efeitos sobre a saúde também figuram como componente central das análises internacionais e nacionais, em especial os riscos obstétricos e psicológicos que acometem mães adolescentes e seus filhos quando a gestação ocorre antes dos 15 anos. Estudos brasileiros recentes, como os de Pinto et al. (2024) e Cardieri (2023), confirmam esse quadro, indicando maiores proporções de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade materna e fetal entre meninas de 10 a 14 anos, muitas vezes em contextos de estupro de vulnerável (Souto et al., 2017). A carência de pré-natal adequado e o início tardio do acompanhamento médico reforçam as desigualdades regionais e raciais já observadas.

Sob o prisma econômico e ocupacional, a maternidade precoce restringe severamente a participação das jovens no mercado de trabalho, induzindo-as a trajetórias de precarização e dependência econômica. Essa constatação é reiterada por Santos et al. (2021), que estimaram que a presença de um filho reduz em quase 19 pontos percentuais a probabilidade de frequência escolar e em 14 pontos percentuais a participação na população economicamente ativa (PEA). Além disso, Meincke et al. (2011) apontam que a dependência financeira e o abandono escolar das jovens mães também alimentam o ciclo de vulnerabilidade familiar e de reprodução da pobreza, em uma transmissão geracional da exclusão social.

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender a gravidez na infância ou adolescência como um fenômeno intersetorial, ao mesmo tempo educacional, econômico, de saúde pública e de proteção social, que requer abordagens combinadas de pesquisa e intervenção. A análise de seus impactos multidimensionais permitirá não apenas estimar seus efeitos causais sobre as trajetórias de vida de jovens mulheres, mas também revelar os mecanismos sociais e culturais que sustentam a reprodução das desigualdades de gênero, raça/cor ou etnia e território no país.

Este estudo propõe investigar o fenômeno em escala nacional, considerando diferenças regionais, raciais e socioeconômicas, e contribuindo com evidências em-

píricas robustas para o aprimoramento de políticas públicas voltadas à equidade de gênero, à proteção de direitos sexuais e de direitos reprodutivos, à promoção da justiça reprodutiva e ao empoderamento educacional, econômico, social e reprodutivo de jovens mulheres no Brasil.

Pergunta de Pesquisa

O presente estudo é orientado pela seguinte pergunta de pesquisa:

Como a gravidez na infância ou adolescência impacta a trajetória de vida de jovens mulheres no Brasil, em comparação com aquelas que não passaram pela experiência da gravidez na infância ou adolescência?

Essa pergunta central busca ir além da simples descrição de correlações, propondo a identificação de efeitos causais e mecanismos explicativos. A hipótese central é que a gestação e a maternidade precoces produzem impactos negativos de longo prazo nas dimensões educacional, econômica, ocupacional, de saúde física e mental e de autonomia social. Efeitos que, por sua vez, são modulados por variáveis interseccionais como gênero, raça/cor ou etnia, classe social e território.

Ao nos referirmos à gravidez precoce ou à gravidez na infância ou adolescência, adotamos a definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), compreendendo as gestações que ocorreram no período entre 10 e 19 anos, subdividido em 10 a 14 anos (informalmente chamada de “pré-adolescência”) e 15 a 19 anos (adolescência propriamente dita). Essa distinção orienta as comparações entre grupos, reconhecendo que os riscos e impactos são distintos entre essas faixas etárias¹.

Objetivo do Estudo

O objetivo central do estudo é produzir um retrato representativo das trajetórias de vida de jovens mulheres de 19 a 29 anos no Brasil, com foco na experiência da gravidez na infância ou adolescência, ou seja, na experiência de jovens que engravidaram quando ainda eram meninas ou adolescentes.

Do ponto de vista demográfico, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc, 2024), o Brasil conta com aproximadamente 17,4

1. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende o período entre 10 e 11 anos como infância e entre 12 e 17 anos, como adolescência. As definições do ECA e da OMS não competem entre si, sendo a primeira de caráter normativo e a segunda, técnico-epidemiológica. No caso desta pesquisa, quando falamos de gravidez precoce, nos referimos àquelas gravidezes que ocorreram na infância ou na adolescência.

milhões de mulheres entre 19 e 29 anos (cerca de 8% da população brasileira), das quais cerca de 6,4 milhões já têm filhos. Entre essas, aproximadamente 3,5 milhões tiveram o primeiro filho até os 19 anos, evidenciando a relevância da maternidade precoce na estrutura das trajetórias reprodutivas das jovens brasileiras.

A partir desse retrato, busca-se realizar uma análise comparada entre jovens que vivenciaram a gravidez até os 19 anos e jovens que não passaram por essa experiência, permitindo a construção de estimativas de impacto em diferentes dimensões da vida, como educação, trabalho, renda, saúde, relações familiares, autonomia e acesso a direitos.

Para além da mensuração desses efeitos, o estudo também se propõe a compreender os mecanismos que os produzem. Isso é feito por meio da incorporação das narrativas das próprias jovens mulheres, que permitem explorar como elas interpretam suas trajetórias, suas escolhas e os desafios enfrentados ao longo do tempo.

Adicionalmente, o estudo inclui a perspectiva de profissionais de saúde, contribuindo para a identificação de barreiras institucionais, lacunas na oferta de serviços e desafios na implementação de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens.

Assim, o objetivo não se limita a produzir um retrato fidedigno das jovens mulheres no Brasil e estimar diferenças entre grupos, mas também a compreender como essas diferenças se formam, se reproduzem e, eventualmente, podem ser enfrentadas por meio de políticas públicas mais eficazes e sensíveis às realidades vividas por elas.

Abordagem Metodológica

A pesquisa adota uma abordagem de métodos mistos, estruturada de forma integrada desde o desenho até a análise dos resultados.

O componente quantitativo consiste em uma survey representativa nacional com jovens mulheres de 19 a 29 anos, que permite construir um panorama amplo das condições de vida desse grupo. A partir desses dados, são realizadas análises comparativas entre jovens com e sem experiência de gravidez na infância ou adolescência, incluindo a estimação de efeitos por meio de técnicas de pareamento (*matching*) que buscam aproximar grupos comparáveis com base em características prévias (pré-tratamento). Esse procedimento é fundamental para reduzir vieses de seleção e permitir interpretações mais robustas sobre os impactos associados à gravidez na infância ou adolescência.

O componente qualitativo, por sua vez, é composto por entrevistas em profundidade e de história de vida com jovens mulheres e com profissionais de saúde. As entrevistas com as jovens permitem reconstruir trajetórias de vida, explorando

dimensões que não são plenamente captadas por indicadores quantitativos, como expectativas, percepções de escolha, experiências de cuidado, relações afetivas e vivências de estigma ou apoio. Já as entrevistas com profissionais de saúde oferecem uma visão institucional, evidenciando como políticas e serviços são implementados na prática, bem como suas limitações.

A integração entre os métodos ocorre por meio de uma estratégia de triangulação analítica. Os resultados quantitativos ajudam a identificar padrões gerais e diferenças sistemáticas entre grupos, enquanto os dados qualitativos contribuem para interpretar esses padrões, revelando os mecanismos, contextos e significados subjacentes.

Essa abordagem está ancorada em uma perspectiva interseccional, que orienta tanto o desenho quanto a análise da pesquisa. Isso significa considerar que as trajetórias das jovens são moldadas pela interação entre múltiplos marcadores sociais, como gênero, raça/cor ou etnia, classe social e território, e que os efeitos da gravidez na infância ou adolescência podem variar a depender dessas combinações.

Dessa forma, a metodologia busca não apenas estimar impactos médios, mas também compreender a heterogeneidade desses efeitos e os contextos em que eles se manifestam, contribuindo para uma leitura mais precisa e contextualizada das trajetórias das jovens mulheres no Brasil.

Do ponto de vista empírico, o componente quantitativo baseia-se em uma survey nacional com jovens mulheres de 19 a 29 anos, estruturada para permitir a comparação entre aquelas que tiveram e que não tiveram a experiência de gravidez na infância ou adolescência. A amostra foi desenhada para garantir robustez descritiva e permitir análises comparadas entre os grupos. A survey foi realizada online através de questionário estruturado, com o apoio de mobilizadoras locais situadas em mais de 300 municípios nas cinco regiões do país. Foram utilizados pesos de pós-estratificação estimados pelo método RAKE (*Raking Ratio Estimation*) para ajustar a amostra às distribuições populacionais da PNADc (2024) a fim de assegurar a representatividade e corrigir potenciais vieses de autoseleção típicos de levantamentos digitais.

Componente	Descrição
População-alvo	Jovens mulheres de 19 a 29 anos no Brasil
Amostra	1.500 respondentes (estratificada por região, raça/cor ou etnia, escolaridade e renda familiar)
Jovens sem experiência de gravidez na infância ou adolescência	1.200 respondentes
Jovens com experiência de gravidez na infância ou adolescência	300 respondentes
Objetivo analítico	Descrever trajetórias e comparar resultados entre jovens que passaram ou não pela experiência da gravidez na infância ou adolescência

Essa abordagem é complementada por um componente qualitativo, composto por entrevistas em profundidade, histórias de vida e entrevistas com jovens mulheres e com profissionais de saúde, permitindo compreender os mecanismos, contextos e significados associados às trajetórias observadas.

Componente	Descrição
Total de entrevistas	50 entrevistas (5 por região, com proporcionalidade de raça/cor ou etnia, escolaridade e renda familiar para as jovens mulheres)
Jovens sem experiência de gravidez na infância ou adolescência	15 entrevistas
Jovens com experiência de gravidez na infância ou adolescência	15 entrevistas
Profissionais de saúde	15 entrevistas
Histórias de vida (jovens mulheres com experiência de gravidez na infância ou adolescência)	5 entrevistas
Objetivo analítico	Compreender mecanismos, contextos e significados das trajetórias e experiências

Vale ressaltar que a metodologia da pesquisa foi estruturada com protocolos de salvaguarda às participantes, assegurando um ambiente ético e seguro ao longo de toda a coleta de dados. Todas as pessoas envolvidas no campo (pesquisadoras, mobilizadoras e articuladoras locais) passaram por processos de sensibilização em temas de salvaguarda, prevenção ao abuso, assédio e exploração sexual, além das temáticas relacionadas a gênero e inclusão, em alinhamento às políticas globais da Plan International. Essas formações incluíram orientações específicas para a realização de uma escuta qualificada e protegida, com atenção à identificação de possíveis situações de violência e violação de direitos, bem como diretrizes claras para encaminhamentos responsáveis quando necessário. Além disso, o desenho metodológico foi submetido à avaliação e aprovação de um Comitê de Ética Externo, constituído por equipe da FLACSO Brasil, que validou a pertinência dos métodos adotados e reforçou as garantias de segurança, confidencialidade e respeito às participantes ao longo de toda a pesquisa.

Teoria e Hipóteses

A teoria deste estudo parte de uma compreensão consolidada na literatura recente de que a gravidez na infância ou adolescência não deve ser interpretada como um evento isolado, mas como um fenômeno social complexo, simultaneamente determinado por desigualdades prévias e produtor de novas desvantagens ao longo da vida. Essa perspectiva está explicitamente incorporada na proposta metodológica, que define a gravidez na infância ou adolescência como um marcador de desigualdades estruturais e, ao mesmo tempo, um fator que contribui para sua reprodução.

Nesse sentido, a revisão sistemática conduzida por Raya-Diez et al. (2024) constitui uma referência central para o modelo analítico adotado. O estudo demonstra que a gravidez na infância ou adolescência está associada a um conjunto inter-relacionado de fatores socioeconômicos, familiares e institucionais, e que seus efeitos se manifestam em múltiplas dimensões da vida, educacional, econômica, social e de saúde, reforçando a necessidade de uma abordagem multidimensional e integrada. Além disso, a revisão destaca que esses efeitos não são homogêneos, variando conforme contexto territorial, classe social, raça/cor ou etnia e acesso a políticas públicas.

• Determinantes e Fatores Proximais

O modelo explicativo empregado distingue dois grandes grupos de determinantes:

- **Determinantes estruturais:** pobreza, desigualdades socioeconômicas, normas de gênero, raça/cor ou etnia e contexto territorial. Esses fatores moldam as oportunidades e restrições enfrentadas pelas jovens antes mesmo da gravidez.
- **Fatores proximais:** acesso à educação, qualidade da informação sobre saúde sexual e reprodutiva, acesso a serviços de saúde, contexto familiar e exposição a situações de violência.

A evidência sintetizada na revisão sistemática mostra que esses fatores operam de forma interdependente, compondo um sistema de vulnerabilidades que aumenta a probabilidade de ocorrência da gravidez na infância ou adolescência. No desenho empírico do estudo, esses elementos são tratados como variáveis pré-tratamento, sendo fundamentais para a construção dos grupos comparáveis e para a identificação de efeitos causais.

• Evento Focal

O evento focal do modelo é a gravidez até os 19 anos, concebida como um ponto de inflexão potencial nas trajetórias de vida.

A partir da literatura, o estudo reconhece duas interpretações complementares:

- A gravidez na infância ou adolescência como resultado de trajetórias previamente vulnerabilizadas;
- A gravidez na infância ou adolescência como evento que reorganiza trajetórias, gerando efeitos adicionais sobre educação, trabalho, relações sociais e autonomia.

Essa dupla interpretação fundamenta a estratégia analítica da pesquisa, que busca separar correlação de efeito causal.

• Efeitos ao Longo do Tempo

O marco lógico organiza os efeitos esperados da gravidez na infância ou adolescência ao longo do ciclo de vida, em coerência com as evidências sintetizadas pela literatura:

Curto prazo

- Interrupção ou atraso escolar (evasão e defasagem)
- Aumento da dependência familiar e econômica
- Reconfiguração das relações familiares

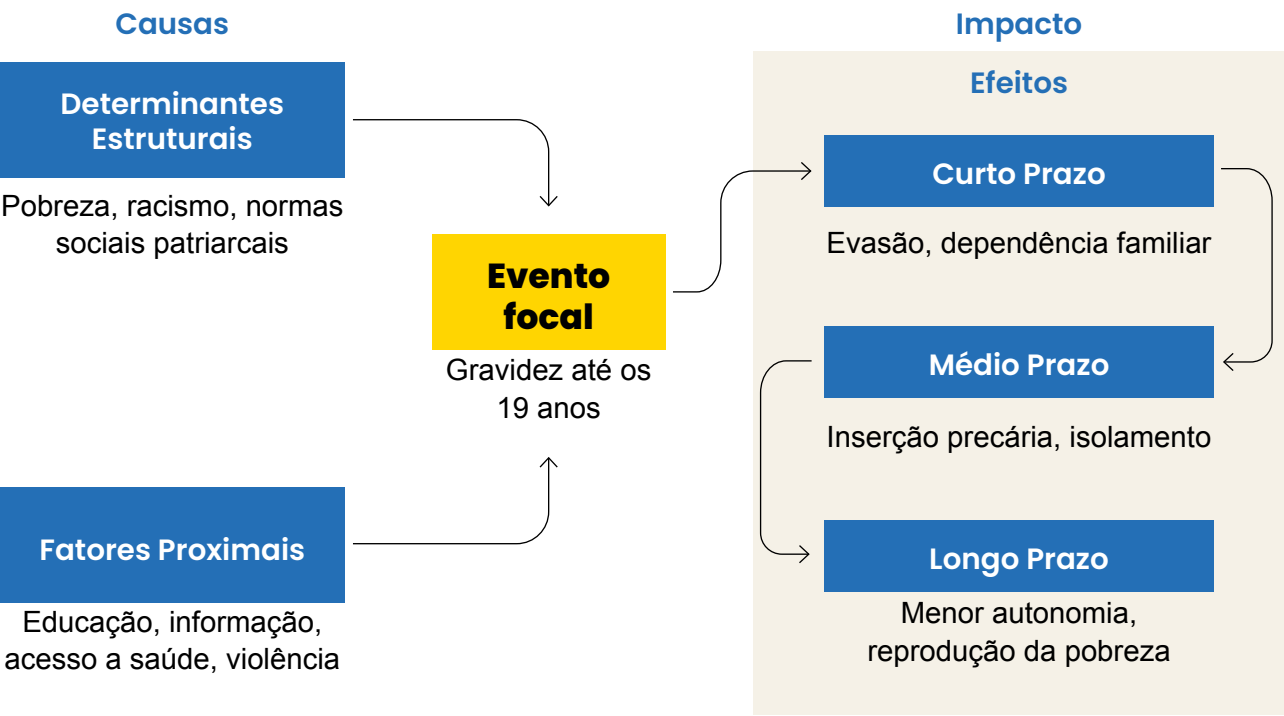
Médio prazo

- Inserção mais precária no mercado de trabalho
- Maior incidência de informalidade e baixa renda
- Restrição de redes sociais e maior isolamento

Longo prazo

- Menor autonomia econômica e decisória
- Persistência de desigualdades educacionais e ocupacionais
- Reprodução intergeracional da pobreza

Qual o modelo explicativo do estudo?



• Hipóteses

A partir desse referencial teórico, a tabela a seguir sintetiza as principais dimensões analíticas do estudo e as hipóteses (expectativas) associadas a cada uma delas.

Dimensão	Hipótese / Expectativa	Referência
Educação	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a probabilidade de evasão escolar.	Almeida & Aquino (2011); Pontili & Lopes (2015); Santos et al. (2021)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz a escolaridade alcançada ao longo da trajetória educacional.	Meincke et al. (2011); Santos et al. (2021)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz expectativas e metas educacionais, limitando a continuidade da formação.	Raya-Diez et al. (2024)
Trabalho e Renda	A gravidez na infância ou adolescência reduz a probabilidade de inserção no mercado de trabalho, especialmente em ocupações formais.	Santos et al. (2021); Meincke et al. (2011)
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a probabilidade de inserção em ocupações precárias, informais e de baixa remuneração.	Raya-Diez et al. (2024); Santos et al. (2021)
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a dependência financeira de parceiros e familiares.	Meincke et al. (2011); Raya-Diez et al. (2024)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz a renda individual e contribui para maior probabilidade de inserção em domicílios de baixa renda.	Santos et al. (2021)

Dimensão	Hipótese / Expectativa	Referência
Saúde e Bem-Estar	A gravidez na infância ou adolescência está associada a maior exposição a riscos de saúde física, incluindo derivadas de complicações gestacionais.	Pinto et al. (2024); Cardieri (2023); Raya-Diez et al. (2024)
	A gravidez na infância ou adolescência está associada a maior vulnerabilidade de acesso a serviços e acompanhamento de saúde.	Chacham et al. (2012); Raya-Diez et al. (2024)
	A gravidez na infância ou adolescência está associada a maior incidência de sofrimento psicológico e sintomas depressivos.	Raya-Diez et al. (2024)
Família e Apoio	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a dependência de redes familiares para cuidado.	Meincke et al. (2011); Raya-Diez et al. (2024)
	A ausência de corresponsabilidade parental tem maior incidência na maternidade na infância ou adolescência.	Araújo et al. (2021); Raya-Diez et al. (2024)
	A presença e qualidade da rede de apoio são menores para mulheres que experienciaram a gravidez na infância ou adolescência.	Raya-Diez et al. (2024)
	Barreiras institucionais e estigma reduzem o acesso a serviços de saúde devido à gravidez na infância ou adolescência.	Raya-Diez et al. (2024)

Dimensão	Hipótese / Expectativa	Referência
Autonomia e Agência	A gravidez na infância ou adolescência reduz a autonomia econômica e a capacidade de tomada de decisão.	Raya-Diez et al. (2024)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz a capacidade de planejamento de futuro e de definição de projetos de vida.	Raya-Diez et al. (2024)
	A gravidez na infância ou adolescência restringe o controle sobre o próprio corpo e a sexualidade.	Raya-Diez et al. (2024)
Interseccionalidade	Os efeitos da gravidez na infância ou adolescência são mais intensos entre jovens negras e indígenas, de baixa renda, e em territórios mais vulneráveis.	Cruz (2016); Santos et al. (2021)



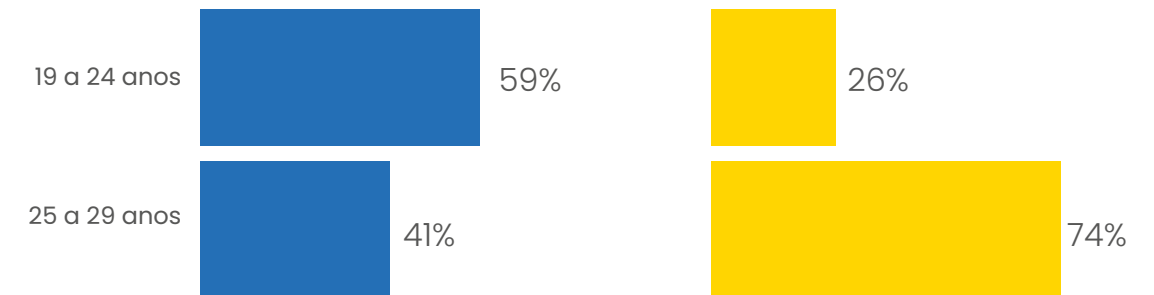
Resultados da Survey

Perfil Sociodemográfico

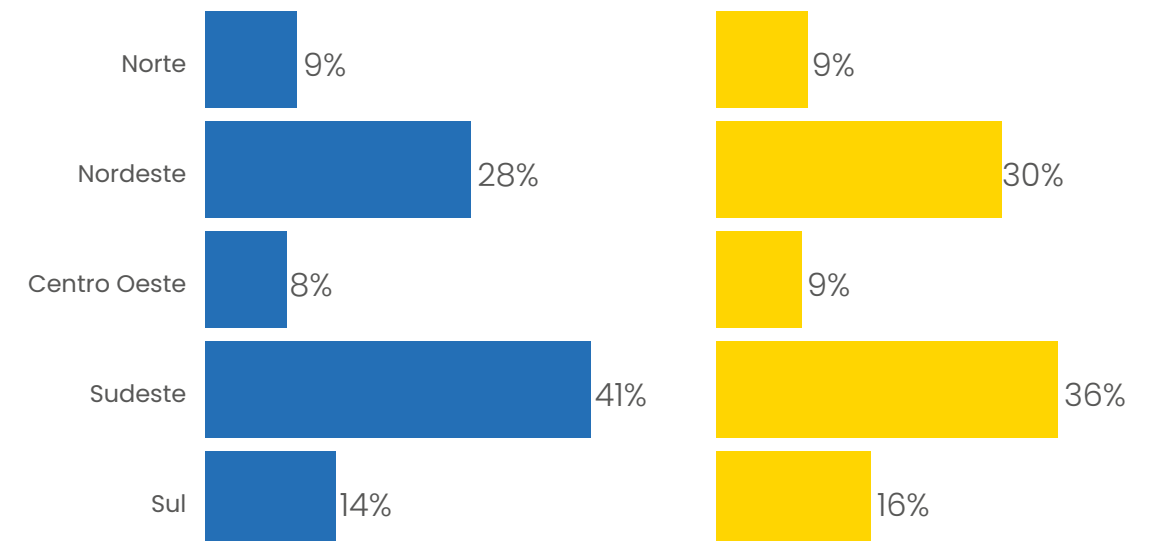


- Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência
- Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

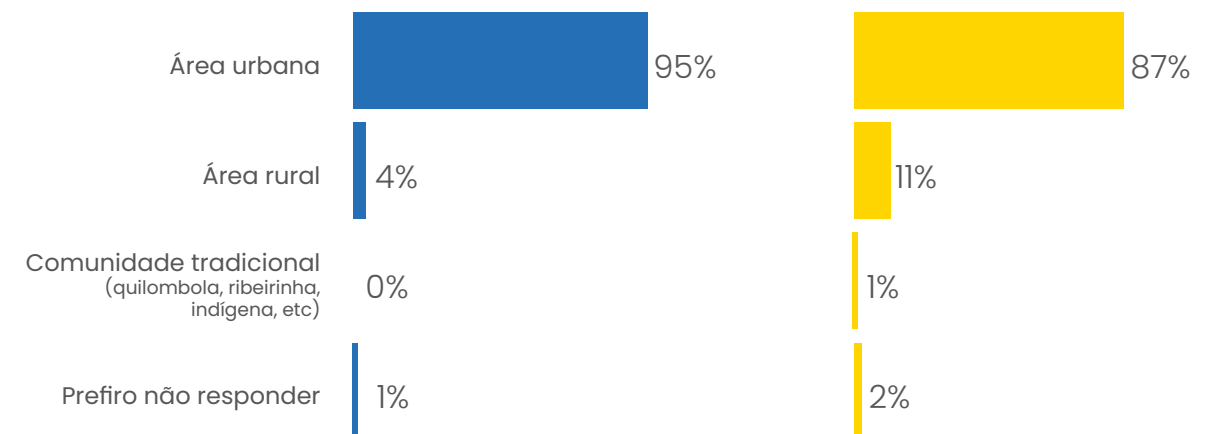
Qual é a sua idade?



Em qual região você mora atualmente?



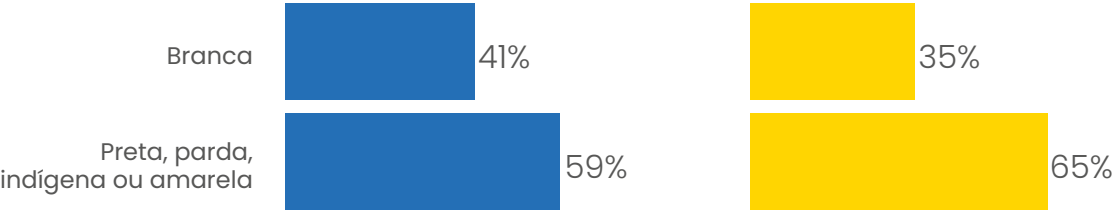
Em qual tipo de área você mora atualmente?



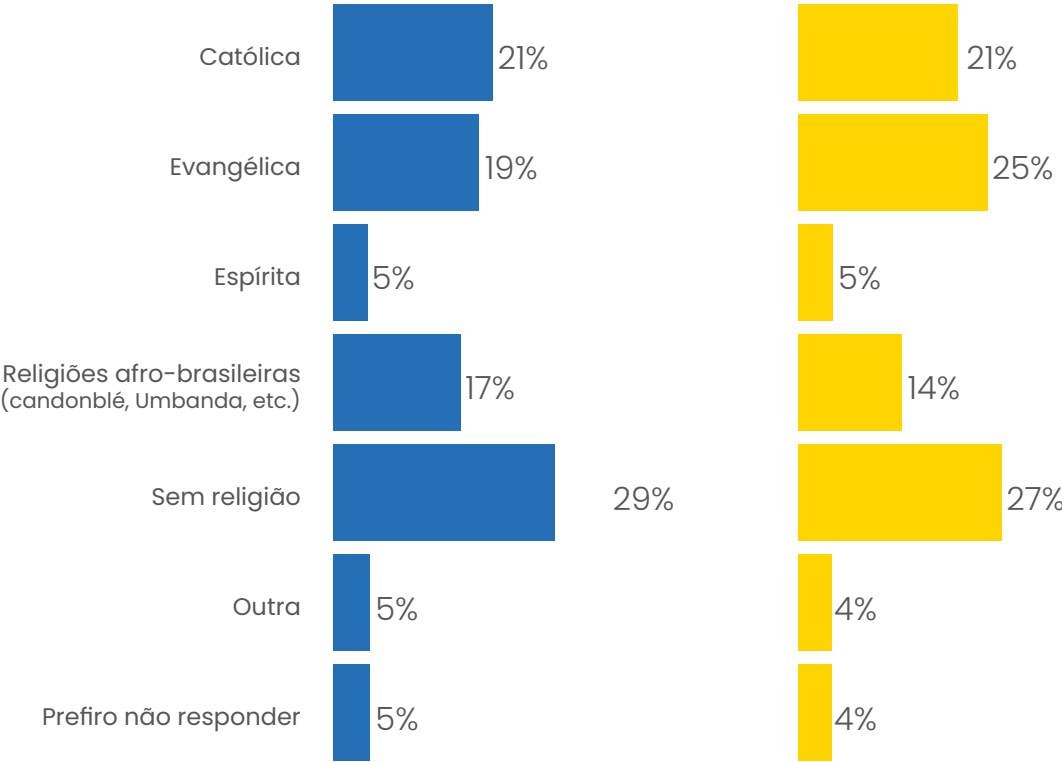
Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

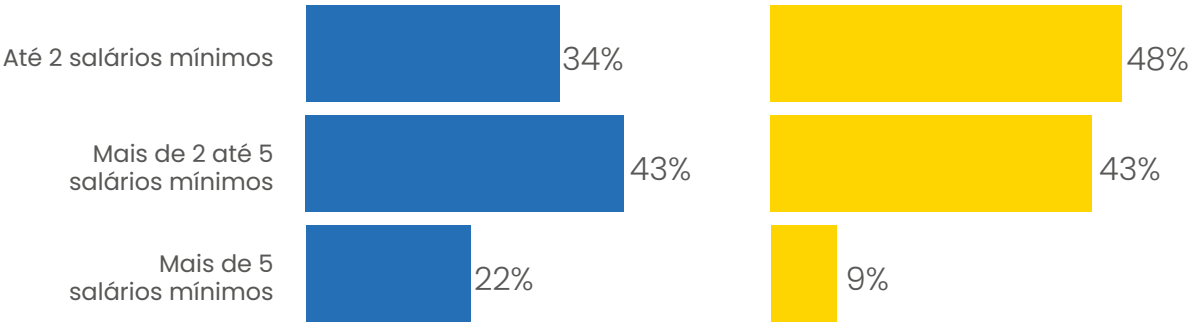
Como você se identifica em relação à cor ou raça/etnia?



Qual a sua religião ou crença principal, se houver?



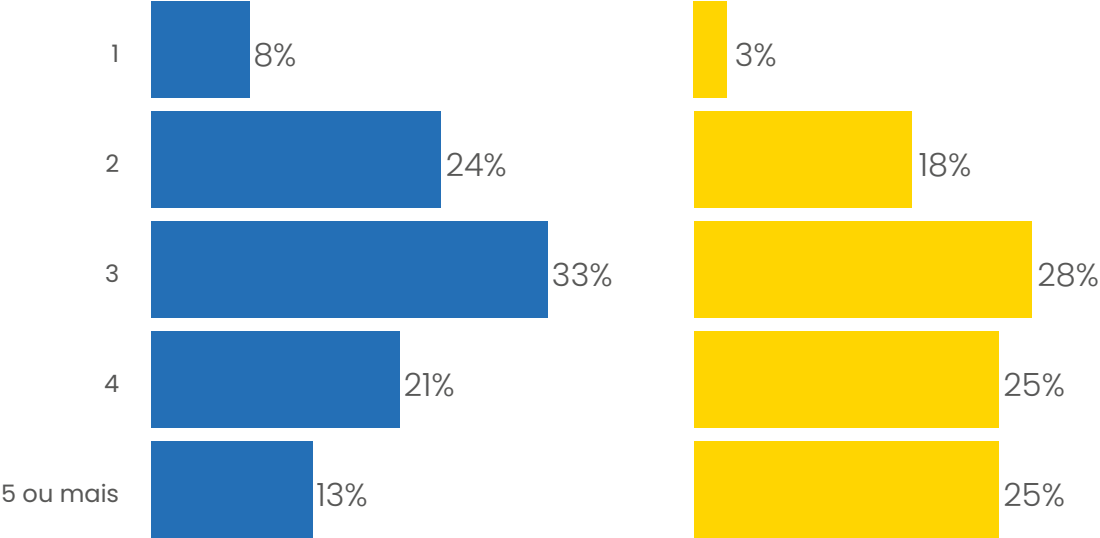
Qual é aproximadamente a faixa de renda mensal da sua casa (somando todas as pessoas que contribuem)?



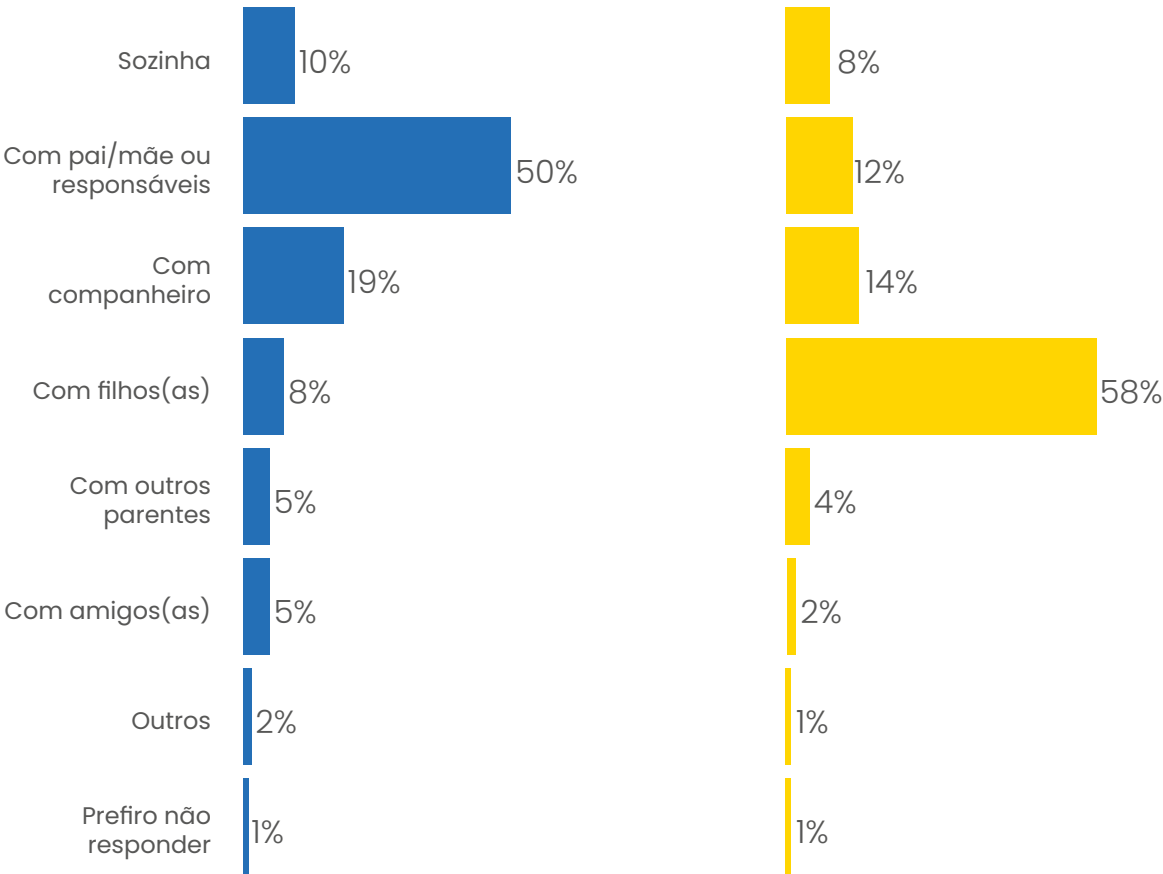
Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

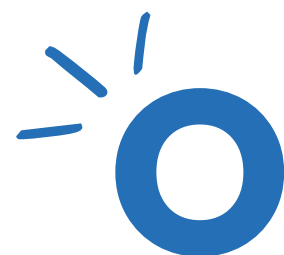
Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

Quantas pessoas moram no seu domicílio (incluindo você)?



Com quem você mora atualmente? (Selecione todas as opções que se aplicam)





O perfil sociodemográfico da amostra representativa de cada grupo da survey revela que a gravidez na infância ou adolescência está fortemente associada a marcadores estruturais de desigualdade. As jovens que vivenciaram gravidez na infância ou adolescência concentram-se mais na geração localizada na faixa etária de 25 a 29 anos (74%), são predominantemente pretas, pardas, indígenas ou amarelas (65%), vivem em maior proporção em áreas rurais ou comunidades tradicionais² (12%, contra 4% das jovens que não vivenciaram a gravidez na infância ou adolescência), e têm renda domiciliar mais baixa (quase metade com até 2 salários mínimos, contra 34% no grupo de jovens que não passaram por gravidez na infância ou adolescência). Regionalmente, o Nordeste apresenta peso relativo ligeiramente menor no grupo de jovens que engravidaram na infância ou adolescência em comparação ao Sudeste, sugerindo também uma dimensão territorial da desigualdade.

No plano domiciliar e relacional, as diferenças são igualmente expressivas: enquanto metade das jovens que não passaram por gravidez na infância ou adolescência ainda reside com pai, mãe ou responsáveis, aquelas que passaram por essa experiência predomina a moradia com filhos(as) (58%) e com companheiro(a) (14%), indicando trajetórias potencialmente marcadas por transições precoces para a vida adulta, conjugalidade e responsabilidades de cuidado. Em conjunto, esses dados reforçam que a gravidez na infância ou adolescência não é um fenômeno isolado, mas aparentemente se insere em uma estrutura mais ampla de desigualdades raciais, socioeconômicas e territoriais que afetam de forma desproporcional grupos historicamente mais vulnerabilizados.

Para confirmar a significância dessas diferenças, como veremos na próxima seção, o estudo incorpora uma estratégia de pareamento para comparar jovens mulheres com características e origens similares e estimar os efeitos da gravidez na infância ou adolescência em suas trajetórias, bem como revelar os mecanismos por trás desses desfechos.

2. Povos e comunidades tradicionais são grupos socialmente diferenciados, que se reconhecem como tal e possuem formas próprias de organização social, cultural, religiosa, ancestral e econômica. No Brasil, são reconhecidos 28 Povos e Comunidades Tradicionais: Andirobeiros, Apanhadores de Flores Sempre-Vivas, Benzedeiros, Caboclos, Caiçaras, Catadores de Mangaba, Catingueiros, Cipozeiros, Fundo e Fecho de Pasto, Quilombolas, Extrativistas, Extrativistas Costeiros e Marinhos, Faxinalenses, Geraizeiros, Ilhéus, Morroquianos, Pantaneiros, Pescadores Artesanais, Povo Pomerano, Povos Ciganos, Comunidades de Terreiro/Povos e Comunidades de Matriz Africana, Povos Indígenas, Quebradeiras de coco Babaçu, Raizeiros, Retireiros do Araguaia, Ribeirinhos, Vazanteiros e Verediros.

Análise Comparada (com Pareamento)

• Estimativas Causais (Efeitos)

As estimativas causais indicam que a gravidez na infância ou adolescência está associada a desvantagens importantes no perfil socioeconômico das jovens ao longo da vida.

O principal achado neste bloco é o efeito sobre renda domiciliar: jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência apresentam um aumento de 22 pontos percentuais na probabilidade de viver em domicílios de baixa renda, resultado estatisticamente robusto. As evidências qualitativas, como veremos na próxima seção, ajudam a compreender esse resultado não como um retrato estático, mas como o produto acumulado dos mecanismos que serão descritos nos próximos blocos, que se sedimentam ao longo do tempo em condições estruturais de vulnerabilidade econômica.

Para os demais indicadores deste bloco (como território), as estimativas não permitem identificar efeitos estatisticamente discerníveis, devido ao baixo volume de respondentes que não habitam área urbana.





Como Ler Gráficos de Estimativas Causais

O gráfico abaixo mostra o impacto da gravidez na infância ou adolescência comparando jovens que tiveram essa experiência com jovens que não tiveram, mas que são muito parecidas entre si em características importantes anteriormente à experiência da gravidez na infância ou adolescência, como idade, raça/cor ou etnia, religião, trajetória escolar e região onde vivem.

A ideia é a seguinte: em vez de comparar qualquer jovem com qualquer outra, o método cria uma comparação mais justa. Por exemplo, compara uma jovem de 22 anos, negra, do Nordeste, com trajetória no ensino público e religião católica, que viveu uma gravidez na infância ou adolescência, com outra jovem com perfil muito semelhante, mas que não viveu essa experiência. Assim, conseguimos isolar melhor o efeito da gravidez na infância ou adolescência.

O que está sendo medido?

- O gráfico apresenta o Efeito Médio do Tratamento sobre as Tratadas (ATT, na sigla em inglês).
- Em termos simples, ele responde à pergunta: “Entre jovens com perfis semelhantes (mesma idade, raça/cor ou etnia, escolaridade, região, religião etc.), qual é a diferença associada à gravidez na infância ou adolescência?”

Como interpretar os elementos do gráfico

- O ponto mostra o impacto estimado
- A linha horizontal mostra a margem de incerteza (intervalo de confiança)
- A linha vertical em zero indica ausência de efeito (nenhuma diferença entre os grupos)

Passo a passo:

1. Olhe onde está o ponto em relação ao zero

- Se estiver à direita: a gravidez na infância ou adolescência está associada a um aumento naquele indicador
- Se estiver à esquerda: está associada a uma redução

2. Entenda o valor em pontos percentuais (p.p.)

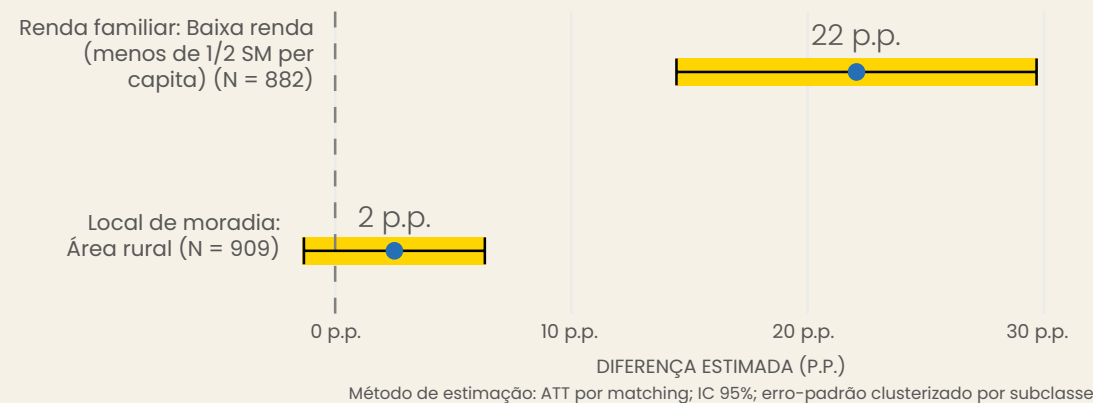
- Exemplo: um resultado de +22 p.p. em baixa renda significa que, entre jovens com perfis semelhantes, aquelas que passaram por uma gravidez na infância ou adolescência têm 22 pontos percentuais a mais de chance de estarem em situação de baixa renda

3. Observe a linha horizontal (intervalo de confiança)

- Se a linha não cruza o zero, há evidência de diferença
- Se a linha cruza o zero, o resultado é incerto (pode não haver diferença real devido à incerteza estatística)

Impacto da gravidez precoce: Perfil Sociodemográfico

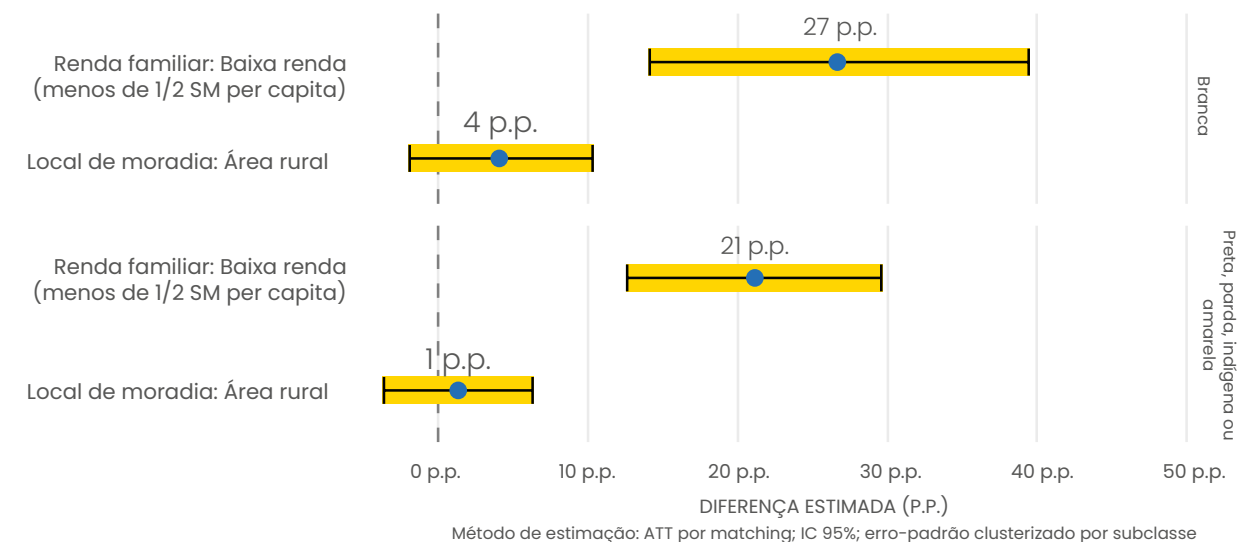
Amostra: Total



Ao considerar os efeitos heterogêneos por raça/cor ou etnia, por exemplo, observa-se que a gravidez na infância ou adolescência tende a tornar mais semelhantes desfechos que seriam inicialmente bastante distintos. Entre jovens brancas, há uma diferença marcante no ponto de partida: cerca de 25% das que não engravidaram na infância ou adolescência vivem em domicílios de baixa renda, percentual que saltaria para aproximadamente 42% caso essas mulheres passassem por esta experiência hipotética, em linha com o efeito estimado de cerca de +27 p.p. apresentado abaixo. Já entre jovens pretas, pardas, indígenas ou amarelas, a situação inicial é mais desfavorável: cerca de 41% das que não experienciaram uma gravidez na infância ou adolescência estão em famílias de baixa renda, uma hipotética gravidez na infância ou adolescência elevaria esse índice a 62%, levando-se em conta o efeito estimado de aproximadamente +21 p.p. nessa população. Ou seja, enquanto entre jovens brancas a gravidez na infância ou adolescência representa uma queda acentuada de condição socioeconômica, entre jovens negras ela implica uma piora mais moderada a partir de um patamar já elevado de vulnerabilidade. O resultado final é que ambos os grupos convergem para níveis mais próximos de baixa renda, sugerindo que a gravidez na infância ou adolescência atua como um mecanismo de homogeneização por baixo, reduzindo diferenças iniciais ao aproximar desfechos em condições mais precárias. Esse padrão quantitativo é consistente com o que as evidências qualitativas revelarão sobre a intersecção entre raça/cor ou etnia e gestação precoce nos demais blocos: para jovens negras, a gravidez na infância ou adolescência intensifica vulnerabilidades preexistentes; para jovens brancas, representa uma ruptura em trajetórias mais favoráveis. Dinâmicas distintas que, no plano socioeconômico agregado, convergem para um mesmo patamar de precariedade.

Impacto da gravidez precoce: Perfil Sociodemográfico

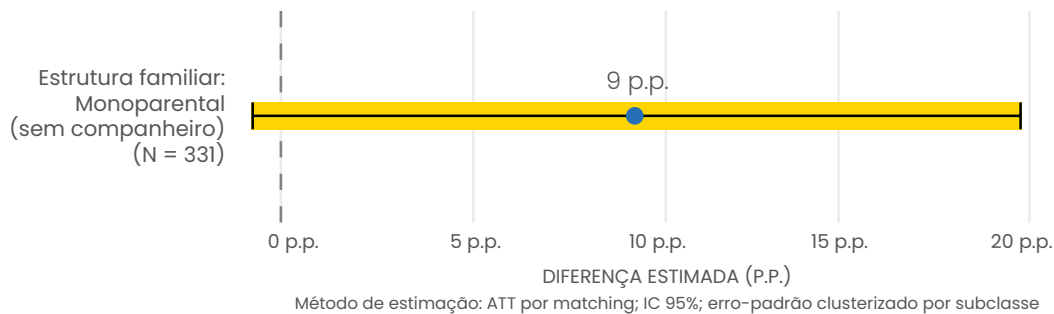
Amostra: Total



Nas análises condicionais, restritas a subgrupos como jovens mulheres que são mães, surgem diferenças em dimensões familiares, como maior incidência de arranjos monoparentais. No entanto, apesar das estimativas pontuais elevadas (9 p.p.), os intervalos de confiança são indistinguíveis de zero, o que impede afirmar efeitos estatisticamente robustos. Além disso, por se tratar de análises condicionais, esses resultados devem ser interpretados com maior cautela, pois estão sujeitos à seleção pós-tratamento.

Impacto da gravidez precoce: Perfil Sociodemográfico

Amostra: Condicional



Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência	Com experiência de gravidez na infância
"[Nome], o meu povo é [nome da etnia indígena], eu tenho 22 anos de idade e sou uma pessoa indígena. (...) Eu sou bissexual. (...) O que eu concluí foi o ensino médio, mas eu sou ensino superior incompleto, tô cursando faculdade. (...) Eu nasci em Belém do Pará. (...) Atualmente, eu estou morando com mais dois amigos da faculdade. (...) Não, não tenho filhos." (Entrevista com jovem mulher indígena, da região Norte, 22 anos, média renda)	"Meu nome é [Nome], tenho 24 anos. (...) Parda. (...) Só por homem mesmo, homem mais velho. (...) Me casei tinha 13 anos. (...) Eu estudei até a oitava série, eu passei para o primeiro [ano do ensino médio], mas não concluí o primeiro. (...) Aqui fica na zona rural de [município do interior do Maranhão]. (...) A da primeira [filha] eu engravidei com dez [anos], de quem eu engravidei com nove, tive ela com dez." (Entrevista com jovem mulher negra, da região Nordeste, 24 anos, baixa renda)

As entrevistas em profundidade com jovens mulheres, tanto as que experienciaram a gravidez na infância ou adolescência e quanto aquelas que engravidaram posteriormente ou não se tornaram mães, constrói um panorama diverso e comparativo entre esses grupos, que corrobora com os dados estatísticos coletados e revela mecanismos complementares e, às vezes, conflitantes, através de relatos das respectivas experiências. É importante ressaltar que a amostra qualitativa foi construída com o objetivo de garantir diversidade de narrativas, e não representatividade estatística. O que significa que as frequências e proporções observadas entre as entrevistadas não devem ser lidas como estimativas populacionais, mas como narrativas de diferentes trajetórias.

Assim como na pesquisa quantitativa, todas as entrevistadas tinham entre 19 e 29 anos. Majoritariamente, moravam em áreas urbanas. A maioria também se auto-declarou como negras (soma de pretas e pardas), embora haja presença de jovens mulheres brancas e indígenas em ambos os grupos.

A orientação sexual se distingue entre os perfis: entre as jovens mulheres que passaram por gravidez na infância ou adolescência, a maioria se identificou como heterossexual, enquanto uma parcela não negligenciável das que não passaram pela gravidez na infância ou na adolescência se identificou como LGBTQIAPN+, sobretudo bissexual. A religião, assim como a sexualidade, aparece como um elemento diferenciador entre elas, pois a maioria das jovens que viveram a experiência da gravidez na infância ou adolescência cita o Deus cristão como figura de crença, mas sem conexão com religião, junto à predominância de jovens mulheres que frequentam a igreja evangélica. Em contraste, a percepção de religião das que não passaram por esta experiência se demonstra com maior diversidade, abrangendo o catolicismo, evangelismo, espiritismo, umbanda e a ausência de religião.

A quantidade de filhos de todas as jovens entrevistadas que são mães varia entre uma e três crianças. Ressalta-se que, do grupo composto por aquelas que não passaram pela gravidez na infância ou adolescência, apenas quatro entrevistadas relataram ter filhos. A idade das jovens na primeira gravidez representa o recorte das amostras para essa pesquisa: o grupo que viveu uma gravidez na infância ou adolescência evidenciou que, entre 15 respondentes, três engravidaram até os 14 anos, sendo uma enquanto era criança (dez anos); a maioria entre 15 e 17 anos, e uma parcela menor com 18 ou 19 anos. Já as entrevistadas que não passaram por essa experiência se tornaram mães a partir dos 22 anos de idade.

“**Eu tive o [nome do filho] de oito com quatorze [anos]. Engravidei com quatorze, tive com quinze. O de cinco com dezessete e o de um com vinte e dois.”**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

No que se refere à composição familiar atual, entre as jovens que engravidaram na infância ou na adolescência predomina um arranjo do casal convivendo com as filhas e filhos; há também registros de lares compostos pela mãe residindo apenas com as crianças. Entre aquelas que não viveram uma gestação precoce, é mais comum morar com familiares de primeiro e segundo grau, além das entrevistadas que coabitam com colegas ou vivem exclusivamente com filhos.

“**[Pesquisadora] Com quem você mora, atualmente?**
[Entrevistada] Sozinha. Eu, meu esposo e meus filhos.

[Pesquisadora] São quantas crianças no total?

[Entrevistada] São três, a Neném e os meus outros dois gurus.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 29 anos, baixa renda)

Por fim, a renda domiciliar revela contextos socioeconômicos distintos: as jovens mulheres que viveram a gravidez na infância ou na adolescência, majoritariamente, vivem com renda mensal de até um salário-mínimo, embora algumas relatem rendimentos entre um e seis salários-mínimos. No grupo que não viveu essa experiência, a maioria vive em domicílios com renda de até três salários-mínimos, seguida por aquelas com até um salário-mínimo. Todas, no entanto, situam-se em patamares que não ultrapassam seis salários-mínimos mensais. Esses dados são consistentes com o efeito quantitativo robusto sobre renda domiciliar e reforçam que, apesar de ambas as populações compartilharem contextos de vulnerabilidade econômica, a gravidez na infância ou adolescência tende a estar mais associada a rendas domiciliares mais baixas.

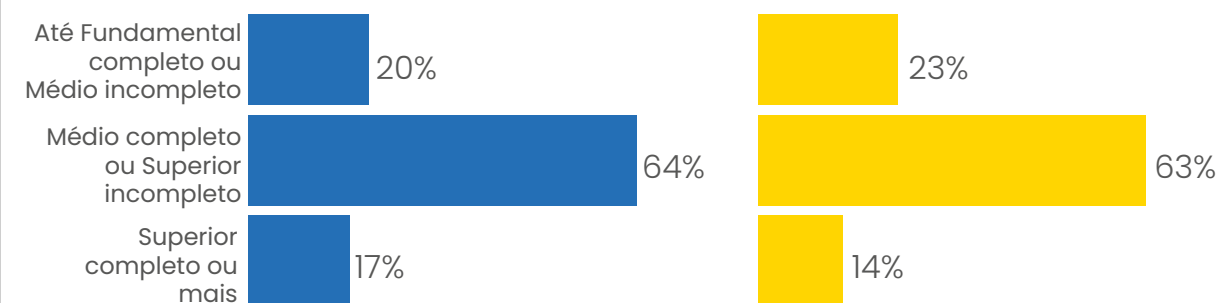


Educação

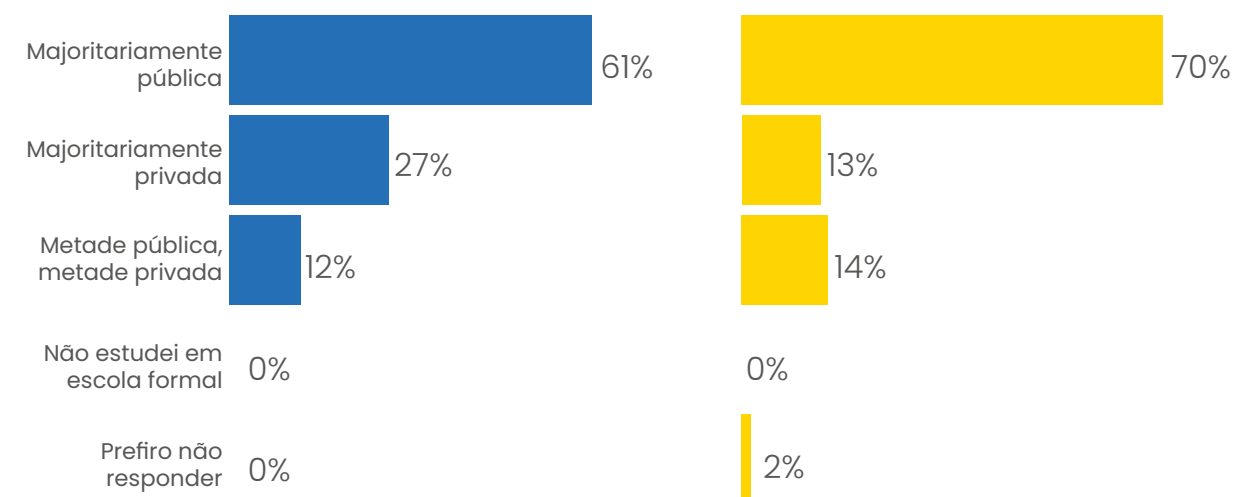


- Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência
- Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

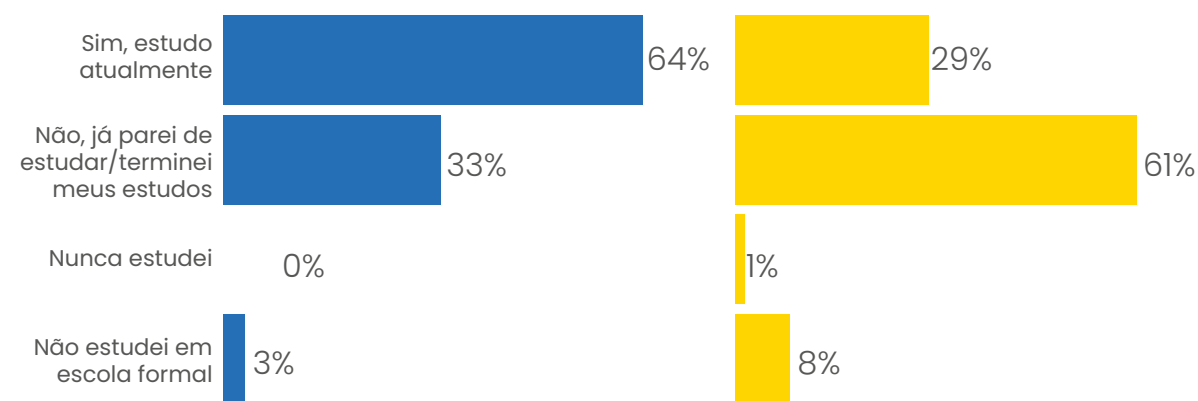
Qual o nível mais alto de escolaridade que você concluiu até hoje?



Durante sua trajetória escolar, o seu ensino foi majoritariamente em escola pública ou privada?



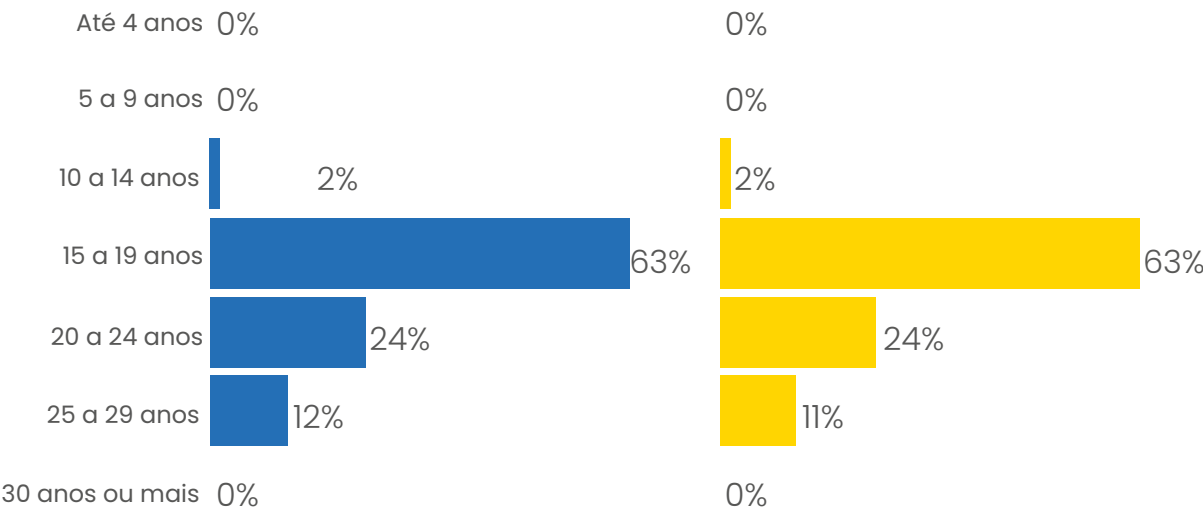
Você está estudando atualmente?



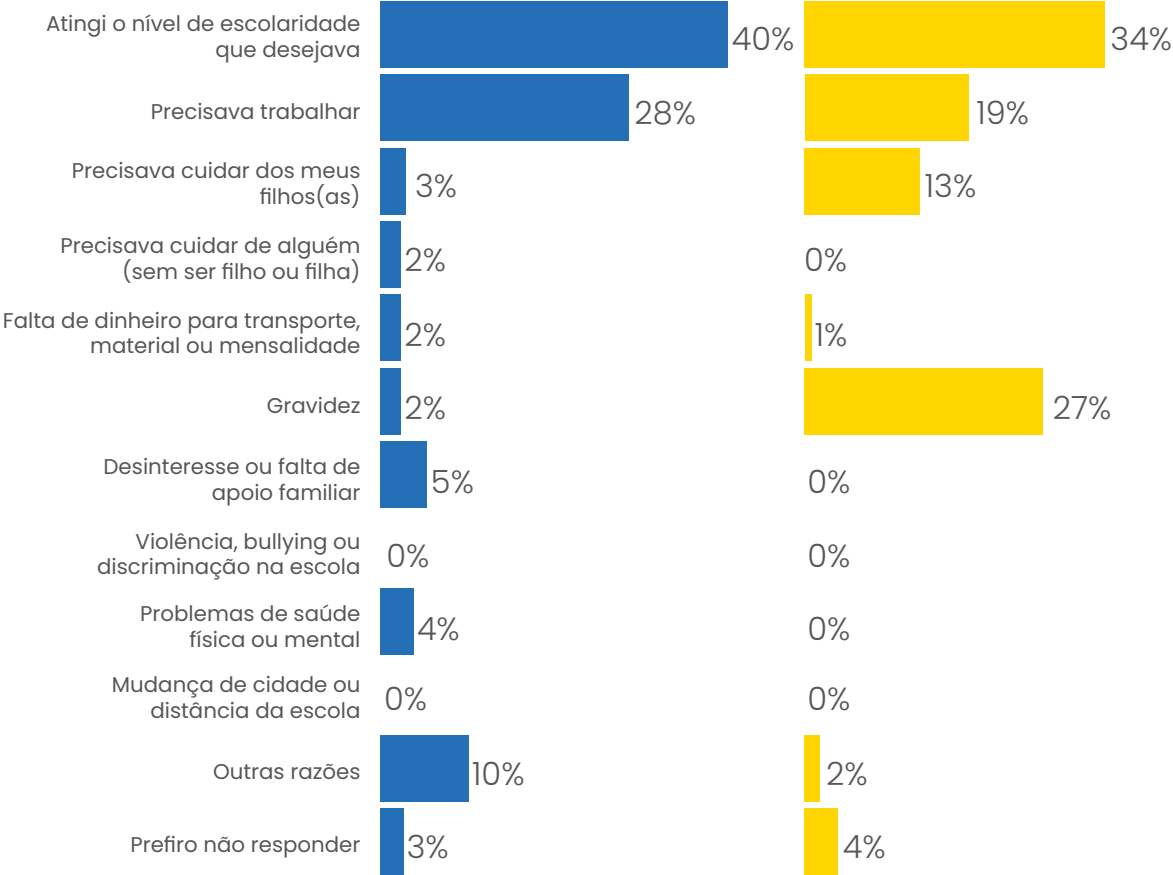
Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

(SE PAROU DE ESTUDAR) Quantos anos você tinha quando parou de estudar/terminou os estudos?



(SE PAROU DE ESTUDAR) Quais foram as principais razões para você ter parado de estudar/terminado os estudos?



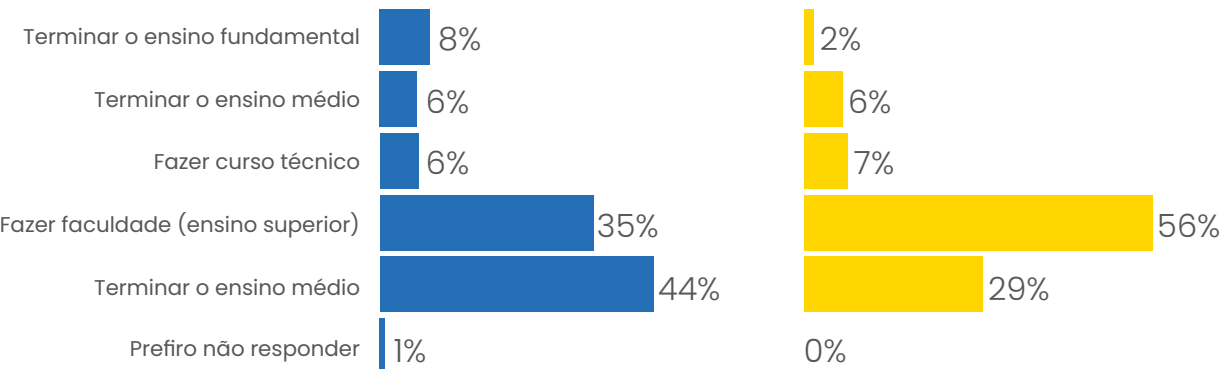
Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

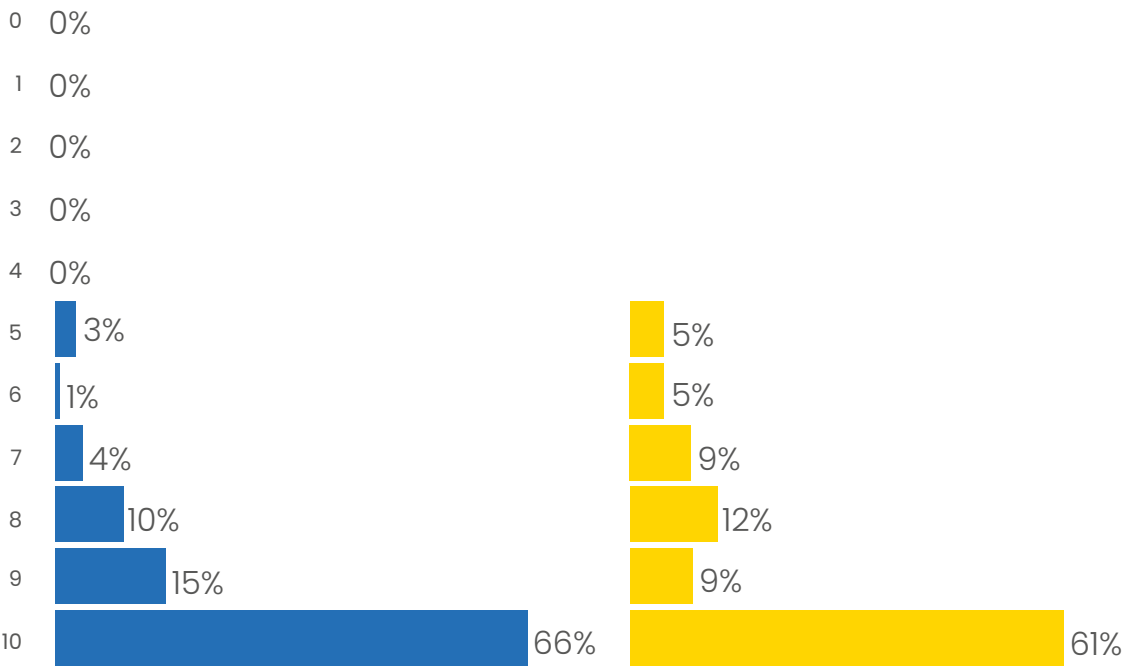
(SE PAROU DE ESTUDAR) Você pretende voltar a estudar/continuar estudando?

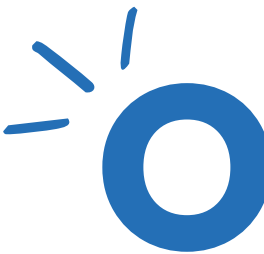


(SE SIM) Pensando no seu futuro, até que nível gostaria de estudar?



Em uma escala de 0 a 10, quanto você acredita que a educação pode melhorar sua vida e suas oportunidades?





s dados educacionais representativos de cada grupo sugerem que, embora os níveis de escolaridade final sejam relativamente próximos, as trajetórias e condições de permanência escolar diferem de forma significativa. Jovens que engravidaram na infância ou na adolescência frequentaram majoritariamente escolas públicas com mais frequência (70%, contra 61%), e apenas 29% estudam atualmente, ante 64% no grupo das jovens que não passaram por esta experiência, um dos contrastes mais expressivos do bloco. Os motivos da evasão reforçam essa distinção: enquanto no grupo de jovens que não viveram a gravidez na infância ou adolescência predominam razões como ter atingido o nível desejado (40%) ou necessidade de trabalhar (28%), entre as jovens que viveram essa situação, ganham peso fatores ligados à maternidade, como gravidez (27%) e necessidade de cuidar de filhas e filhos (13%).

Apesar dessas barreiras, a aspiração educacional permanece alta nos dois grupos (75% entre jovens mulheres que não passaram pela gravidez na infância ou adolescência e 69% no grupo daquelas que passaram pretendem voltar ou continuar os estudos), assim como o valor simbólico atribuído à educação, com médias de 9,4 e 8,8 (respectivamente) em uma escala de 0 a 10. A diferença mais reveladora está nas metas: jovens que passaram por gravidez na infância ou adolescência que pretendem seguir estudando orientam-se mais para a graduação (56%), enquanto no outro grupo predomina a aspiração à pós-graduação (44%). Esses dados sugerem que o principal obstáculo não é a desvalorização da educação, mas as condições concretas, de tempo, renda e cuidado, que parecem limitar a permanência e a continuidade das trajetórias escolares. Como mencionado na seção anterior, a análise de pareamento permitirá testar em que medida essas diferenças observadas refletem os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre as trajetórias educacionais.

Análise Comparada (com Pareamento)



Principais Efeitos e Mecanismos de Educação

Estimativa Causais (Efeitos)

Amostra total:

- Aumento de 24 p.p de não estarem estudando
- Aumento de 21 p.p de não concluírem o Ensino Médio
- Aumento de 7 p.p de atribuírem baixo valor à educação

Amostra condicional (jovens que interromperam os estudos):

- Aumento de 49 p.p de indicar gravidez ou cuidado como motivo do abandono escolar
- Aumento de 18 p.p de evasão antes dos 17 anos
- Aumento de 10 p.p na probabilidade de metas educacionais mais baixas

Interseccionalidade:

- Aumento de 26 p.p de não estarem estudando para mulheres brancas
- Aumento de 23 p.p de não estarem estudando para mulheres pretas, pardas, indígenas ou amarelas

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

- Carga de trabalho de cuidado extenuante
- Falta de rede de apoio
- Experiências com estigmatização e violência no espaço escolar
- Falta de condições financeiras para continuar os estudos
- Intensificação de violências étnico-raciais, de gênero e de classe no espaço escolar
- Baixa qualidade da educação pública
- Busca por alternativas de educação não formal



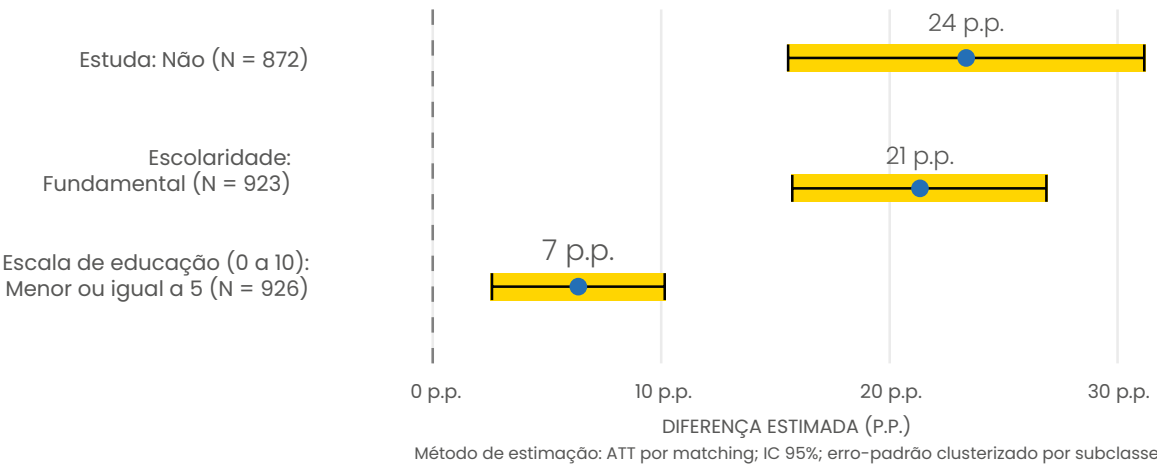
• Estimativas Causais (Efeitos)

As estimativas causais pareadas para a amostra total indicam impactos educacionais relevantes da gravidez na infância ou adolescência.

O efeito mais forte aparece em situação escolar: jovens que viveram a gravidez na infância ou adolescência apresentam um aumento de 24 pontos percentuais na probabilidade de não estarem estudando. Também há aumento de 21 pontos percentuais na probabilidade de terem até o ensino fundamental (fundamental completo ou médio incompleto). Além disso, observa-se aumento de 7 pontos percentuais na probabilidade de atribuir baixa pontuação (menor ou igual a 5) à educação na escala de 0 a 10. Os três resultados aparecem com intervalos de confiança afastados de zero, indicando significância estatística. A análise qualitativa, como veremos na próxima seção, ajuda a compreender os mecanismos subjacentes a esses efeitos: a evasão não resulta de uma decisão pontual, mas de um acúmulo de constrangimentos, cansaço físico e emocional, ausência de rede de apoio, estigma institucional e reorganização abrupta da rotina, que tornam a permanência progressivamente inviável.

Impacto da gravidez precoce: Educação

Amostra: Total

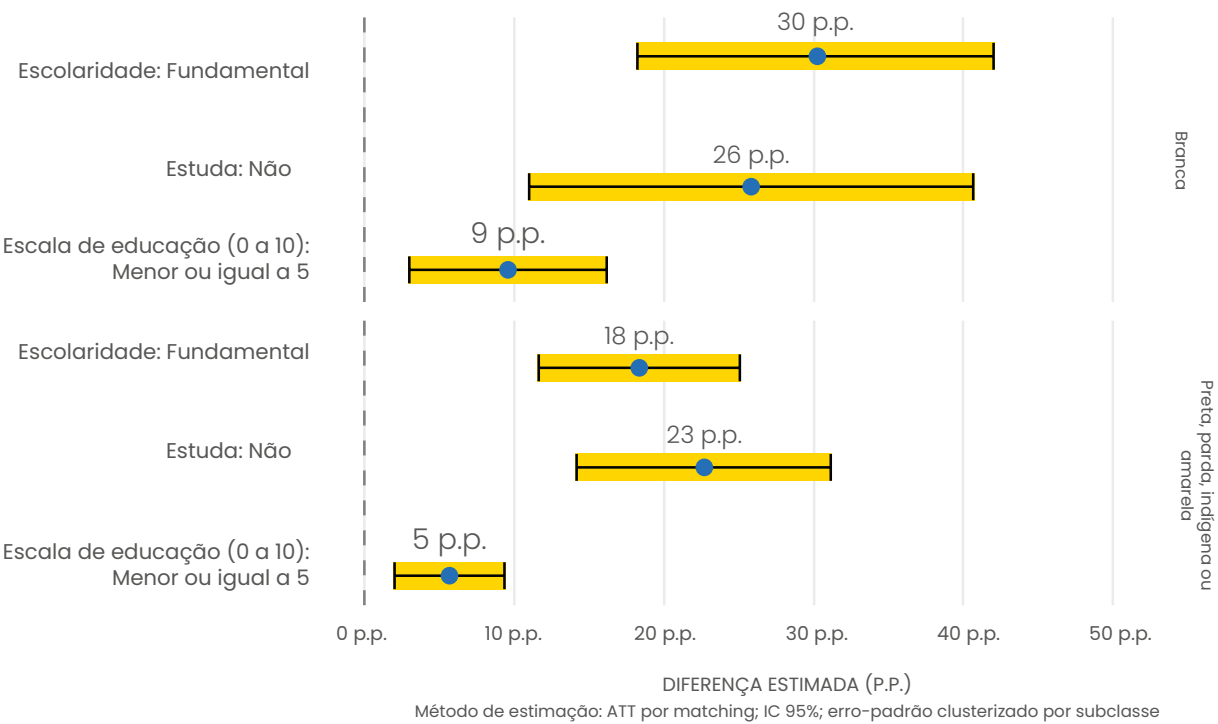


Em conjunto, esses achados sugerem que, mesmo quando a diferença descritiva em escolaridade final não parece muito grande, a gravidez na infância ou adolescência está associada a pior permanência na escola, menor nível educacional e menor valorização relativa da educação quando jovens com características similares são comparadas.

Adotando mais uma vez uma perspectiva interseccional, ao considerar os efeitos heterogêneos por raça/cor ou etnia, por exemplo, observa-se novamente que a gravidez na infância ou adolescência tende a aproximar trajetórias que seriam inicialmente distintas, porém em um patamar inferior. Entre jovens brancas, cerca de 67% das que não passaram por gravidez na infância ou adolescência ainda estão estudando, enquanto esse percentual cairia para aproximadamente 41% entre aquelas que tiveram filhos até os 19 anos, em linha com um efeito estimado de cerca de +26 p.p. na probabilidade de não estar estudando. Já entre jovens pretas, pardas, indígenas ou amarelas, o ponto de partida já é mais desfavorável: cerca de 62% das jovens que não vivenciaram a gravidez na infância ou adolescência seguem estudando, essa proporção cairia para aproximadamente 39% com a ocorrência hipotética da gravidez, refletindo um efeito estimado de cerca de +23 p.p. de não estar estudando. Ou seja, enquanto entre jovens brancas a gravidez na infância ou adolescência implica uma ruptura mais acentuada da trajetória escolar, entre jovens negras ela representa uma intensificação de desvantagens já presentes, porém, em níveis (baixos) similares. As evidências qualitativas são consistentes com esse padrão: jovens mulheres negras, indígenas e periféricas relatam que o estigma da maternidade precoce se combina com racismo, intolerância e desigualdades que já atravessavam sua relação com a escola antes da gravidez, tornando a ruptura quantitativamente menor, mas experienciada de forma mais densa e acumulada.

Efeitos heterogêneos: Educação

Amostra: Total | Estratificação por: Raça/cor

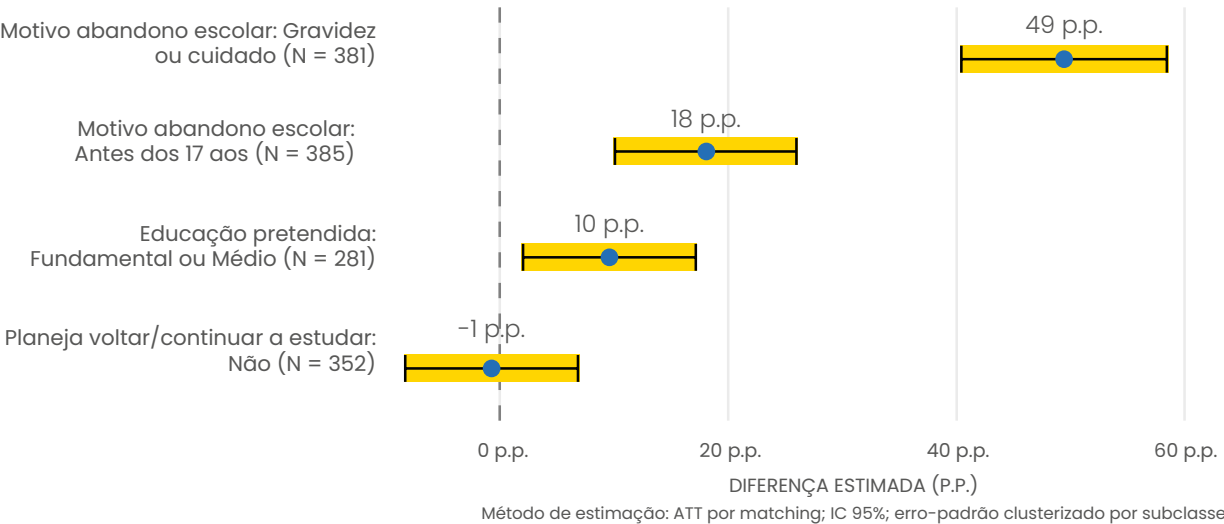


Nas análises condicionais, restrita a quem passou pela evasão e quem pretende voltar a estudar, os resultados mostram que, entre jovens que já interromperam os estudos, a gravidez na infância ou adolescência está associada a um aumento de 49 pontos percentuais na probabilidade de indicar gravidez ou cuidado como motivo do abandono escolar e de 18 pontos percentuais na probabilidade de evasão antes dos 17 anos, ambos estatisticamente robustos. Também há um aumento de 10 pontos percentuais na probabilidade de metas educacionais mais baixas, entre aquelas que pretendem continuar estudando. Esse rebaixamento de metas educacionais é complementar às narrativas qualitativas, que mostram como o estigma internalizado, a percepção de impossibilidade, de que frequentar a escola seria motivador de vergonha ou julgamento, opera como um mecanismo psicológico que sedimenta as desistências e estreita os horizontes de futuro mesmo entre aquelas que ainda planejam retomar os estudos.

Por outro lado, não há efeito estatisticamente discernível sobre a variável planeja voltar/continuar a estudar, cuja estimativa é indistinguível de zero. Nesse sentido, embora não haja efeito estatístico sobre a intenção de retorno, as evidências qualitativas sugerem que essa continuidade do desejo não se traduz automaticamente em condições reais de retomada. Isso aponta para uma dissociação importante entre aspiração educacional e possibilidade concreta de realizá-la, cujos determinantes são em grande medida estruturais e institucionais.

Impacto da gravidez precoce: Educação

Amostra: Condicional



Como essas análises são condicionais a eventos que podem ter sido afetados pela própria gravidez na infância ou adolescência, seus resultados devem ser interpretados com maior cautela.

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência	Com experiência de gravidez na adolescência
“Eu não consegui fazer minha matrícula, porque cheguei dois minutos atrasada e meu filho tava, assim, naquele, tipo, sling, assim, no canguru. E eu voltei desolada pra casa, assim, tipo, mas o sentimento de ‘ah, minha vida acabou’. Ele era muito pequeno e eu tava tentando, assim... E aí, eu fiquei um tempão sem estudar. Eu voltei de novo quando ele já tinha uns 10 meses, aí eu tentei, não conseguir ficar um ano na faculdade e tranquei.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)	“Já, foi muito difícil para mim e a escola diurna não estava me aceitando grávida. Então, me mandaram para o noturno e eu também não queria estudar noturno, porque eu era a única nova da escola, eu era a mais nova da minha sala, só tinha pessoas mais velhas, então não era nada do meu convívio aquilo e eu não queria ficar ali”. (Entrevista com jovem mulher negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

Evasão escolar: da interrupção pontual ao constrangimento estrutural

A análise dos dados relativos à educação das respondentes que passaram pela gravidez na infância ou adolescência revela que esta experiência atravessa de forma profunda e multifacetada as trajetórias escolares, indo muito além de uma interrupção pontual dos estudos. Trata-se de um fenômeno marcado por fatores estruturais, emocionais, institucionais e simbólicos, que se combinam e produzem efeitos duradouros sobre a relação dessas mulheres com a escola e com o estudo ao longo da vida. Esse padrão qualitativo é consistente com a magnitude dos efeitos quantitativos, especialmente o aumento de 49 pontos percentuais na probabilidade de apontar gravidez ou cuidado como motivo do abandono, sugerindo que a evasão raramente resulta de uma única causa, mas de uma sobreposição de impedimentos que se retroalimentam.



E aí às 6 horas da tarde, quando eu chego em casa, o meu neném está precisando de mim. Ele precisa ser alimentado, ele precisa da minha presença. Porque quando ele me vê, ele começa a chorar. E não é um choro de tipo que eu vou dar uma mamadeira e ele vai ficar quieto. Não, ele quer a minha presença. E, se eu sair de perto dele, ele chora. Porque ele me passou o dia todo sem me ver. Mas se eu fico perto dele, se eu dou um acalento para ele, ele fica quietinho. E eu preciso que ele fique quieto para que eu tenha um pouco de paz e sossego também. Para eu poder descansar. E por mais que tenha outras pessoas na casa que possam ficar com ele, ele não vai querer. Então eu vou me acomodando ali. Se eu sair de casa, o meu bebê vai chorar.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

De modo geral, a evasão escolar aparece de forma recorrente nos relatos, sendo a gravidez apontada explicitamente como o principal motivo da interrupção dos estudos, sobretudo quando ocorreu ainda no ensino fundamental ou médio. Muitas entrevistadas relataram que, mesmo quando havia o desejo de continuar estudando, as condições concretas tornavam essa permanência inviável, especialmente entre jovens de baixa renda, para as quais a ausência de alternativas de cuidado limita ainda mais as possibilidades de continuidade escolar. Nesse contexto, o uso da expressão “ir se acomodando” sugere menos uma escolha deliberada e mais a internalização progressiva de restrições concretas ao retorno escolar. A chegada de um filho impõe uma reorganização abrupta da rotina, na qual o cuidado com o bebê se torna prioridade absoluta, dificultando a conciliação com horários escolares, especialmente no ensino noturno, frequentemente imposto às adolescentes grávidas.



Do nascimento do meu primeiro filho, eu queria muito ter terminado, mas logo em seguida eu engravidei do meu segundo. Aí eu não consegui porque eu não conseguia mais alguém para deixar. A minha mãe, quando morava aí, ela ainda olhava, mas depois ela foi embora e eu fiquei sem ninguém. Eu não confiava em deixar outra pessoa.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)



História de vida da região Nordeste

Cláudia (nome fictício) tinha dez anos quando engravidou. Nascida e criada em um distrito rural de um pequeno município do interior do Maranhão, vivia com a mãe, varredeira de rua e depois vendedora ambulante, e o padrasto, em uma casa pequena junto com três irmãos. Sua infância foi atravessada por trabalho doméstico precoce, escola distante, professores que vinham de cidades vizinhas e enfrentavam riachos cheios para chegar até a comunidade. Nesse contexto de baixíssimo acesso a informação e serviços, ela engravidou da primeira filha em decorrência de um estupro, perpetrado por um rapaz de 18 anos. Aos dez, já era mãe; aos treze, foi morar com um homem 20 anos mais velho que ela, com quem teve a segunda filha; ao quinze, engravidou do terceiro filho. “Engravidei com 10 anos, tive com 10 anos a minha primeira filha. Aí logo depois tive a segunda filha”.

Sobre a primeira gestação, relata: “Eu não queria ter relação com o pai dela. Aí foi tipo um sexo forçado”. A escola nunca voltou a ser uma rotina estável: estudou alguns anos no EJA, terminou o fundamental, mas abandonou o ensino médio quando as filhas adoeciam, quando faltava dinheiro para óculos, quando se viu “de mais velha na sala”. Hoje, aos 24, vive com o marido (com quem está há 12 anos), tem três filhos, e vive com renda familiar mensal de cerca de R\$1 mil oriunda do Bolsa Família mais bicos. Sonha que os filhos terminem os estudos.

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na infância, negra, da região Nordeste, 24 anos, baixa renda)

Cansaço como categoria estruturante

O cansaço físico e emocional emerge como uma das categorias mais reiteradas espontaneamente. A maternagem, somada ao trabalho remunerado e às tarefas domésticas, configura uma dupla ou tripla jornada que esgota as jovens e reduz drasticamente sua disposição para estudar. Mesmo quando há vontade de retomar os estudos, o cotidiano exaustivo funciona como um desestímulo permanente, afetando a concentração, o desempenho e a autoconfiança. Em vários relatos, o “cansaço” aparece não apenas como um estado físico, mas como um sentimento crônico que acompanha essas jovens mulheres ao longo dos anos. Esse mecanismo qualitativo é relevante para a interpretação do efeito quantitativo sobre não estar estudando: o afastamento da escola nem sempre é uma decisão definitiva, mas frequentemente o resultado de um esgotamento acumulado que inviabiliza a presença e o desempenho escolar de forma gradual e progressiva.



[Pesquisadora] *Na sua opinião, quais são os principais desafios, ou seja, as dificuldades para as mulheres jovens conseguirem concluir os estudos e continuarem estudando? O que você vê de desafio nisso? Pode pensar na sua própria trajetória, de pessoas que você conhece.*

[Entrevistada] *Minha coisa é dificuldade, né? É cansaço, é muito cansaço. Buscar minhas filhas da escola de volta e, de noite, a gente não tem nem condições de ir para a escola, mas a gente tem que continuar para seguir em frente, para ter uma coisa na vida. É muito cansaço.*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, indígena, da região Norte, 27 anos, baixa renda)



Porque eu estudava à noite e, então, eu chegava muito cansada na aula. Eu não tinha aquele pique de, tipo, nossa, de ir muito bem. Então, depois que eu tive filho, meio que eu tinha uma nota muito boa e foi caindo, assim, mas por causa do cansaço mesmo. Não conseguia me concentrar e eu estudava à noite. Chegava em casa, eu tinha que ficar com meu filho porque era quando dava de madrugada. E foi mais esse lado aí. Sim, o cansaço mesmo.

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)



Uma nova rotina [voltar a estudar]. Eu sempre falo que o novo é desesperador, porque ele é novo. E aí a minha rotina já é muito confortável para mim porque eu já sei o que eu tenho que fazer. Agora, se eu tiver que mudar aquilo, fora o cansaço que eu vou estar, eu vou ter medo daquilo. Eu vou ter medo de uma nova rotina, de uma nova coisa que eu vou ter que fazer. Eu vou ter que tomar banho de novo, vou ter que levantar, vou ter que ir lá, vou ter que voltar. E quando eu chegar, talvez o meu bebê não vai ficar bem ou, às vezes, até mesmo cansaço, mesmo. Não vou me sentir bem lá porque eu vou estar muito cansada ou até mesmo, tipo, eu não vou estar bem mesmo, entendeu? Eu digo, assim, de um novo ser algo desesperador para nós. (...) Por mais que seja algo necessário o estudo, muitas das vezes acontece isso.

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

Rede de apoio: fator decisivo para permanência ou evasão

Outro elemento central é a ausência ou fragilidade da rede de apoio. A falta de alguém com quem deixar a criança, seja família, creche ou recursos financeiros para pagar cuidados é apontada como um dos maiores impeditivos para a continuidade ou retomada da escolarização. Quando essa rede existe, os impactos da gravidez tendem a ser mitigados, ainda que sua disponibilidade seja desigual entre diferentes contextos sociais, sendo mais restrita entre jovens de baixa renda e em territórios com menor oferta de serviços públicos: entrevistadas que contaram com apoio familiar ou institucional conseguiram permanecer na escola, ainda que com dificuldades. Por outro lado, a inexistência desse suporte faz com que a maternidade seja vivida de forma solitária, reforçando a exclusão educacional. Esse achado qualitativo é central para a interpretação dos resultados quantitativos: a ausência de efeito sobre a intenção de retorno aos estudos, combinada com o efeito robusto sobre o não estar estudando, sugere que o problema não está na motivação, mas nas condições materiais e relacionais que permitem ou impedem a concretização dessa intenção, o que reforça que a continuidade dos estudos depende menos de intenção e mais da disponibilidade concreta de suporte.



[Pesquisadora] *E, na sua opinião, quais são os principais desafios para mulheres jovens concluírem os estudos e continuarem estudando?*

[Entrevistada] *Apoio, para mais do que uma rede de apoio, mas é apoio mesmo. A sociedade não apoia mulheres mães de forma alguma a seguirem suas vidas. A sensação que se tem, que causa até uma certa angústia em um certo nível, é de que a tua vida acabou quando tu descobre que vai estar grávida. Eu era atleta até quando eu estava me preparando para um brasileiro de [nome do campeonato], no Paraná, e eu descobri a gravidez dele. E aí foi um choque, simplesmente eu senti que todos os meus planos de vida que eu tinha organizado acabaram.*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

“

[Pesquisadora] **Na tua opinião, quais são os principais desafios para as mulheres jovens concluírem os estudos e continuarem estudando?**

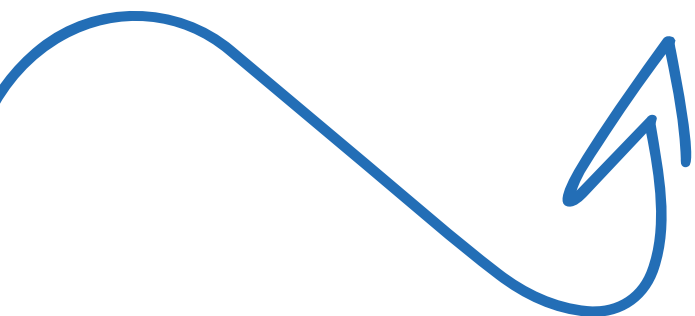
[Entrevistada] **Olha, eu me sinto bem privilegiada de ter conseguido chegar até onde eu cheguei. E eu cheguei por causa do apoio que eu tinha da família, da escola também. Acho que a escola que eu estudava no ensino médio me ajudou bastante, muito, na verdade, nesse sentido. E eu acho que se não tivesse a rede de apoio, não consegue. Então, a rede de apoio é muito importante.**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)

“

Assim, a questão de os professores ajudarem bastante o desenvolvimento depois da gravidez e durante a gravidez para estar ensinando. Questão do tempo que eu não podia ir, eles me repassavam depois os assuntos para não estar perdendo, para não estar dando continuidade na escola. (...) Me passavam o resumo, algumas pessoas também da minha sala, algumas vindo da minha sala, me falavam assim, os assuntos, eu ia estudar para não estar atrasando nos estudos, não estar atrasando nos assuntos da escola.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na infância, negra, da região Nordeste, 24 anos, baixa renda)



Estigma institucional e exclusão simbólica

A escola, enquanto instituição, surge predominantemente como um espaço de estigma, julgamento e exclusão, e raramente como um ambiente de acolhimento. Diversos relatos indicam que professores, coordenações e direções escolares contribuíram para o afastamento das jovens mães por meio de comentários constrangedores, atitudes moralizantes e até decisões institucionais explícitas, como a exigência de mudança para o período noturno ou o questionamento da “adequação” da presença de uma adolescente grávida em sala de aula, experiências que tendem a ser mais frequentes entre jovens negras e de baixa renda, cujas trajetórias escolares já são atravessadas por processos prévios de deslegitimação. Esse estigma é internalizado pelas entrevistadas, que passam a sentir vergonha, medo do julgamento e, em muitos casos, culpa, fatores que reforçam a desistência e dificultam o retorno, indicando que o afastamento não decorre apenas de incompatibilidades práticas, mas também de experiências de exclusão no próprio ambiente escolar. Os dados quantitativos capturam o resultado agregado desse processo no efeito sobre probabilidade de evasão antes dos 17 anos, enquanto a análise qualitativa revela que esse abandono é frequentemente precipitado por violências institucionais concretas, e não apenas pela incompatibilidade de horários ou pela sobrecarga de cuidado.

“

Então, a minha situação foi eu queria ter continuado estudando no período diurno, né? Porque eu era muito nova, então, para mim ingressar numa escola noturna, onde tem pessoas com maior idade, pessoas que estavam no ensino médio já, foi muito difícil para mim e a escola diurna não estava me aceitando grávida. Então me mandaram para o noturno e eu também não queria estudar noturno, porque eu era a única nova da escola, eu era a mais nova da minha sala, só tinha pessoas mais velhas, então não era nada do meu convívio aquilo e eu não queria ficar ali. (...) Então, a desculpa usada na época foi porque eram meninas muito novas e eu já estava com a barriga muito grande, então eles me perguntaram ‘você acha que é correto você estar aqui?’ Foi isso que eles me perguntaram na época. E aí, eu sabia que não estava certo, aquilo era uma influência muito grande, querendo ou não, e aí eu entendi que eu teria que estudar a noite, só que aí eu preferi parar.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

“Nossa, é um tabu ser mãe na adolescência e tudo mais e aí trata isso como uma coisa totalmente negativa, é que nem eu falo, não é algo positivo, mas também negativo, eu acho muito pesado. Já aconteceu, então o que você pode fazer é acolher, ir lá e falar ‘olha, você não precisa parar de estudar, vamos, você está grávida, tudo mais’, tem um suporte ali mesmo, entendeu? Porque tem muitos professores e muitas pessoas na escola, eu digo trabalhadores mesmo, funcionários da escola, que não ajudam nessa questão, que não são preparados, eu acho, para isso, eu acredito que deveria ter um acolhimento melhor, de falar, de abordar e de fazer com que os outros, os demais entendam isso também.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 20 anos, baixa renda)

“Muitos comentários que eu escutava assim... Foi o que me fez sair, o que me fez sair. Eu ouvia muitos comentários da coordenação, da direção. Às vezes, eu faltava. Problemas no início de gravidez, a gente passa mal, tudo mais. E aí, quando eu fui comunicar o porquê dessas faltas e tudo o mais, tinha que dar um contexto, né? Eu ouvi alguns comentários desagradáveis: ‘Ai, mas tão nova, né? Não era pra ser assim’. Eu sei que não era pra ser assim, não precisa ficar me falando na escola. E aí, eram... quem estivesse perto escutava. Não era um comentário, ia na sala de aula e falava isso, mas as pessoas escutavam. Então, eu me sentia muito envergonhada, porque a gente já sabe, já era um grande problema. Pra mim já era um grande problema, assim, uma quebra de expectativas minha, da família e tudo mais. Eu ter engravidado na adolescência. E ainda escutar isso na escola, sabe? Porque é um lugar que eu conseguia mais assim, desestressar porque eu estava com colegas, sabe? Escutar isso na escola ainda, sabe? Eu acho que era uma coisa muito... Aí eu realmente parei de ir. Eu ainda tentei por alguns meses, mas parei e não queria mais voltar para aquela escola.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

Efeitos psicológicos e internalização do estigma

Além disso, aparecem com força os efeitos psicológicos e emocionais da gravidez na adolescência. As jovens relatam um período marcado por maior sensibilidade emocional, no qual olhares, comentários e violências simbólicas têm impacto intensificado. Muitas narram que, mesmo anos depois, permanecem com sequelas dessas experiências, como insegurança, bloqueios em relação ao ambiente escolar e sentimentos persistentes de inadequação, o que sugere que a retração em relação à escola está menos associada à desvalorização da educação e mais a experiências reiteradas de exposição e inadequação. Esse dado qualitativo é relevante para a interpretação do efeito quantitativo sobre baixa valorização da educação: a pontuação reduzida atribuída à escolarização por jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência pode refletir menos uma desvalorização genuína do estudo e mais uma estratégia adaptativa de rebaixamento das expectativas diante de experiências escolares marcadas por exclusão e humilhação.

“Eu conheço uma história de uma menina que ela engravidou com 15 anos. Ela parou de estudar, obviamente. Eu não julgo porque eu não estava estudando mais quando eu engravidei, mas se eu estivesse estudando, eu tenho certeza que eu pararia meus estudos. Porque é uma fase que você está muito sensível, né? E impacta muito por você estar sensível, por pessoas do seu convívio não... por mais caso não tenha nada a ver com a sua vida, elas vão comentar, falar sobre e você vai se sentir mal com isso, né? Você vai ficar... você vai se sentir abalada com aquilo. É um período que você tá muito, muito sensível e aí vai ter pessoas olhando torto pra você, vai ter pessoas te julgando. Por exemplo, essa menina, ela parou de estudar porque ela falou, ela falou ‘não vou aguentar, eu não vou aguentar pessoas me olhando falando’. (...) Eu conheço muita gente, a maioria das meninas que eu conheço engravidou ali entre os 16, 15, 16, 19 [anos], pararam de estudar, uns pararam antes e queriam até recomeçar, mas não tem como, né? Devido à gravidez. E acaba entrando naquela situação que a gente tinha conversado antes sobre se acomodar ‘estou na minha zona de conforto, já engravidei, já perdi’. Isso que eu ia falar ‘eu já perdi a minha vida mesmo, já engravidei, já estou com filho, vou estudar, vai ser vergonha pra mim’, muitos pensamentos assim, porque eu também já tive. Eu tenho de vez em quando pensamentos assim ‘não, isso vai ser uma vergonha pra mim, as pessoas vão me ver estudando ainda com o que vão pensar, porque eu vou trabalhar e estudar, que hora que eu vou ver meu filho, as pessoas vão me julgar’.

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)



Acho que eu ainda tenho algumas sequelas desses impactos negativos na questão escolar, assim, como as crianças, os adolescentes da época eram agressivos, né? Verbalmente, psicologicamente, emocionalmente. Aí acabou gerando alguns traumas, assim, né? Então, eu acabei recolhendo e reprimindo algumas coisas e, que hoje, eu sinto algumas sequelas também. Além de não conseguir concluir o estudo, né?”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 27 anos, baixa renda)

Qualidade do ensino público e desmotivação anterior à gravidez

A qualidade do ensino público é outro fator mencionado como elemento desmotivador. Algumas entrevistadas relatam experiências anteriores à gravidez marcadas por professores desinteressados, métodos pouco dialógicos e ausência de incentivo, o que já produzia um desinteresse gradual da escola. Nesses casos, por mais que a gravidez e a maternidade seja, a causa central da evasão, a experiência do ambiente escolar passa a ser desmotivadora ao retorno. Embora esse fator não seja capturado pelos indicadores causais, que isolam o efeito específico da gravidez na infância ou adolescência, as narrativas sugerem que ele opera como um contexto preexistente que amplifica a probabilidade de abandono definitivo quando a gravidez ocorre.



(...) Eu digo porque o meu ensino médio não foi um ensino médio de qualidade, foi um ensino médio de professores que chegavam lá, faziam, a maioria das vezes, o que era para fazer, mas se você tinha dúvida, perguntou alguma coisa, ele não tinha paciência de te explicar, e ficou por isso mesmo. O ensino médio, meio assim, não foi um ensino de qualidade mesmo, entendeu? Para você aprender algo, por exemplo. E aí você vai ficando, eu digo, até desgostoso de estudar, porque não tem como você ter sede de estudar algo que a pessoa não está interessada em te ensinar também, entendeu? Aí você vai se deixando de querer, de querer buscar, de querer fazer.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

Desigualdades estruturais e condições de permanência

Marcadores sociais de classe, raça/cor ou etnia e território também atravessam fortemente essas experiências. Mulheres negras, pobres e indígenas relatam vivências de racismo, intolerância religiosa e desigualdades sociais no ambiente escolar, que se somam à estigmatização da gravidez e maternidade na infância ou adolescência. Para essas jovens, estudar não é apenas uma questão de esforço individual, mas de enfrentar estruturas que constantemente deslegitimam sua presença nos espaços educativos, indicando que os efeitos da gravidez precoce não se manifestam de forma homogênea, mas se combinam com desigualdades pré-existentes.



[No ensino fundamental] Tive umas experiência sobre os estudos, que era bem distante da casa. Eu sofria violência com os outros coleguinhas, homens e meninas, com implicância de querer bater, sei lá, por conta que eu sou indígena, na verdade. Tinha um pouco desse lado de preconceito. Então, eu tive uma dificuldade dos estudos.”

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 27 anos, baixa renda)

A possibilidade de dar continuidade aos estudos sem ter que exercer um trabalho remunerado aparece como um divisor importante nas possibilidades de continuidade das atividades escolares. Esse padrão é coerente com a heterogeneidade dos efeitos quantitativos por raça/cor ou etnia: entre jovens negras, a gravidez na infância ou adolescência intensifica uma desvantagem já presente, enquanto entre brancas ela representa uma ruptura em uma trajetória que era mais favorável, dinâmicas distintas que resultam, porém, em patamares de exclusão educacional similares.

“*Para mim, eu sou uma mulher negra, eu sou uma mulher pobre, só que eu não precisei trabalhar. Mas eu tive contato com outras mães aqui na universidade que elas são negras também e precisaram trabalhar. Então tem esse recorte de classe. E tem esse recorte também de o que você pode, quais são as oportunidades que a vida está te dando nesse momento. Então eu acho que é diferente sim, porque no meu curso tinha outras mulheres brancas, que eram mães. E às vezes as professoras não faziam essas perguntas tão intimidadoras. Eu acho que é diferente. Como a gente vivencia a gravidez quando a gente é mulher negra, mulher branca, pobre, acho que influencia muito.*”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 23 anos, alta renda)

“*Eu parei no ensino médio, mas por conta do constrangimento, assim, né? Enquanto adolescente grávida, era a única adolescente grávida da escola. E sentia que não tinha ali um apoio da direção da escola. Não os colegas, os colegas sempre foram muito queridos, né? As pessoas da minha idade, mas a direção da escola não. Eu escutava alguns comentários e isso para um adolescente, né? Influencia muito.*”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez ou na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

Valorização da educação e resistência

Apesar dos inúmeros obstáculos, é significativo observar que a valorização da educação permanece presente nos discursos das jovens que passaram pela experiência da gravidez na infância ou adolescência. Muitas entrevistadas expressam o desejo de retomar os estudos, associando a escolarização à autonomia, ao desenvolvimento pessoal, à construção de uma carreira e à possibilidade de oferecer uma vida melhor às filhas e filhos. Em alguns casos, esse desejo se concretiza por meio de cursos profissionalizantes, formações informais e retomadas tardias da escolarização, quando as filhas e filhos estão maiores ou quando surge alguma condição mínima de apoio. Esse dado qualitativo é importante para qualificar o efeito quantitativo sobre a baixa valorização da educação: ainda que a pontuação média seja estatisticamente menor entre jovens que passaram por gravidez na infância ou adolescência, as narrativas revelam que essa diferença coexiste com forte desejo de escolarização, sugerindo que o indicador captura menos a desvalorização da educação em si e mais o impacto acumulado das frustrações e exclusões sobre as expectativas concretas dessas jovens mulheres.

“*[Pesquisadora] O que te motiva a continuar a estudar?*
[Entrevistada] Uma perspectiva de futuro, né?
Ter uma carreira, ganhar bem também.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)

“*A gravidez me impactou muito, porque eu não consegui seguir estudando, né? Só segui fazendo cursos, tipo... Eu sou massagista, maquiadora, faço tranças, mas, tipo... Fiz muitos cursos de gestão empresarial (...). O ano passado de projetos culturais, e quase todos os anos estou fazendo algum curso. Eu gosto mesmo de estudar, gosto de me instruir, não sou uma pessoa ignorante, gosto de ler também, né? Estou trabalhando em uma biblioteca, não tem como não ler.*”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Sudeste, 28 anos, baixa renda)

Os relatos, então, apontam de forma contundente para a necessidade de políticas e práticas educacionais mais acolhedoras, as quais elas chamaram espontaneamente de “apoio”, que reconhecem a gestação e a maternidade na adolescência como uma situação de vulnerabilidade, e não como falha moral. As entrevistadas destacam a importância de acolhimento, acompanhamento individualizado, flexibilidade de horários, acesso à creche, presença de profissionais como psicólogos nas escolas e formação adequada de educadores para lidar com essas trajetórias. Quando esse apoio existe, as chances de permanência e conclusão ou retorno aos estudos aumentam significativamente.

“Eu acho que, assim, pela idade, eu acho que eles poderiam ter acolhido, sim, porque, infelizmente, hoje, no Brasil, o que mais tem é menina nova grávida. E eu acho que as escolas teriam que apoiar sim, incentivar a continuar estudando no período diurno, independente do que fosse acontecer, seria mais assistida, era uma aluna mais assistida. (...) Ser uma aluna mais assistida para eles poderem acompanhar, porque, querendo ou não, é uma aluna muito vulnerável. Ela pode desistir de estudar a qualquer hora. E eu acho que as escolas não deveriam ver assim. Eu acho que eles deveriam abraçar para poder aquela aluna, aquela adolescente, terminar, concluir, conseguir concluir os estudos.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

“[Pesquisadora] E você, como você considera que as escolas, os professores ou os profissionais poderiam apoiar as jovens mães a continuarem estudando? Que atitude eles deveriam ter no seu ponto de vista?

[Entrevistada] Eu acho que o acolhimento, né? Às vezes tem adolescentes que engravidam cedo e não tem o acolhimento dentro de casa. É mais o julgamento. E aí querendo ou não uma menina menor de idade que não tem uma cabeça muito boa, ela acaba fazendo escolhas que podem afetar lá na frente, né?”

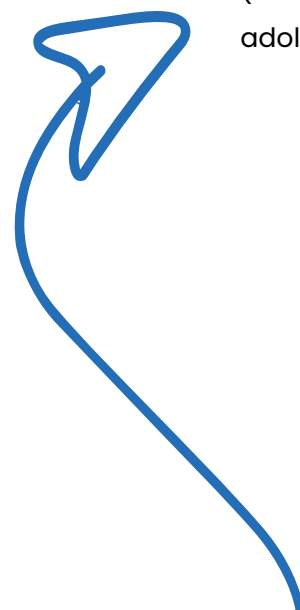
(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Centro-Oeste, 27 anos, média renda)

Trajetórias das jovens que não viveram gravidez na infância ou adolescência: obstáculos estruturais sem evento disruptivo único

Já a análise dos dados referentes às entrevistadas que não vivenciaram a gravidez na infância ou adolescência revela trajetórias educacionais marcadas por maior continuidade escolar, mas que também não estão isentas de obstáculos estruturais, emocionais e institucionais. Diferentemente do grupo das jovens que vivenciaram a gravidez na infância ou adolescência, a evasão e as dificuldades educacionais não se concentram em um único evento disruptivo, mas emergem de um conjunto mais diversificado de fatores, especialmente relacionados à saúde mental, ao contexto familiar, à qualidade do ensino e às desigualdades sociais. A ausência de suporte adequado para lidar com essas questões aparece como um fator que impacta negativamente o desempenho acadêmico e a relação com a escola, contribuindo para frustrações e interrupções no percurso educativo. Esse padrão reforça a interpretação de que os efeitos quantitativos observados entre jovens que experienciaram a gravidez na infância ou adolescência não decorrem apenas de características individuais, mas da adição de um evento disruptivo sobre um contexto que já é estruturalmente precário para a maioria das jovens brasileiras.

“E acho que o negativo foi a questão do meu... a minha saúde mental, porque eu estou em observação para algumas coisas, estou indo para psiquiatra. Então, não saber o que eu tenho é muito ruim. Inclusive, eu acho que isso foi uma das coisas que me atrapalhou muito na questão da escola, tipo, TDAH, eu não sabia se era TDAH, se era autismo, se era... Então, era bem complicado. Então, acho que essa foi a parte negativa do meu desempenho.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)



De modo geral, em ambos os grupos de entrevistas, o incentivo familiar é reiteradamente apontado como decisivo para estimular a continuidade escolar e o acesso ao ensino superior. Relatos evidenciam que, ao crescerem em ambientes onde a educação era valorizada, como, por exemplo, com mães e pais professoras(es) ou familiares interessadas(os) em conhecimento, tendem a construir projetos educacionais mais contínuos. Em contraste, a ausência de incentivo ou apoio familiar aparece como um fator que fragiliza a trajetória educacional, independentemente da experiência ou não de gravidez precoce. Esse dado qualitativo é importante para matizar os efeitos quantitativos: o incentivo familiar opera como variável de contexto que modifica a intensidade do impacto da gravidez na infância ou adolescência: quando presente, pode mitigar seus efeitos sobre a evasão; quando ausente, amplifica a vulnerabilidade mesmo entre jovens que não foram mães quando ainda eram meninas ou adolescentes.

“Olha, eu tenho dois exemplos. Eu tenho o exemplo de uma amiga minha de infância que ela engravidou aos 15 [anos], e tenho o exemplo de uma outra melhor amiga minha, que ela engravidou acho que aos 17, 18 [anos]. A de 15, ela teve ali um período, né? Tipo, materno e tal, se entregou ali na maternidade, mas, hoje em dia, ela já tá concluindo a faculdade. Então, assim, ela foi um exemplo, que ela não quis parar ali na vida, né? Ela continuou, continuou. E aí, a outra, ela meio que se perdeu, tipo, ela, não sei o que aconteceu, mas ela foi só tendo filho atrás de filho, filho atrás de filho. E aí, eu acho que essa é a questão dos pais, que eu falo que os pais influenciarem os estudos, ele afeta muito no que você vai ser, o que você vai, né? Porque ali, se tiver ali um incentivo, você vai querer fazer. E essa minha amiga de 15, a mãe dela, ela sempre incentivou ela, né? Ela só mora com a mãe, sempre incentivou ela, e aí, hoje, ela tá concluindo a faculdade. E a outra, ela já não tinha tanto esse incentivo de mãe nem de pai, né? E aí, ela se perdeu assim, né? Foi tendo muitos filhos, um atrás do outro, e aí, a gente até parou de se falar. Mas é triste, né? O que aconteceu.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

Outro aspecto relevante é a percepção das desigualdades de gênero. As entrevistadas apontam que meninas e mulheres são socialmente mais cobradas nos âmbitos afetivo, comportamental e relacional, enquanto meninos e homens tendem a receber maior estímulo para desenvolver habilidades acadêmicas, carreira e autonomia profissional. Essa diferença de socialização impacta diretamente a relação das jovens com a escola, que muitas vezes deixa de ser um espaço central de projeção de futuro, sendo substituída por expectativas voltadas à vida privada.

“Acho que quando a mulher tem um bebê ou ela está grávida, no final da gravidez, ela é impedida de bastante coisa, tipo estudo, né? E o homem já não tanto (...). Porque quando eu engravidei, tinha coisas que eu não podia fazer e que ele já podia. Tipo, a questão do estudo. Tipo sair para estudar e lá, quase com cinco, seis meses, lá, tem contração essas coisas assim. Então, você não pode andar sozinha. E o homem já não tem essa privação, né?”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

“[Pesquisadora] E você acha que esses desafios são diferentes para jovens homens?

[Entrevistada] Com certeza. O pai abandona e é normal para a sociedade. A mulher não pode nem trabalhar porque é motivo de ser julgada, mas como que vai criar uma criança com um pai que abandona? A minha realidade é essa, o pai dele nunca aceitou essa gravidez. E aí, hoje em dia, ele nem procura o filho dele, paga pensão, mas com determinação judicial.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

No campo institucional, as entrevistadas, mesmo sem terem sido mães precocemente, demonstram forte sensibilidade à falta de apoio das escolas e universidades às estudantes que são mães. Relatos de situações vivenciadas por elas, após se tornarem mães, ou por colegas, especialmente em ambientes de ensino superior, evidenciam práticas excludentes, como a intolerância à presença de crianças em sala de aula e a ausência de políticas de acolhimento. Esses exemplos reforçam um entendimento coletivo de que as instituições educacionais ainda operam a partir de um modelo que pressupõe estudantes sem responsabilidades de cuidado. A convergência entre o relato de jovens que passaram por uma gravidez na infância ou adolescência e o olhar externo de jovens que não passaram por esta experiência sobre esse mesmo problema institucional fortalece a validade da interpretação qualitativa e sugere que o acolhimento institucional não é percebido como um privilégio, mas como uma ausência estrutural que afeta a percepção de todas as jovens sobre as possibilidades de maternidade e escolarização coexistirem.

“E aí, a dificuldade de conciliar, assim, quando eu precisava fazer um estágio, talvez, eu falasse para a professora ‘Ah, eu preciso sair mais cedo porque eu tenho que buscar uma criança na creche’ e os professores, eles não entendem. E aí, começa aquele preconceito com a gente, com as mães. E eu acho que a maior dificuldade é você enfrentar o preconceito dentro da universidade. Quando as pessoas te olham e você fala assim ‘Não, eu tenho uma filha’ e eles te olham ‘Nossa, mas por que você tem uma filha e você está aqui? Por que você está aqui nesse lugar?’. Eu acho que a questão mais difícil, às vezes, para as mulheres que são mães, que estão na universidade, não é nem a questão financeira. Eu acho que é o psicológico mesmo.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

“E, às vezes, o professor que não tinha paciência de estar com a criança dentro de sala de aula. Como aconteceu recentemente, agora, que eu vi o caso da UFPA, uma moça quilombola teve que ser expulsa de sala de aula por causa de um filho, ou seja, a pessoa que estava aqui para ensinar, ela é ensinada a ser humana. Não é a realidade dela, não julgo. Não é a realidade dela, mas a gente tem que estar em paz com as pessoas. E proibir ela de estar assistindo a aula por causa disso, eu já vi isso em casa e na faculdade. Tenho uma amiga minha, a [nome da amiga], ela tem um filho autista, então, na faculdade, toda vez ela tinha que levar ele porque era só ela, o filho mais velho, que tem TDAH, e o esposo dela que trabalhava o dia todo. Ela tinha assistência em casa, mas tinha vezes que ela não tinha com quem deixar. Então, ela tinha que levar ele em sala de aula. Tinha gente reclamando porque ele era muito hiperativo, ele falava demais, ele fazia muito barulho. Isso impacta de uma forma negativa, porque muitas mulheres deixam de fazer isso.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

Em contraposição, aparecem sugestões claras de boas práticas institucionais, como a criação de brinquedotecas, ampliação do acesso às creches, flexibilização de formatos de ensino e apoio psicológico. Essas propostas revelam uma compreensão ampliada de educação, que incorpora o cuidado como parte da vida das estudantes, e não como um obstáculo individual a ser superado. Ainda que essas medidas sejam pensadas, sobretudo, para as mães, elas também beneficiaram outros perfis de estudantes em situação de vulnerabilidade.

“Uma coisa que eu acho muito interessante são as brinquedotecas, que ficam dentro das instituições. Porque, se a gente conseguir ter um espaço de acolhimento com profissionais, pedagogos, que a gente consiga trazer, que eles possam estar com aquelas crianças. Ainda mais que é muito comum a gente ver mulheres já mães estudando, hoje em dia, no EJA, passam elas pro EJA. Ter essa rede de apoio já é a maior iniciativa, porque a mãe consegue prestar atenção. Aí, em casa, tem outra situação que vai além da instituição, mas é um problema também em casa que, às vezes, não tem o apoio suficiente, mas se dentro da instituição já tiver esse pequeno amparo, ela consegue parar, a mãe consegue sentar, consegue prestar atenção na aula, ela consegue fazer os trabalhos até dentro da escola, porque tem um lugar seguro pra deixar os filhos. Tem onde ela sabe a questão das creches, também que é muito importante. Hoje, graças a Deus, a gente está vendo uma gama maior de creches, que é onde as mães possam deixar os seus filhos pra conseguirem trabalhar, pra conseguir estudar o dia todo. Então, isso é muito importante. Eu creio que essa é uma das maiores formas que as instituições podem estar ajudando esses tipos de mães, também dando apoio psicológico porque cansa.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

Do ponto de vista da motivação para os estudos, as entrevistadas que não passaram por gravidez na infância ou adolescência associam a educação a projetos de futuro, autonomia, autoconhecimento, crescimento profissional e melhoria das condições de vida. A escolarização é vista como um meio de romper ciclos de precariedade e alcançar maior estabilidade financeira. Diferentemente das jovens mães, cuja motivação frequentemente se desloca para o bem-estar de filhas e filhos, neste grupo a centralidade está no desenvolvimento pessoal e na construção da identidade adulta.

“[Pesquisadora] O que te motiva a continuar a estudar?
[Entrevistada] Salário melhor, condição de vida melhor, crescer financeiramente, mais conforto de vida.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

“Eu gosto bastante de estudar, assim. É uma coisa que eu gosto desde sempre. Eu acho que também a relação financeira, assim, eu acho que a questão da formação é o que ajuda, a questão de carreira, mas eu gosto bastante de estudar e de estar em contato com outras pessoas. Eu gosto bastante disso. Acho que é isso que me motiva a estudar. Eu gosto bastante também da área da pesquisa.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, branca, da região Sul, 26 anos, baixa renda)

A reorientação do desejo para o bem-estar de filhas e filhos também está presente entre as mulheres que engravidaram já adultas, indicando que este processo está atrelado à experiência da maternidade. No entanto, a gestação não aparece como um evento disruptivo, mas como um fator que motiva a criação de novos projetos pessoais. Esses contrastes qualitativos encontram eco no efeito quantitativo sobre metas educacionais mais baixas entre jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência: a diferença não é de intensidade do desejo de estudar, mas de para quem, quando e por que esse desejo é formulado. Isso tem implicações distintas para a forma como políticas educacionais podem mobilizar essas motivações.

“Positivamente, deixa eu pensar. Eu acho que depois de eu ter o meu filho, eu fiquei com mais vontade de fazer uma faculdade. Pra mim dar uma vida melhor assim pra ele. Não de não ficar só ‘Ah, concluí o ensino médio e vou ir pro CLT’.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

Por fim, observa-se que, embora esse grupo tenha enfrentado menos rupturas abruptas no percurso educacional, suas trajetórias também são atravessadas por desigualdades de gênero, classe, raça/cor ou etnia e acesso a oportunidades. Não ter engravidado na infância ou adolescência não elimina os efeitos das estruturas sociais desiguais, mas permite que a escolarização se desenvolva de forma menos interrompida, ampliando as chances de continuidade e conclusão dos estudos.



Eu acho que existe uma cobrança maior para homens terem carreiras de sucesso e uma cobrança menor sobre relacionamentos. Tipo, uma atenção menor para homens desenvolverem as habilidades sociais e de relacionamento deles. E essa cobrança é muito maior em garotas, que é tipo, 'seja agradável, saiba socializar, como vão seus namoros?' Um controle muito maior sobre garotas, sobre o que elas estão fazendo da vida social e amorosa delas. E não tanto perguntas sobre a vida acadêmica delas e carreira, nem de adquirir novas habilidades. Eu acho que garotos são muito mais incentivados a conseguir desenvolver habilidades."

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, branca, da região Centro-Oeste, média renda)

Síntese Integradora

A integração das evidências sugere que a gravidez na infância ou adolescência opera sobre as trajetórias educacionais sobretudo por meio de dois mecanismos articulados: a sobrecarga de cuidado sem suporte institucional e a exclusão simbólica produzida pelo estigma escolar. O efeito quantitativo mais robusto, o aumento de 24 pontos percentuais na probabilidade de não estar estudando, não resulta de uma decisão pontual, mas de um acúmulo de constrangimentos que as narrativas qualitativas tornam legíveis: o cansaço crônico da dupla jornada, a ausência de rede de apoio, a hostilidade institucional e a internalização do estigma como sentimento de inadequação e vergonha.

Ao mesmo tempo em que os dados indicam rebaixamento de metas educacionais e evasão precoce, as evidências qualitativas revelam que a valorização da educação permanece presente e até se intensifica como desejo. O que introduz uma tensão importante: o que os indicadores capturam como desvalorização da escola pode ser, na realidade, a sedimentação de expectativas rebaixadas diante de experiências acumuladas de exclusão, e não ausência de motivação.

Os resultados não são totalmente uniformes, indicando que os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre a escolarização se combinam de maneira distinta com raça/cor ou etnia, classe e território: para jovens negras, ela intensifica desvantagens preexistentes; para jovens brancas, representa uma ruptura em trajetórias mais favoráveis, dinâmicas que convergem para patamares similares de exclusão, mas por caminhos e mecanismos diferentes.

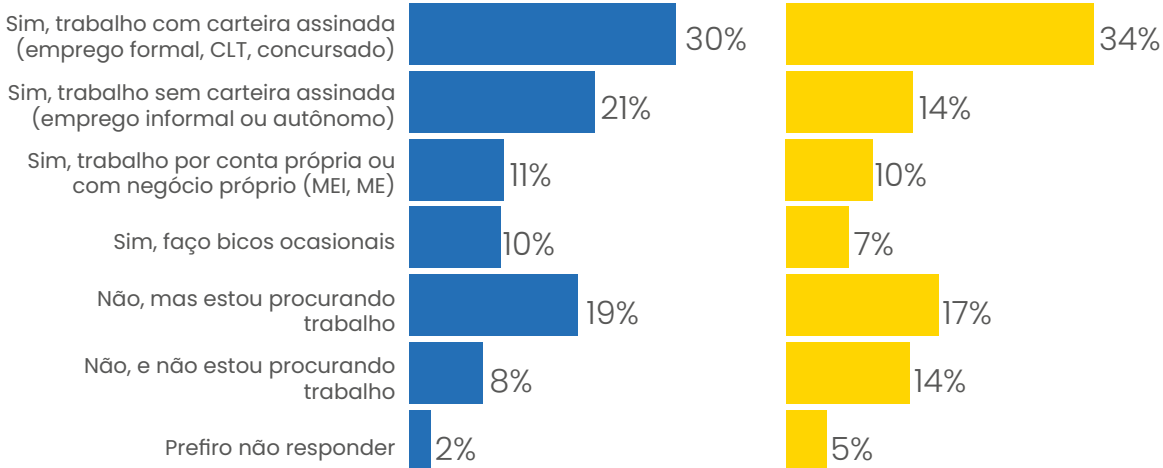
O principal limite dos indicadores quantitativos reside na incapacidade de capturar a qualidade relacional da experiência escolar, o estigma, a culpa, as sequelas emocionais e a dissociação entre aspiração e possibilidade concreta de escolarização, dimensões que apenas as evidências qualitativas tornam analiticamente acessíveis e que são centrais para a formulação de políticas educacionais efetivas.

Trabalho e Renda

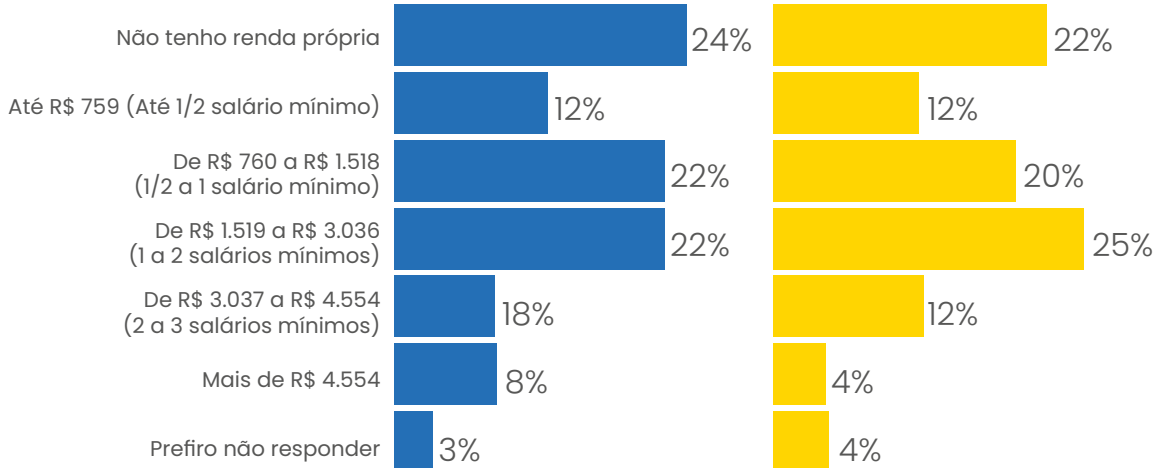


- Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência
- Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

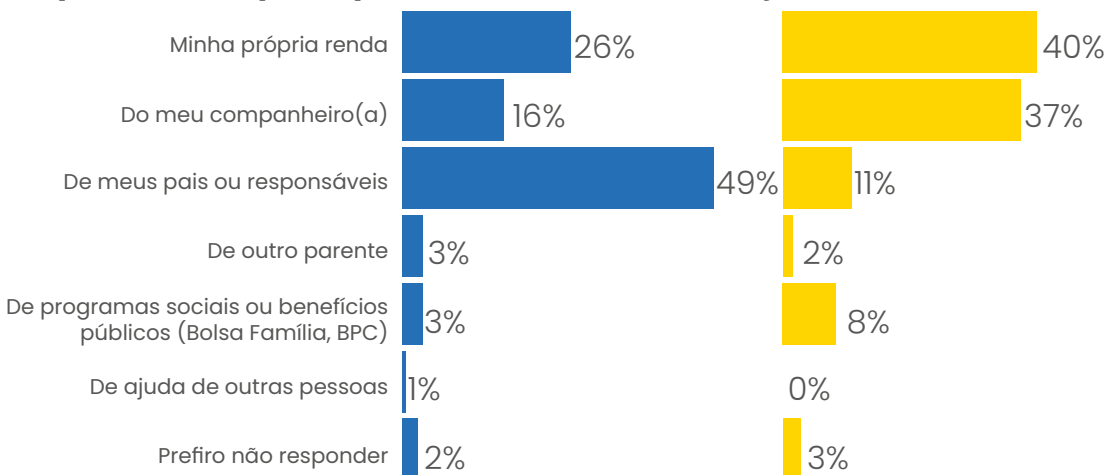
Você trabalha atualmente (de forma remunerada)?



Se você tem renda própria, aproximadamente quanto ganha por mês (renda bruta)?



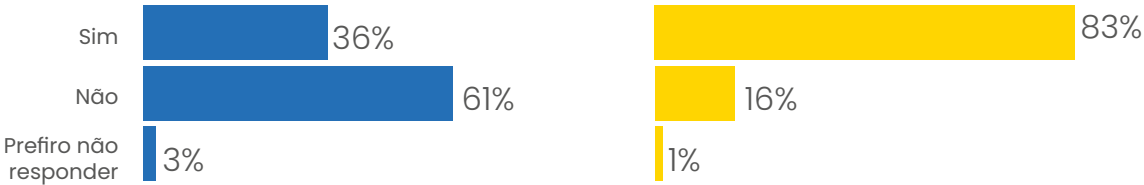
De quem vem a principal renda da sua casa hoje?



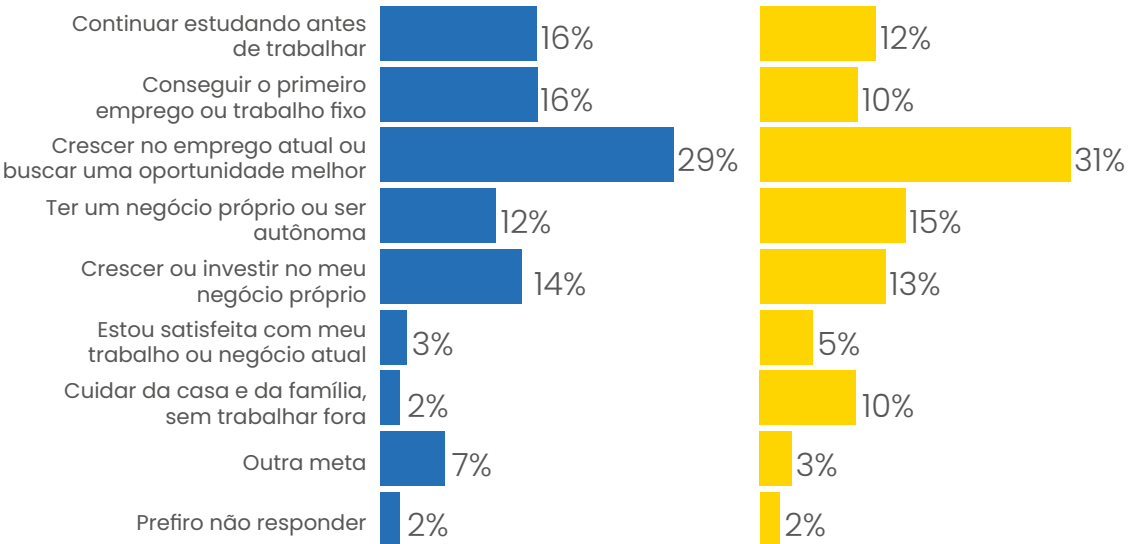
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

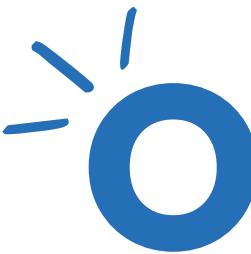
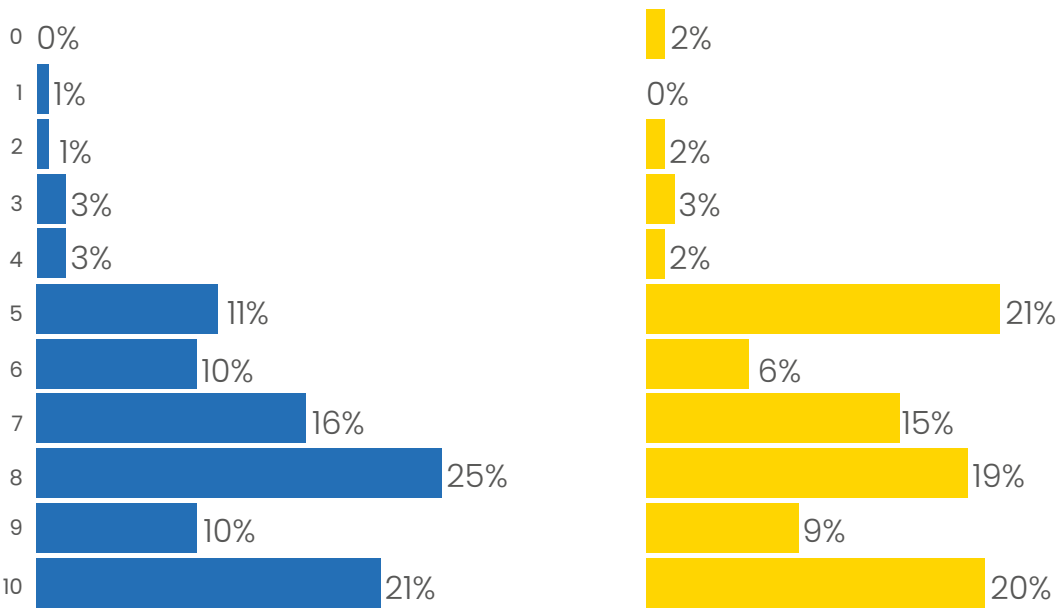
Você teve que deixar de trabalhar ou perdeu oportunidade de emprego por responsabilidades familiares (ex. cuidado com filhos, parentes, casa, etc)?



Pensando no futuro, qual é sua principal meta em relação ao trabalho e renda?

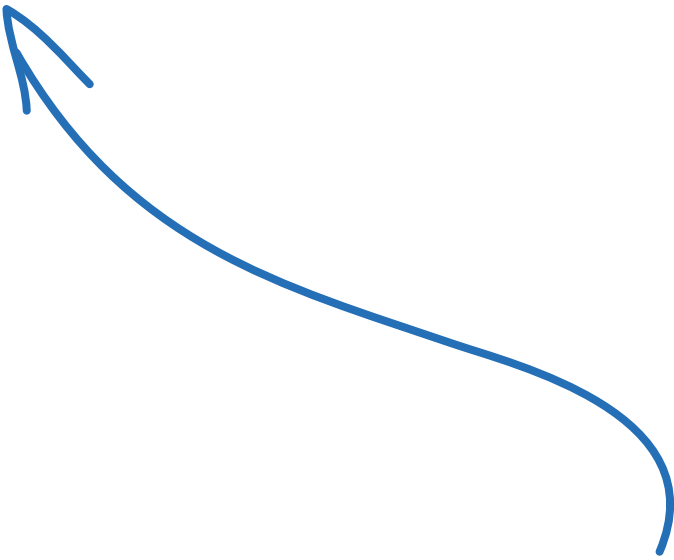


Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente confiante sobre seu futuro profissional e econômico?



s dados de trabalho e renda sugerem que a inserção laboral dos dois grupos é relativamente semelhante em termos de participação no mercado de trabalho, mas com diferenças importantes na qualidade e nas condições dessa inserção. Entre as jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência, há maior parcela fora do mercado ou sem buscar emprego (31%, contra 27%). A renda individual também é parecida entre os grupos, com exceção da faixa mais alta, onde as jovens que não passaram pela experiência da gravidez na infância ou adolescência aparecem em proporção duas vezes maior (8%, contra 4%). A diferença mais marcante, porém, parece estar na origem da renda domiciliar: entre as jovens que experienciaram a gravidez na infância ou adolescência, cai fortemente a participação de mães, pais ou responsáveis (11%, contra 49% do outro grupo) e se destacam as contribuições própria (40%, contra 26%), do companheiro(a) (37%, contra 16%) e de programas sociais (8%, contra 3%), sugerindo trajetórias de maior autonomia forçada e menor suporte familiar.

O impacto do cuidado sobre o trabalho é o contraste mais expressivo do bloco: 83% das jovens que passaram por uma gravidez na infância ou adolescência relatam já ter deixado de trabalhar ou perdido oportunidades por responsabilidades de cuidado, ante 36% no outro grupo. Apesar disso, as aspirações profissionais são semelhantes, em ambos os grupos predomina o desejo de crescer no emprego atual ou buscar oportunidade melhor, e a autoconfiança profissional também é próxima (médias de 7,3 e 7,1). Esses dados sugerem que, assim como na educação, o principal obstáculo não parece estar na falta de motivação ou confiança, mas nas condições concretas impostas pelas responsabilidades de cuidado. Como nas seções anteriores, a análise de pareamento permitirá testar em que medida essas diferenças observadas refletem os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre as trajetórias de trabalho e renda.



• Análise Comparada (com Pareamento)



Principais Efeitos e Mecanismos de Trabalho e Renda

Estimativa Causais (Efeitos)	Evidências Qualitativas (Mecanismos)
Amostra total: - Aumento de 50 p.p de terem perdido emprego ou oportunidade por responsabilidades de cuidado - Aumento de 9 p.p de terem programas sociais como principal renda familiar - Aumento de 8 p.p em ter baixa autoconfiança profissional - Aumento de 7 p.p de não estarem trabalhando - Aumento de 4 p.p de terem como meta profissional cuidar da casa e da família - Aumento de 2 p.p de terem como meta profissional trabalhar	- Jornadas de trabalho incompatíveis com as demandas de cuidado - Exaustão decorrente da sobreposição das jornadas de trabalho (cuidado, doméstico e remunerado) - Sentimento de culpa - Ausência de rede de apoio privada - Ausência de apoio institucional - Discriminação no mercado de trabalho - Baixa grau de escolaridade - Posições precarizadas com salários insuficientes

• Estimativas Causais (Efeitos)

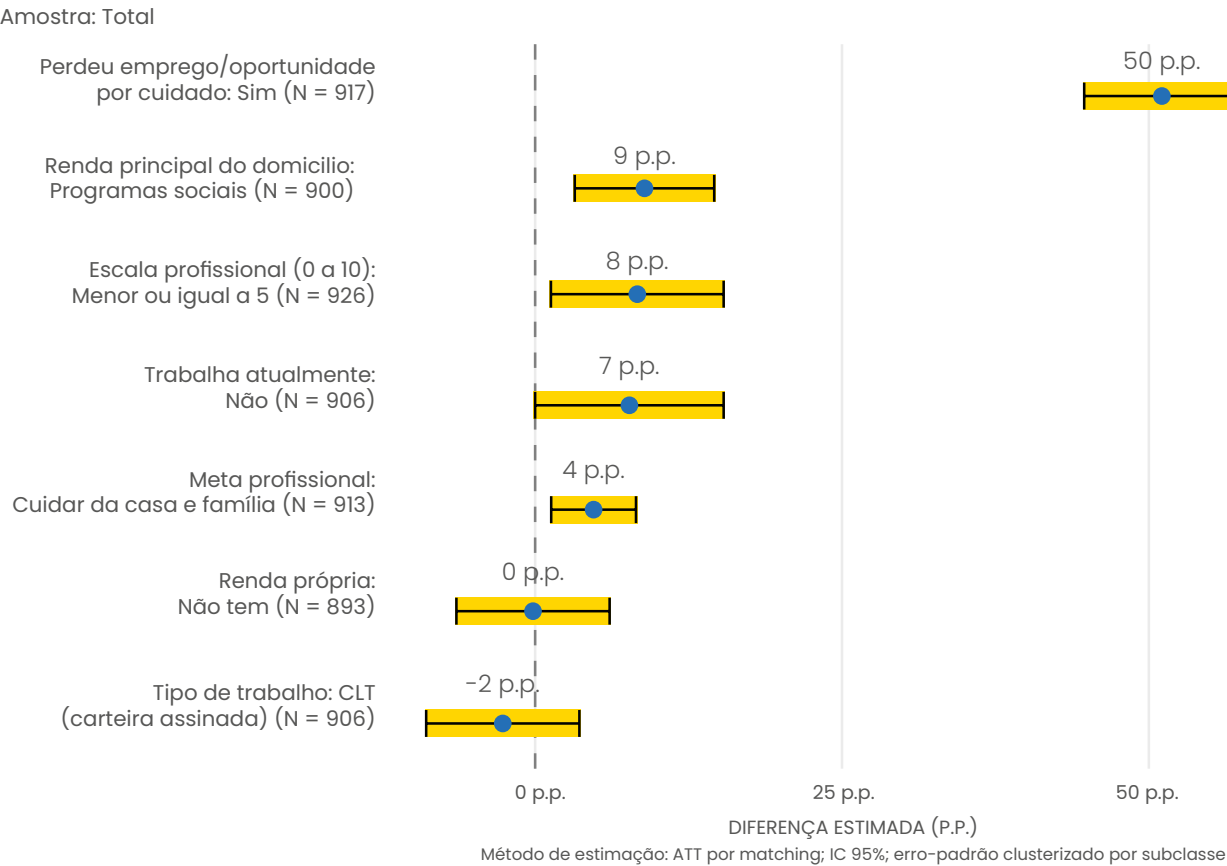
As estimativas causais pareadas indicam que a gravidez na infância ou adolescência está associada a impactos relevantes na inserção econômica das jovens.

O principal achado é o efeito sobre perda de oportunidades por responsabilidades de cuidado: jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência apresentam um aumento de 50 pontos percentuais na probabilidade de terem perdido emprego ou oportunidade por essa razão, resultado estatisticamente robusto. Esse impacto de magnitude expressiva encontra correspondência direta nas evidências qualitativas, como veremos na próxima seção, que descrevem o cuidado não como

escolha, mas como constrangimento estrutural. A ausência de creches com horários compatíveis e de compreensão institucional por parte das empresas opera como mecanismo concreto de exclusão do mercado de trabalho.

Também há aumento de 9 pontos percentuais na probabilidade de a principal renda do domicílio vir de programas sociais, de 8 pontos percentuais na probabilidade de baixa autoconfiança profissional, de 7 pontos percentuais na probabilidade de não estarem trabalhando atualmente e de 4 pontos percentuais na probabilidade de metas profissionais associadas ao cuidado da casa e da família. A baixa autoconfiança profissional, em particular, encontra eco nas narrativas qualitativas, que revelam como o estigma nos processos seletivos e a percepção de desvalorização da maternidade no ambiente laboral corroem progressivamente a autoestima profissional dessas jovens, sugerindo que o indicador quantitativo captura o resultado de um processo relacional e institucional, e não apenas uma disposição individual.

Impacto da gravidez precoce: Trabalho e Renda



Por outro lado, não há efeito estatisticamente discernível sobre não ter renda própria nem sobre trabalho formal com carteira assinada, cujas estimativas são indistinguíveis de zero. Esse resultado introduz uma tensão importante com as evidências qualitativas, que descrevem trajetórias de inserção laboral precária, marcadas por vínculos informais, baixos salários e abandono de empregos formais por esgotamento físico e emocional. Uma interpretação possível é que as jovens mães até acessam o mercado de trabalho, impelidas pela necessidade financeira, mas em condições de maior vulnerabilidade e menor estabilidade, dimensões que os indicadores binários de formalidade e renda própria não capturam com precisão.

O achado de programas sociais permite ainda um cálculo de ordem de grandeza dos custos da gravidez na infância ou adolescência para o orçamento público. Considerando que a maior parte desses benefícios provém do Programa Bolsa Família (PBF), mantendo-se constante a taxa nacional de cobertura do PBF de aproximadamente 20% das famílias brasileiras, e levando-se em conta um benefício médio de cerca de R\$ 600 por mês por família. Se cada respondente for associada a uma única família totalizando as 3,4 milhões de mulheres de 19 a 29 anos que viveram uma gravidez na infância ou adolescência, o impacto no orçamento seria de uma ordem de grandeza de:

$9\% \times 20\% \times 3.400.000 \times R\$ 600,00 = R\$ 36.720.000,00/mês$

Grosso modo, cerca de R\$40 milhões por mês ou R\$0,5 bilhão por ano apenas com os custos de uma política de desenvolvimento social em uma estimativa conservadora. As evidências qualitativas ajudam a qualificar esse resultado ao evidenciar que a dependência de programas sociais não resulta de ausência de motivação para o trabalho, ao contrário, as narrativas mostram jovens mulheres fortemente impelidas a trabalhar, mas apontam constrangimentos estruturais que limitam o acesso a empregos capazes de gerar renda suficiente para a independência econômica familiar.

• Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência “Minha mãe não deixava fazer... Menor aprendiz. Eu pedi pra ela fazer, mas ela não queria, ela falava que eu só iria estudar. Que estudar e trabalhar não tinha como não, porque você não tem o foco total pros estudos.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Nordeste, 26 anos, média renda)	Com experiência de gravidez na adolescência “Eu percebo que, às vezes, quando a gente engravida muito jovem, a primeira coisa que vem na cabeça é ‘nossa, eu tenho que trabalhar porque eu tenho que sustentar outra pessoa’.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)
---	--

Trabalho como necessidade e como constrangimento

A análise dos dados sobre trabalho entre as entrevistadas que vivenciaram a gravidez na infância ou adolescência evidencia que a inserção e a permanência no mercado de trabalho são profundamente atravessadas pela maternidade precoce, combinando dimensões econômicas, emocionais, de gênero e institucionais. Assim como observado no campo educacional, a trajetória laboral dessas jovens é marcada menos por escolhas individuais e mais por constrangimentos estruturais que limitam suas possibilidades de emprego, estabilidade e ascensão profissional. Esse padrão qualitativo é coerente com os efeitos quantitativos observados sobre perda de oportunidades por cuidado e sobre metas profissionais vinculadas ao lar, e sugere que o mecanismo subjacente é a superposição entre papéis de gênero e ausência de suporte institucional, especialmente entre jovens de baixa renda, para as quais essas restrições tendem a se manifestar de forma mais imediata e intensa.

“ [Pesquisadora] *Além de ser difícil entrar no mercado de trabalho, para as mulheres, por que é difícil elas permanecerem nesse trabalho? Por que você acha, assim, que é mais difícil para as mulheres se manter?*

[Entrevistada] *Olha, eu acho que por conta das crianças, né? Não tem aquele tempo. E aí, muita das vezes a pessoa não tem nem com quem deixar, aí fica difícil de... Oportunidades também são poucas.*”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)

De forma geral, o trabalho aparece como uma necessidade imediata, diretamente associada ao desafio financeiro imposto pela maternidade. Diferentemente de jovens sem filhos, para quem o trabalho pode assumir um caráter de autonomia ou realização pessoal, para essas jovens ele surge, antes de tudo, como estratégia de sobrevivência e de provisão para o filho. A motivação para trabalhar é reiteradamente vinculada ao desejo de garantir melhores condições de vida para a criança, complementar a renda doméstica e assegurar um mínimo de segurança material, indicando que a inserção laboral está menos associada a trajetórias de construção profissional e mais a respostas imediatas a pressões econômicas. Esse perfil motivacional ajuda a compreender o efeito quantitativo sobre programas sociais: quando o trabalho disponível não gera renda suficiente para substituir as transferências públicas, a dependência desses programas se mantém mesmo entre jovens mulheres economicamente ativas.



[Pesquisadora] **O que motivou você a trabalhar?**

[Entrevistada] **Minha filha, porque... pra dar mais condições, pra eu poder comprar pra ela o que eu gostaria que ela tivesse. Pra completar a renda em casa também, pra gente viver de uma maneira mais segura, de certa forma."**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

Ambivalência no retorno ao trabalho

O retorno ao mercado de trabalho após a gravidez é descrito de forma ambivalente. Por um lado, há um forte sentimento de liberdade e autonomia econômica: trabalhar significa poder "comprar o que quiser" para o filho e recuperar parte da identidade para além da maternidade. Por outro lado, esse retorno é marcado por preocupação constante, culpa e sofrimento emocional, especialmente nos primeiros meses, quando o bebê ainda é muito dependente da maternagem. A saída diária de casa, enquanto a criança chora ou demonstra reconhecer a ausência da mãe, produz sentimento de culpa que acompanha essas jovens mulheres no cotidiano laboral, revelando que a inserção no trabalho não elimina as tensões do cuidado, mas as desloca para o plano emocional. Essa ambivalência não é capturada pelos indicadores quantitativos de emprego ou renda, que tratam a inserção laboral como um estado binário, quando as narrativas revelam que ela é vivida como um processo emocional contínuo e contraditório.



[Pesquisadora] **Como foi retornar pro mercado de trabalho depois da gravidez?**

[Entrevistada] (...) **Foi uma loucura, porque é um sentimento de liberdade e, ao mesmo tempo, pânico. Porque simplesmente você fica muito, muito preocupada com o seu bebê em casa, mas ao mesmo tempo você tá... eu tô aqui por ele e, eu preciso fazer isso por ele e por mim. Mas ao mesmo tempo você fica 'Será se ele tá bem?'. Então, é uma sensação muito boa, muito boa mesmo, de liberdade. Tipo, agora sim, agora eu vou poder fazer tudo que eu quero. (...) Eu tava até falando isso comentando com o pessoal da minha família, enfim, falando sobre 'Cara, eu vou comprar tudo que eu quero pro meu filho, agora'. E é uma sensação muito boa de liberdade, mas é uma sensação também de preocupação. E ao mesmo tempo querendo ou não, né? Eu, principalmente, me sinto também muito culpada, às vezes, porque meu filho já tem 7 meses, então ele entende o que é sair, rotina, ele já sabe. Então, quando ele tá acordado de manhã, que ele me vê saindo, ele começa a chorar. Então, isso me dá uma sensação também de culpa, porém eu sei que eu tô ali por ele, né?"**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

Esgotamento, cuidado e abandono do emprego formal

O "cansaço" reaparece como uma categoria central também no trabalho. A conciliação entre trabalho fora, trabalho de cuidado com as filhas e filhos e trabalho doméstico cria uma rotina exaustiva, que leva algumas entrevistadas a abandonar empregos formais para se dedicar exclusivamente às atividades do lar. Esse movimento não é descrito como escolha, mas como resultado do esgotamento físico e emocional acumulado, indicando que a saída do mercado formal ocorre muitas vezes como adaptação a uma rotina insustentável, e não como preferência. Mesmo quando há um companheiro presente, os papéis de gênero permanecem bem demarcados: a jovem sendo a principal responsável pelo cuidado e pela gestão da casa, enquanto sua renda é narrada como "ajuda" para as despesas familiares, e não como provisão principal. Esse mecanismo qualitativo ajuda a explicar por que o efeito quantitativo sobre metas profissionais voltadas ao cuidado da casa e da família é positivo e estatisticamente significativo: ele não expressa uma preferência, mas a sedimentação de uma trajetória de esgotamento e resignação.



Aí, eu trabalhei em duas casas, em questão de um ano nas duas. Trabalhei seis meses em um. Três, quatro meses em outro. Aí eu parei. Deixava [as despesas] só com ele [marido] mesmo. Ficava ajudando só dentro de casa mesmo. Fazendo serviço de casa porque era muito cansativo. Trabalhar na casa de família. E chegar em casa, ter serviço para fazer também. Muito cansativo. Aí deixei de ir.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na infância, negra, da região Nordeste, 24 anos, baixa renda)



História de vida da região Centro-Oeste

Mariana (nome fictício), hoje com 26 anos, viveu até os oito com o pai e a avó em uma fazenda em um pequeno município do interior do Mato Grosso do Sul, criada como filha de doze irmãos por uma família afetiva, mas distante de sua mãe biológica. Aos oito, foi morar com a mãe em Campo Grande. Uma transição traumática, marcada por sobrecarga doméstica desde cedo, cuidado da irmã mais nova e ausência materna em razão de longas jornadas de trabalho. Foi uma adolescente disciplinada e estudiosa: terminou o ensino médio aos 16 anos, adiantada, e investiu dois anos no preparo para o concurso da Aeronáutica, dormindo duas horas por noite, comendo mal, vivendo de bicos. Engravidou aos 18, descobrindo a gestação no posto de saúde após uma anemia severa que a fez emagrecer 20 kg e “amarelar”. Passou no concurso, mas não pôde fazer os exames

presenciais em São Paulo, não tinha dinheiro para hospedagem nem para os exames. “E aí também eu fiquei grávida. E aí eu não fui, e aí tudo mudou”. Recompôs sua vida lentamente: estudou pedagogia com financiamento da empresa onde trabalha, foi promovida em 2024, começou duas pós-graduações em 2026. Casou e separou-se, teve uma perda gestacional em 2022, com licença e acompanhamento psicológico custeado pela empresa.

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 26 anos, média renda)

Rede de apoio, creches e restrição de oportunidades

A falta de tempo e de rede de apoio aparece como um dos principais obstáculos à permanência no mercado de trabalho. A ausência de alguém com quem deixar a criança, somada à escassez de creches e serviços públicos com horários adequados ao mercado de trabalho, dificulta o acesso a empregos com jornadas rígidas, o que restringe de forma concreta o tipo de ocupação acessível a essas jovens. Nesse contexto, a gravidez na infância ou adolescência reduz drasticamente as alternativas de trabalho disponíveis, designando essas jovens para ocupações que exigem menor qualificação, oferecem baixa remuneração e pouca proteção social. Os dados quantitativos capturam o resultado agregado desse processo, o aumento na probabilidade de não estar trabalhando e de ter a renda domiciliar sustentada por programas sociais, enquanto a análise qualitativa revela o encadeamento concreto de ausências institucionais que produz esse desfecho.



[Pesquisadora] E qual é o principal desafio para as jovens mulheres permanecerem no mercado de trabalho?

[Entrevistada] No caso, trazendo pra jovens que têm filhos, eu acho que é a questão do acolhimento também, né? Como na escola e nas empresas. A empresa entender, sabe? Eu acho que a empresa até em entrevistas mesmo, ela já... não sei, ela já te olha com outro olhar, quando sabe que você tem filho. Porque os questionamentos são sempre os mesmos: ‘Se seu filho ficar doente, como é que vai ser se você não vai vir trabalhar? Tem alguém que vai ficar com seu filho pra você?’. Eu acho que falta uma compreensão por parte das empresas muitas vezes. Pelo menos nas que eu já fiz entrevista, ou nas que eu trabalhei.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

A escolaridade se revela um fator determinante para as oportunidades profissionais. As entrevistadas reconhecem que não ter concluído os estudos, muitas vezes em função da própria gravidez, restringe ainda mais o acesso a trabalhos considerados “bons”. Mesmo entre aquelas que concluíram a educação básica (até o ensino médio), o mercado aparece como restritivo e precarizado, o que evidencia que a maternidade precoce se soma a um contexto mais amplo de desigualdade estrutural no acesso ao trabalho digno.

“ [Pesquisadora] *Você acha que tem muita oportunidade no mercado de trabalho, hoje em dia?*

[Entrevistada] *Não. Principalmente para quem não terminou os estudos, aí não tem oportunidade, é mais difícil. E para quem já terminou também é difícil. (...) Olha, eu acho que [o desafio de permanecer no mercado de trabalho é] por conta das crianças, né? Não tem aquele tempo. E aí, muita das vezes a pessoa não tem nem com quem deixar, aí fica difícil de... Oportunidades também são poucas.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)

Estigma nos processos seletivos e feminização das ocupações

Outro aspecto fortemente presente é o estigma no ambiente laboral e nos processos seletivos. As jovens relatam que, em entrevistas de emprego, a maternidade é frequentemente tratada como um problema ou um risco para a empresa. Perguntas sobre quem cuidará do filho caso ele adoeça são dirigidas sistematicamente a elas, mas não aos pais, o que explicita a desigualdade de gênero no mercado de trabalho, indicando que a penalização da maternidade se dá de forma antecipada, antes mesmo da experiência concreta de ausência ou desempenho no trabalho. Esse tratamento reforça a percepção de que ter um filho torna a jovem menos desejável como colaboradora, levando algumas entrevistadas a esconder a maternidade durante as entrevistas, por medo de julgamento ou exclusão. Esse mecanismo é consistente com o efeito quantitativo sobre baixa autoconfiança profissional, sugerindo que a discriminação experienciada nos processos seletivos se internaliza como percepção negativa de si mesma no mercado de trabalho.

“ *Sabe o que eu noto? Sempre que eu ia fazer entrevista, as pessoas perguntam assim, quando vem... ‘Eu vi aqui que você tem filha, né? Mas você tem com quem deixar essa filha?’ Sempre perguntam, tipo assim, sempre acham que nossa filha é um empecilho. Que a gente não serve para aquele trabalho. Essa é a minha visão.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 26 anos, média renda)

As oportunidades de inserção no mercado, quando surgem, costumam se concentrar em setores historicamente feminizados e desvalorizados, como trabalho doméstico, limpeza ou supermercados, o que limita não apenas a renda, mas também as possibilidades de progressão e mobilidade ocupacional. Embora iniciativas como o Jovem Aprendiz apareçam como experiências positivas de acolhimento institucional, com maior flexibilidade e compreensão da condição materna, essas oportunidades são raras e insuficientes para garantir estabilidade financeira a longo prazo. Os salários baixos são percebidos como incapazes de sustentar uma família, perpetuando ciclos de vulnerabilidade econômica. Esse circuito de precarização qualitativa, confinamento a setores desvalorizados, salários insuficientes, ausência de proteção social, oferece um mecanismo plausível para a persistência da dependência de programas sociais mesmo entre jovens mulheres que trabalham, tensionando a hipótese de que emprego e transferências são mutuamente excludentes.

“ [Pesquisadora] *Quais são os principais empregos que as pessoas geralmente conseguem?*

[Entrevistada] *Olha, não que eu esteja desvalorizando, mas, tipo, em supermercado, na área da limpeza, não que seja ruim. (...) Tem em supermercado, na área da limpeza, só as coisas assim.*

[Pesquisadora] *Você acha que ele [salário] é suficiente para sustentar uma família?*

[Entrevistada] *Não, não é o suficiente. Nenhum pouco.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)

Os marcadores sociais, como classe, origem territorial e escolaridade, atravessam essas experiências de forma evidente. Jovens vindas do interior, com menor capital educacional ou redes de contato mais restritas, relatam ainda mais dificuldades para acessar empregos melhores, mostrando que a maternidade precoce não opera isoladamente, mas em articulação com desigualdades estruturais, que definem condições muito distintas de inserção e permanência no mercado de trabalho.



[Pesquisadora] E você acha, pensando aqui, essas diversidades de mulheres, se são mulheres negras, mulheres pobres, ou mulheres brancas, ou indígenas, ou de áreas rurais ou urbanas, você acha que os desafios são os mesmos ou você acha que muda? Por exemplo, uma jovem negra de uma jovem branca, ou uma jovem indígena?

[Entrevistada] Assim, eu acredito que sejam desafios semelhantes, mas com dificuldades maiores, com graus de dificuldade maior. Por exemplo, a minha mãe, ela vem do interior. Ela não é daqui de [nome da cidade], ela veio do interior pra trabalhar. E ela tinha essa dificuldade em encontrar emprego. Pelo que ela conta, ela tinha essa dificuldade. Ela era do interior, ela não sabia falar direito como o pessoal sabia fazer. Ela não tinha o mesmo grau de conhecimento e estudo que o pessoal daqui tinha. Então, assim, existe essas dificuldades.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

Contudo, assim como no campo da educação, as narrativas das jovens mães expressam uma demanda clara por apoio institucional no trabalho. Espera-se que empresas e empregadores desenvolvam práticas mais acolhedoras, compreendam as especificidades da maternidade e ofereçam condições compatíveis com a realidade de jovens mulheres com filhos pequenos. A ausência desse acolhimento reforça a exclusão no mercado de trabalho e consolida a percepção de que a sociedade, de modo geral, não apoia jovens mães a seguirem seus projetos de vida.



Quando ele [filho] fica doente, eu tenho que tentar falar com alguém pra ele trocar de turno comigo, ou pra pagar a hora depois. Daí, tem que fazer toda aquela conversa com a diretora e falar com todo mundo, mas na escola que eu trabalho, pelo menos eles são bem compreensíveis nesse sentido, sabe? (...) Eu tinha que levar ele na consulta, fazer as coisas com ele, daí ela falava, ‘Não, pode ficar em casa hoje, amanhã, outro dia, tu paga’. Então, nesse sentido, teve ainda o apoio das pessoas da onde que eu trabalho. (...) Nessa parte, eu tive apoio, que nem eu falei, então, acho que eu me senti bem acolhida nesse sentido. Eu acho que, quando eu trabalhava na escola privada era muito difícil, eles diziam vários ‘não’ pra mim (...). Teve uma vez que eu falei pra eles que eu não tinha quem deixar meu filho, (...) e se eu podia trocar com alguém, eu não ia faltar, eu ia trocar o turno, porque à tarde a minha mãe chegava da escola e podia ficar com ele, ela falou assim, ‘Ah, eu te contratei pra trabalhar nesse turno, por que tu não escolhesse trabalhar no outro?’, daí eu expliquei pra ela, e daí ela falou assim pra mim ‘Tem muita gente querendo teu lugar, então tu tem que parar de brincar’. E eu acho que foi ali que eu falei ‘eu não quero passar mais por isso’, daí eu fui, consegui outro emprego, daí eu saí de lá.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)

A liberdade de escolha aparece, portanto, como uma dimensão relacional, e não absoluta. Ter renda própria é descrito como condição fundamental para decidir sobre aspectos cotidianos, desde lazer e autocuidado até deslocamentos, tratamento de saúde e planejamento de médio prazo. Quando a renda é instável, variável ou insuficiente, as escolhas se restringem à manutenção básica da sobrevivência, o que indica que a presença de renda, por si só, não se traduz automaticamente em autonomia efetiva. Para algumas entrevistadas, a ideia de “escolha” chega a ser problematizada, vista como um privilégio distante em um contexto em que o salário-mínimo, bolsas ou auxílios mal cobrem alimentação, transporte e medicação. Embora não haja efeito quantitativo discernível sobre a ausência de renda própria, as evidências qualitativas sugerem que a questão relevante não é ter ou não renda, mas a qualidade e suficiência dessa renda, uma dimensão que o indicador binário não captura.



Então, depois da gravidez, acho que foi mais difícil a independência financeira do que se eu não tivesse o filho. Acho que se eu não tivesse um filho, eu teria conseguido trabalho, teria conseguido ir, que é o que eu vejo no meu irmão, assim, meu irmão, ele, assim que ele fez 18 anos, ele já conseguiu um trabalho, ele já conseguiu sair de casa, ele já conseguiu morar sozinho, e ele vive muito bem agora. Eu acho que se eu não tivesse um filho, eu também poderia estar ali, sabe, parecido.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)



Não, só eu [tenho renda], mas assim, eu queria botar ele [filho] num esporte diferente, mas não tenho condições. Pagar para o psicólogo para ele, queria também. Isso me afeta nisso, porque sou bem limitada, tenho que fazer o que eu posso. É, não é certo não, isso. Queria botar aí em coisas diferentes que ele tivesse mais acesso, mas não dá pra ir.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 22 anos, baixa renda)

Trajetórias das jovens que não viveram a gravidez na infância ou adolescência

A análise das condições de trabalho entre jovens que não foram mães na infância ou adolescência revela trajetórias marcadas por maior diversidade de experiências laborais e níveis variados de autonomia, mas ainda profundamente atravessadas por desigualdades estruturais de gênero, raça/cor ou etnia, classe, território e geração. Não ter passado pela experiência da gravidez na infância ou adolescência não elimina a precariedade nem os limites impostos pelo mercado de trabalho contemporâneo, mas permite, em muitos casos, maior flexibilidade temporal para experimentar, investir na formação e reorientar projetos profissionais ao longo do tempo. Esse contraste é coerente com a ausência de efeito estatístico sobre trabalho formal com carteira assinada, indicando que a formalidade, por si só, não distingue os dois grupos, mas é capturado com mais precisão pelas narrativas, que revelam diferenças qualitativas importantes nas condições, margens e horizontes de inserção laboral.



Da minha faixa etária, essas pessoas têm algum desafio para entrar no mercado de trabalho. Existe uma forte desesperança sobre ter emprego, conseguir ter um emprego fixo e não ser, tipo, PJ, não ser independente, não ser contratado para coisas muito pontuais. Aí é uma brincadeira que a gente faz, que é o maior sonho da gente é ser concursado ou CLT. Mas ao mesmo tempo a gente tem os debates sobre escala de trabalho e se a gente vai ou não conseguir se aposentar, esse tipo de coisa. E porque parece que cada vez mais o mercado de trabalho te pede muita, muita, muita coisa.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, branca, da região Centro-Oeste, 22 anos, média renda)

De maneira geral, o início da vida laboral dessas jovens ocorre de forma precoce e precarizada, ainda na adolescência ou no início da vida adulta, com inserções em estágios mal remunerados, trabalhos informais, freelancer, bolsas universitárias ou ocupações temporárias. Muitas relatam que, nesse momento inicial, aceitavam “qualquer trabalho” como forma de garantir alguma independência financeira, ajudar nas despesas domésticas ou ter acesso a consumo mínimo. Essa fase é marcada por desigualdade salarial, especialmente em comparação com jovens homens que exercem as mesmas funções, além de assédio moral, sobrecarga e ausência de direitos trabalhistas.

Com o avançar da idade e, sobretudo, com a entrada e permanência no ensino superior, observa-se um deslocamento progressivo na relação com o trabalho. A universidade aparece como um elemento central na ampliação de repertório, produção de redes de contato e acesso a oportunidades mais qualificadas. Diferentemente da adolescência, período em que as escolhas eram limitadas pela urgência econômica, a formação acadêmica universitária permite que essas jovens passem a selecionar melhor onde e com quem trabalhar, recusando ambientes abusivos ou incompatíveis com seus valores e objetivos. O trabalho deixa de ser exclusivamente uma estratégia de sobrevivência imediata e passa a ser também um espaço de construção identitária e projeção de futuro. Esse percurso contrasta com o das jovens que viveram a gravidez na infância ou adolescência, para quem o trabalho permanece predominantemente associado à sobrevivência e às responsabilidades de cuidado, o que encontra correspondência direta no efeito quantitativo sobre metas profissionais voltadas ao lar.



Quando eu entrei na graduação, eu estava em um monte de trabalho, fui para o telemarketing presencial, o remoto, aí depois eu fui trabalhar no shopping, uma marca de maquiagem, fiquei por uns anos lá, de 2021 até 2023, só que ao mesmo tempo eu percebi que na graduação não dava para seguir as duas coisas. E aí, foi nesse momento que eu comecei a descobrir sobre as bolsas. Então, bolsa de extensão, bolsa de tudo que tinha na universidade, eu estava, fiz PIBID, fiz residência, todo PIBID, estou saindo do PIBID agora.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Sudeste, 25 anos, baixa renda)

As desigualdades de gênero atravessam de forma consistente os relatos, mesmo entre aquelas que não são mães. As jovens reconhecem que mulheres são mais cobradas, mais vigiadas e mais facilmente desvalorizadas no mercado de trabalho, seja pela idade, pela aparência, pela forma de se vestir ou por expectativas relacionadas à maternidade. A possibilidade de “vir a engravidar” já opera como critério de exclusão silenciosa em processos seletivos, o que evidencia que a penalização da maternidade não começa com o nascimento do filho, e sim antecede a própria experiência da gestação.



(...) inclusive homens que estão com as gestantes também, que as suas companheiras estão gestantes, porque é isso, não tem a mesma cobrança, não tem o mesmo lugar de... que falam às vezes, de vai começar a errar tudo, vai começar a fazer tudo errado, o homem não, o homem está isento de tudo isso, até a própria questão da licença, a licença do homem é de cinco dias, o que também é um absurdo. Então não é um grande prejuízo para esse empregador na visão desse afastamento, desse colaborador, então eles não têm a mesma cobrança, eles não têm os mesmos julgamentos, muito pelo contrário, porque o homem é nossa, parabéns, agora a sua vida vai mudar, e aí é num lugar positivo, enquanto para a mulher geralmente são falas muito, aproveita agora, porque não sei o quê, então é diferente, muito diferente.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, branca, da região Sul, 27 anos, média renda)

Quando se observa a intersecção com raça/cor ou etnia, classe e território, essas desigualdades se intensificam. Jovens negras, indígenas, periféricas ou oriundas de áreas rurais relatam maiores dificuldades de acesso a empregos formais, expectativas mais baixas por parte de empregadores e trajetórias mais longas e instáveis até alcançar alguma inserção minimamente segura. O local de moradia surge como fator decisivo: viver longe dos centros urbanos amplia os custos de transporte, dificulta a circulação pela cidade e restringe o acesso a espaços de formação, cultura e trabalho. Nessas condições, o mérito individual é constantemente relativizado pelas estruturas que organizam o mercado de trabalho.



Como eu informei, infelizmente, em sua grande maioria, as mulheres pretas não têm oportunidade educacional. Então, elas sempre têm uns trabalhos menos remunerado, uns trabalhos mais difíceis, que requerem mão de obra. Então, isso, às vezes, são mulheres faxineiras, diaristas que, às vezes, têm duas casas por dia, lá na Zona Sul, morando aqui, ou então morando lá [nome de cidades], que vamos dizer, quase três horas para chegar até a Zona Sul do Rio. Então, as mulheres sempre são desprivilegiadas em relação a isso.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Sudeste, 21 anos, baixa renda)

Outro elemento recorrente é a precarização contemporânea do trabalho, percebida como mais intensa do que em gerações anteriores. A “uberização”³, a informalidade, os vínculos frágeis e a exigência de alta qualificação sem contrapartida salarial são mencionadas como parte do cenário atual. Há uma percepção generalizada de que há muitas pessoas concorrendo às mesmas vagas, com exigências cada vez maiores, enquanto as possibilidades de estabilidade e carreira se tornam mais raras. Nesse contexto, o desejo por vínculos formais, como a CLT ou concursos públicos, aparece quase como um ideal coletivo de segurança e dignidade.

3. Entende-se por “uberização” um processo recente de transformação das relações de trabalho, caracterizado: pela intermediação do trabalho através de plataformas digitais; pela flexibilização e informalização dos vínculos empregatícios; pela instabilidade e variabilidade da renda; e pela transferência de riscos e custos das empresas para os trabalhadores. Embora o termo derive de empresas como a Uber, ele tem sido utilizado na literatura para descrever dinâmicas mais amplas de precarização e individualização do trabalho no contexto contemporâneo, frequentemente associadas à chamada “gig economy”.

Apesar das dificuldades, as narrativas também evidenciam capacidade de reflexão crítica e agência. Muitas jovens identificam com nitidez os mecanismos de exploração, sexismo e racismo no mercado de trabalho, recusando leituras meritocráticas de fracasso individual. A consciência política, o acesso à psicoterapia, o investimento em formação continuada e a busca por redes solidárias aparecem como estratégias de enfrentamento e elaboração das frustrações impostas pela realidade laboral.

“Então, na época da minha mãe, ela tinha um pouco mais de estabilidade no emprego e etc. E, agora, as coisas são muito mais fluidas nesse sentido. Essa uberização desenfreada acaba deixando a gente nessa lógica de coach empreendedor de si mesmo e toda essa papagaiada toda. Então, eu percebo essa diferença. Então, se eu percebo essa diferença em mim e na minha mãe, eu também percebo essa diferença quando eu era adolescente e para quando eu estou agora. Porque é isso, a pauta da uberização naquele momento, enquanto eu era adolescente, talvez estava sendo nascente ali, mas ainda não era o bafo. (...) E aí eu não consigo fazer especificamente sobre a minha trajetória, porque o meu grau de escolarização foi modificando ao longo dos anos. Então, empregos que naquela época eu procurava, hoje em dia eu não procuro mais por conta de outros espaços que eu sei que eu consigo acessar.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Sudeste, 25 anos, baixa renda)

Síntese Integradora

A integração das evidências sugere que a gravidez na infância ou adolescência opera sobre a inserção laboral das jovens sobretudo por meio de dois mecanismos articulados: a sobrecarga de cuidado sem suporte institucional adequado e a discriminação estrutural da maternidade no mercado de trabalho. O efeito quantitativo mais robusto, o aumento expressivo na probabilidade de perda de oportunidades por responsabilidades de cuidado, encontra nas narrativas qualitativas uma explicação densa: não é o filho em si que impede o trabalho, mas a ausência de creches acessíveis, de redes de apoio e de empregadores dispostos a acomodar a condição materna.

Ao mesmo tempo em que os dados indicam aumento na dependência de programas sociais e em metas profissionais voltadas ao lar, as evidências qualitativas revelam que esse movimento frequentemente não é uma preferência, mas o sedimento de trajetórias marcadas pelo esgotamento físico e emocional decorrente da dupla jornada, indicando que os efeitos não são uniformes e coexistem com trajetórias diversas e, em alguns casos, tensionadas. A ausência de efeito sobre trabalho formal e renda própria, aparentemente positiva, é qualificada pelas narrativas, que mostram que o acesso ao trabalho não equivale a inserção de qualidade: as jovens mães trabalham, mas em condições mais precárias, em setores mais desvalorizados e com menor margem para reorientar suas trajetórias profissionais.

Os limites dos indicadores quantitativos residem precisamente nessa incapacidade de capturar a qualidade e a sustentabilidade da inserção laboral, dimensões que apenas as evidências qualitativas tornam legíveis. A heterogeneidade é, além disso, um elemento central: raça/cor ou etnia, classe, território e escolaridade modulam de forma significativa como a maternidade precoce se combina com as desigualdades do mercado de trabalho e as estimativas médias, por definição, tornam menos visíveis essa variação.

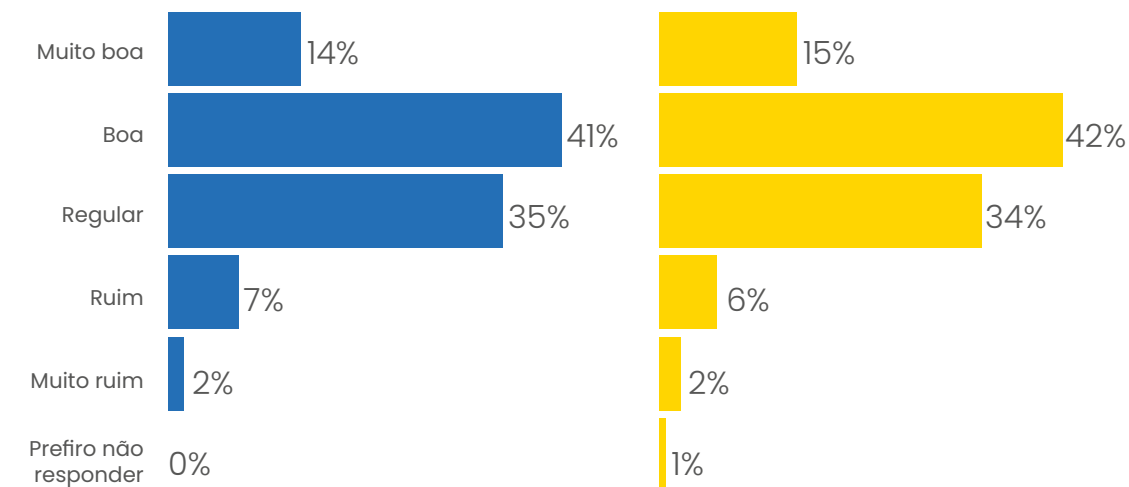


Saúde e Bem-estar

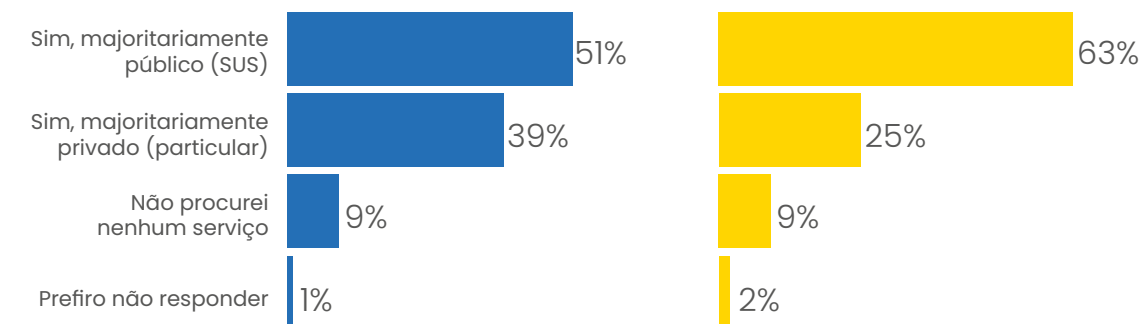


- Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência
- Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

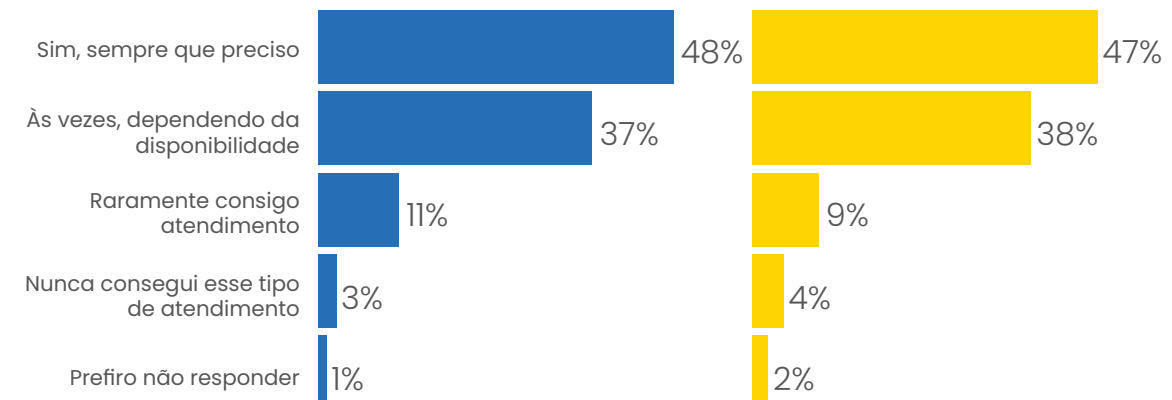
De forma geral, como você avalia sua saúde atualmente?



Nos últimos 12 meses, você utilizou algum serviço de saúde (hospitais, clínicas, postos de saúde)?



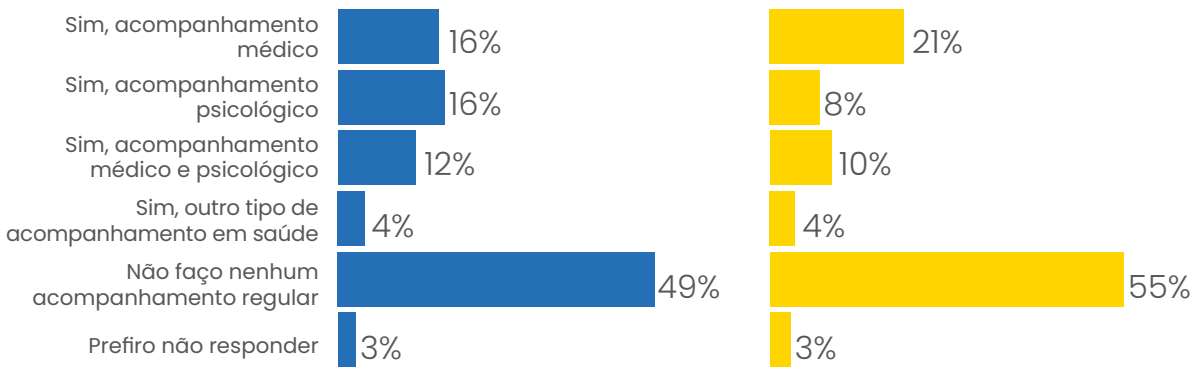
Você tem acesso regular a exames, consultas médicas e acompanhamento preventivo (check-up, ginecologista, vacinas etc.)?



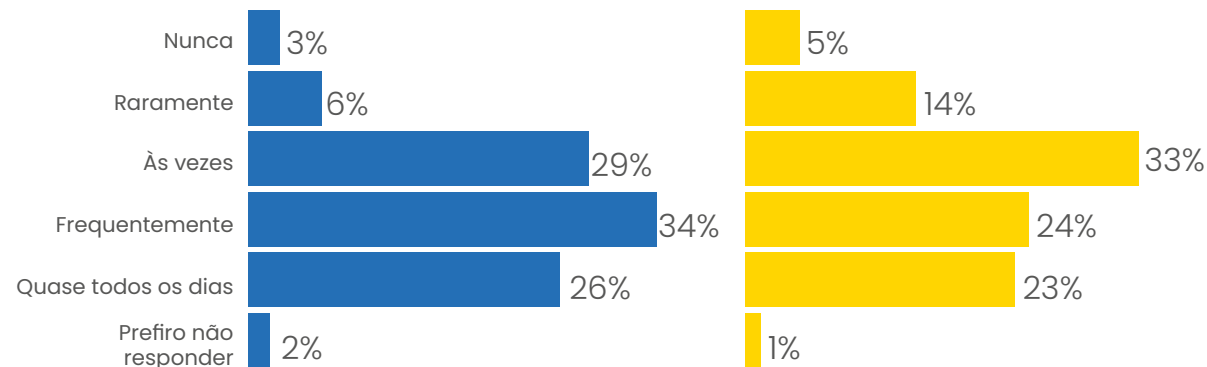
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

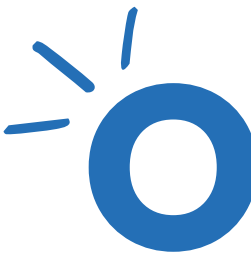
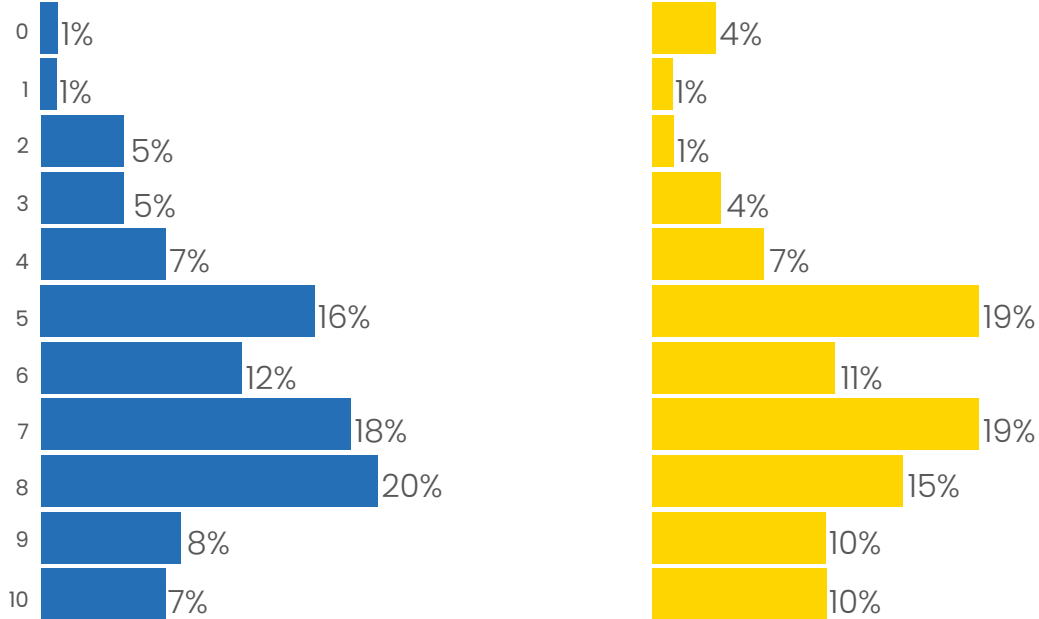
Atualmente, você faz algum acompanhamento de saúde de forma regular, como consultas periódicas ou tratamento contínuo?



Pensando nos últimos 12 meses, com que frequência você sentiu sintomas de ansiedade, tristeza, falta de sono ou cansaço excessivo?



Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente satisfeita com saúde e bem-estar atualmente?



s dados de saúde e bem-estar sugerem que, na maior parte dos indicadores analisados, os dois grupos apresentam perfis descritivamente semelhantes. A autoavaliação de saúde é praticamente idêntica, assim como o acesso a serviços preventivos. A principal diferença no acesso a serviços está no maior uso do SUS entre as jovens que vivenciaram a gravidez na infância ou adolescência (63%, contra 51%), o que é consistente com o perfil socioeconômico já descrito.

Dois resultados chamam atenção pela direção inesperada. A frequência de sintomas de saúde mental é elevada nos dois grupos, mas sem um contraste descritivo evidente que indique piora associada à gravidez na infância ou adolescência. Da mesma forma, o bem-estar subjetivo⁴ médio é ligeiramente superior entre as jovens que experienciaram a gravidez na infância ou adolescência (6,4, contra 6,2). Esses dados sugerem cautela na interpretação: as diferenças em saúde e bem-estar subjetivo parecem menos pronunciadas do que em outros blocos, e a análise de pareamento permitirá testar em que medida essas tendências descritivas refletem os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre esses desfechos.

•Análise Comparada (com Pareamento)



Principais Efeitos e Mecanismos de Saúde e Bem-Estar

Estimativa Causais (Efeitos)

Amostra total:

- Redução de 12 p.p de relatarm sintomas de saúde mental, como ansiedade, tristeza, falta de sono e cansaço excessivo, frequentes ou quase diários

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

- Agravamento do adoecimento físico e mental após a gravidez
- Impacto da carga de trabalho na saúde mental
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde
- Estigmatização e violência obstétrica nos serviços de saúde
- Naturalização do sofriment

4. Se refere a percepção e avaliação pessoal das respondentes sobre seu bem-estar físico, mental e emocional.

• Estimativas Causais (Efeitos)

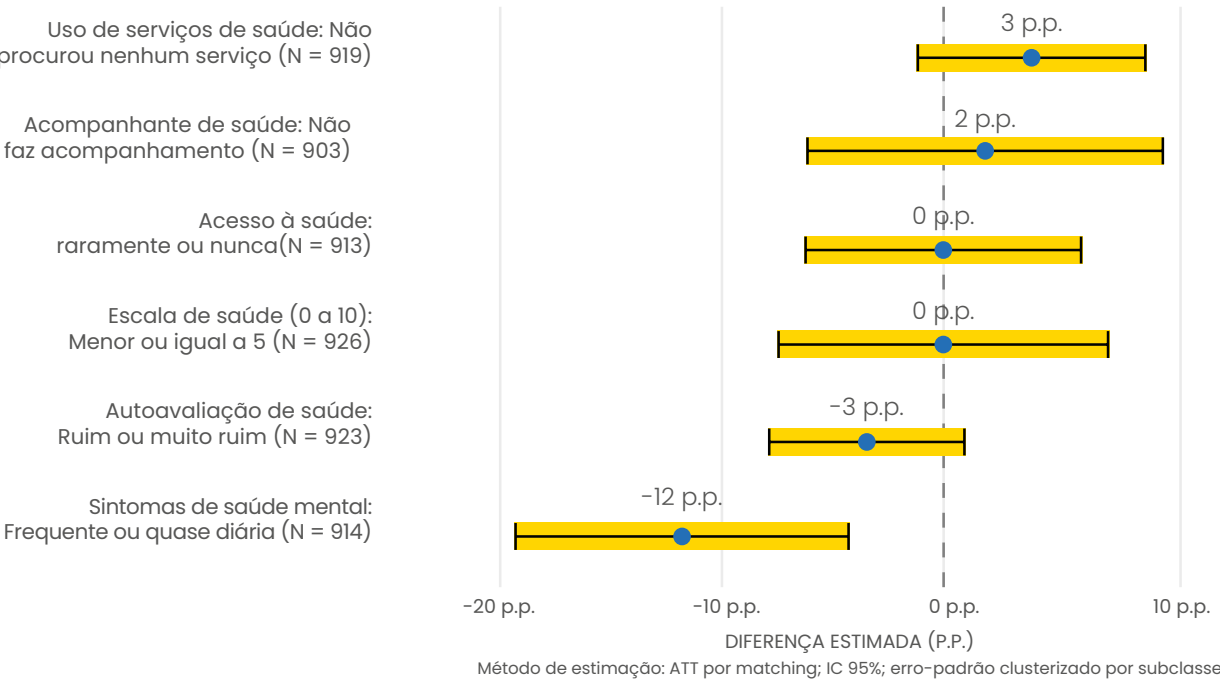
As estimativas causais indicam que, no bloco de saúde e bem-estar, os efeitos da gravidez na infância ou adolescência são em geral limitados ou indistinguíveis de zero.

Não há evidência estatisticamente robusta de impacto sobre acesso a serviços de saúde, acompanhamento, acesso percebido ou autoavaliação de saúde, cujas estimativas estão próximas de zero. Esse resultado introduz uma tensão importante com as evidências qualitativas, como veremos na próxima seção, que descrevem de forma recorrente o autoabandono, o adiamento de consultas, o estigma nos serviços de saúde e as barreiras de acesso vivenciadas pelas jovens mães, sugerindo que os indicadores utilizados podem não capturar adequadamente as dimensões mais sutis e relacionais do acesso e da qualidade do cuidado.

O único resultado com evidência estatisticamente discernível é contraintuitivo e aparece em saúde mental: jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência apresentam uma redução de 12 pontos percentuais na probabilidade de relatar sintomas, como, ansiedade, tristeza, falta de sono e cansaço excessivo, frequentes ou quase diários. Os resultados, porém, não são totalmente convergentes com as evidências qualitativas, que descrevem de forma consistente quadros de exaustão emocional, sofrimento psíquico, dificuldade de acesso a cuidado terapêutico e naturalização do adoecimento entre as jovens mães. Uma interpretação plausível, apoiada nas narrativas, é que esse resultado reflita viés de mensuração: jovens mães tendem a naturalizar o cansaço e o sofrimento como parte esperada da maternidade, o que pode reduzir a frequência com que os identificam e relatam como “sintomas”. Enquanto jovens que não viveram uma gravidez na infância ou adolescência, com maior circulação por serviços de saúde mental e maior legitimidade atribuída ao sofrimento psíquico, tendem a reconhecê-los e nomeá-los com mais precisão.

Impacto da gravidez precoce: Saúde e Bem-Estar

Amostra: Total



• Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

“O processo terapêutico serviu disso (...) me ofereceu muita ferramenta pra eu conseguir lidar e, eu ter um pouquinho mais de autonomia pra eu lidar com essas coisas sozinhas, e pra eu poder pensar sobre o que acontece comigo e tomar decisões quando é necessário tomar decisões.”
(Entrevista com jovem mulher negra, da região Sul, 24 anos, alta renda)

Com experiência de gravidez na adolescência

“Desde que eu tive o bebê, eu não tenho feito acompanhamento nem psicológico nem médico. Inclusive, eu tenho que marcar ginecologista pra mim, porque, depois que eu tive o bebê, nunca mais eu fui no médico, principalmente ginecologista.”
(Entrevista com jovem mulher negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

Maternidade na infância ou adolescência e impacto sobre o bem-estar: vulnerabilidade, sobrecarga e sofrimento

As narrativas das jovens mães evidenciam que a maternidade precoce produz impactos complexos e de longa duração sobre o bem-estar físico, emocional e mental. A saúde aparece como um campo profundamente atravessado pela sobrecarga de responsabilidades, pelas desigualdades estruturais e pela ausência de políticas públicas de cuidado, o que faz com que muitas relatem adoecimentos persistentes que não se encerram com o pós-parto, mas acompanham suas trajetórias ao longo dos anos], ainda que nem sempre sejam nomeados pelas próprias entrevistadas como “problemas de saúde”. Embora os indicadores quantitativos não detectem efeito robusto sobre a autoavaliação de saúde, as narrativas revelam que essa avaliação é frequentemente realizada em comparação com um padrão rebaixado. O que pode explicar a ausência de efeito estatístico sem que isso signifique ausência de impacto real.

“Faço, eu tenho questões mentais agora, assim, devido... Vem dessa maternidade num contexto de pandemia, de abandono e somado a outras violências que eu sofri também. Hoje em dia eu tenho que fazer acompanhamento psicológico e psiquiatra. (...) eu tô, assim, lacrimejando, mas já foi muito pior. Eu não conseguia falar, eu só chorava antes. Eu, hoje em dia, consigo falar, eu consigo me expressar. Às vezes eu sou tomada pela dor e aí a dor é que fala.”
(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

“Eu engravidei, parei, fiquei encostada porque eu tenho trombofilia gestacional e aí eu não podia fazer esforço e eu tinha que estar fazendo um acompanhamento que uma gestante em uma gestação normal, ela vai fazer uma consulta uma vez ao mês, eu tinha que fazer duas ou até três. E aí eu fiquei em casa a minha gestação inteira e até os 45 dias pós-parto.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Centro-Oeste, 27 anos, baixa renda)

Recorrentemente, a gravidez na infância ou adolescência é descrita como um evento abrupto, vivido em um período de intensa vulnerabilidade emocional. As entrevistadas relatam sentimentos de choque, medo, insegurança e frustração ao descobrirem a gestação, especialmente pelo rompimento inesperado dos projetos de vida em construção. Esse impacto inicial é frequentemente associado a quadros de sofrimento psíquico, que incluem ansiedade, tristeza intensa, sensação de despreparo e, em alguns casos, vivências próximas à depressão. A pouca idade, somada à falta de informação e de apoio institucional, intensifica a percepção de “estar sozinha” diante de uma responsabilidade considerada “grande demais” para aquele momento da vida, especialmente quando a gestação ocorre em contextos de baixa renda, instabilidade familiar ou menor acesso a serviços especializados.

“E aí foi um baque. E todo mundo me conhecia porque eu trabalhava no PET (...) Todo mundo sabia que eu estava estudando, todo mundo sabia que eu não estava mais com o pai da minha filha. Todo mundo sabia de tudo da minha vida. Porque eu vivia ali e é vila e todo mundo se conhece. E aí foi um baque, assim, muito forte.”

(História de vida com mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 26 anos, média renda)

“A ansiedade me ofereceu muita tristeza, por conta que o meu parceiro quando eu voltei com ele, ele vivia muito fora, distante de mim. Eu me sentia muito triste porque eu gostava que ele ficava perto de mim, eu acho que o meu bebê chamava a presença dele, ele não ficava próximo de mim. Então na minha gravidez até os meus 8 meses eu senti esse pacto de tristeza, de ansiedade de ter logo ele.”

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, indígena, da região Norte, 27 anos, baixa renda)

Saúde mental: exaustão, silenciamento e invisibilidade do sofrimento

No âmbito da saúde mental, os relatos são especialmente contundentes. Muitas jovens descrevem um estado contínuo de exaustão emocional, agravado pela maternagem solitária ou pouco compartilhada. O cuidado constante com o bebê, a vigilância permanente sobre suas necessidades e a ausência de tempo para si mesmas produzem um esvaziamento subjetivo, no qual a identidade passa a ser quase exclusivamente associada ao papel materno, deslocando para segundo plano outras dimensões da vida, como estudo, trabalho, lazer e cuidado de si.

“Depois que o [Nome] nasceu, eu mudei muito psicologicamente, eu parei de acreditar e de esperar que a vida fosse ser um conto de fadas. Então eu fui atrás, eu criei independência, eu já tinha saído de casa cedo, então não foi difícil assim. Mas mentalmente era difícil, mas aí eu entendi que eu tinha um filho, uma pessoa que dependia de mim e se eu não tivesse ninguém a fazer por ele. Então eu amadureci e eu tive que aprender isso. Não vou dizer que foi fácil, porque às vezes eu queria muito ter com quem conversar, com quem perguntar as coisas porque eu não entendia, às vezes eu queria ter tido a minha mãe, ele perto e tudo mais. Mas eu sabia que independente de ter ou não, eu ia ter que me virar.”

(História de vida com mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Esse processo contribui para o sentimento de perda de si, culpa frequente e dificuldade de priorizar o próprio bem-estar. Mesmo quando reconhecem a necessidade de cuidado psicológico, muitas relatam não conseguir acessar terapias e atendimentos adequados, seja por falta de recursos financeiros ou pela inexistência de serviços públicos acessíveis em seus territórios, o que torna a possibilidade de cuidado também dependente de renda, localização e capacidade de deslocamento. Esse conjunto de achados ajuda a compreender o resultado quantitativo contraintuitivo: a menor probabilidade de relatar sintomas de saúde mental entre jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência pode refletir não uma melhor saúde mental, mas um processo de naturalização do sofrimento que reduz sua visibilidade e sua tradução em termos de sintomas reconhecíveis; aspecto importante desta análise e que merece ser investigado a fundo em trabalhos futuros.

“Algo que eu gostaria de fazer é um acompanhamento com uma psicóloga. Mas é muito difícil, até no posto de saúde, porque eu só posso ser atendida nesse posto. Tem outros que não é por bairro, mas fica muito distante de mim. Eu só consigo marcar diretamente com a psicóloga. Como eu posso agendar no posto? Como eu não posso? Você tem que falar diretamente com ela, para ela te encaixar na sua agenda. Sempre ela está atendendo ou ela nunca está lá. Então é complicado.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 29 anos, média renda)

“A questão da saúde mental é um caos, não tem, assim, a fila é enorme, guria. É feito encaminhamento, sabe, o médico coloca ali uma prioridade, mas igual demora, demora muito. E a gente sabe da questão da depressão, né, durante a gestação que pode agravar, mas mesmo assim, é porque a fila está muito grande nessa questão da saúde mental, então tudo está muito demorado.”

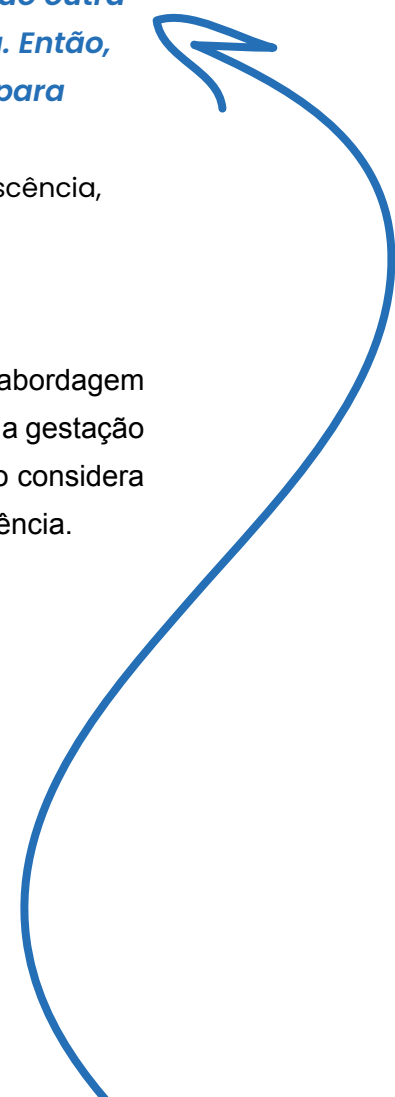
(Entrevista com profissional de saúde, região Sul)

O cansaço, já evidenciado nas análises sobre educação e trabalho, reaparece na saúde como elemento central e transversal. Trata-se de um cansaço que não é apenas físico, mas também mental e emocional, decorrente da acumulação de jornadas: cuidar das/os filhas e filhos, trabalhar, manter a casa e, em alguns casos, tentar retomar os estudos. Esse estado de fadiga contínua é descrito como um fator que enfraquece o corpo, reduz a imunidade, intensifica quadros de estresse e dificulta a recuperação física e emocional, especialmente no período pós-parto. A recorrência do cansaço como categoria central em todos os blocos analisados até aqui sugere que ele é menos um sintoma isolado e mais um mecanismo transversal de produção de vulnerabilidade, questão que os indicadores quantitativos de saúde capturam de forma apenas parcial.

“Para as mães terem um acompanhamento psicológico é muito importante, porque às vezes a carga é muito grande e a gente não pode desabafar com as pessoas. Às vezes a gente conversa com uma colega que não é mãe e ela não entende. A gente conversa com uma colega que é mãe, mas ela está tendo outra trajetória. Ela tem uma vida muito mais difícil que a sua. Então, eu acho que a gente precisa de um acompanhamento para também saber educar os nossos filhos.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 23 anos, alta renda)

Muitas vezes, a negligência parte do próprio serviço de saúde, cuja abordagem se concentra no aspecto físico, ignorando ou subestimando os impactos da gestação na saúde mental das adolescentes, sobretudo quando o atendimento não considera as condições sociais, familiares e territoriais que atravessam essa experiência.





E eu lembro que eu li um estudo, que a gente viu, dentro de todos estudos, que na rede pública, normalmente, os índices de depressão pós-parto, eles variam de 10% a 40%. Justamente por causa da questão de falta de rede de apoio, questões de renda. Então as dificuldades financeiras, elas impactam muito fortemente nessa população. E pra uma menina adolescente, junta muitas vezes o afastamento da escola, de um convívio social, as mudanças corporais que impactam, o corpo mudou, o próprio puerpério já causa várias diferenças hormonais que deixam a menina um pouco mais triste. E aí juntas as flutuações hormonais da adolescência, junto com as flutuações hormonais do puerpério, isso é complicado de lidar e difícil. E o que eu percebo é que os profissionais não avaliam isso. Eles não prestam atenção se aquela menina está com depressão pós-parto, se aquela mulher está. E não é raro a gente ver depois, depois de um tempo, a menina falar, a mulher: “ah, eu acho que eu tive depressão pós-parto porque eu não estava normal, não estava no meu normal.”

(Entrevista com profissional de saúde, região Norte)

Saúde física e estigma nos serviços de saúde

No que diz respeito à saúde física, surgem relatos de dificuldades no acompanhamento pré-natal, seja por desconhecimento ou por barreiras de acesso aos serviços de saúde. Algumas entrevistadas narraram gestações vividas com pouca escuta e acolhimento por parte de profissionais, marcadas por julgamentos morais, olhares discriminatórios e tratamento diferenciado por serem adolescentes. Esse estigma nos serviços de saúde, assim como observado na escola e no trabalho, produz afastamento e desconfiança, fazendo com que algumas deixem de buscar atendimentos ou relatem apenas o “estritamente necessário”, evitando expor dores, medos e dúvidas, o que transforma o acesso formal ao serviço em uma experiência parcial e frequentemente defensiva. A ausência de efeito quantitativo sobre acesso percebido a serviços de saúde pode, nesse sentido, refletir menos igualdade no acesso e mais uma adaptação silenciosa à exclusão, em que a percepção de acesso é moldada por expectativas baixas, e não por experiências efetivamente adequadas de cuidado.



[Pesquisadora] *Você já passou por algum preconceito?*

[Entrevistada] *Sim, até esses dias quando eu fui no posto, tinha um casal de idosos do meu lado. Aí eu cheguei lá com a nenê e eles falaram que era uma criança cuidando da outra criança.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 22 anos, baixa renda)



E quando a gente chega também no postinho, na UBS, as mulheres não querem dar as informações pra gente, porque a gente é menor de idade, tem que ir com o pai, com o responsável. Então eu acho que fica muito complicado.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 23 anos, alta renda)

Esse tipo de relato evidencia não apenas uma barreira de acesso, mas uma violação do direito ao atendimento de adolescentes, que, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), na Lei nº 13.257/2016 e nas diretrizes do Ministério da Saúde para atenção integral à saúde de adolescentes, devem ser atendidos com garantia de sigilo, acolhimento e acesso a informações e métodos contraceptivos, independentemente da presença de responsáveis. Nessas situações, portanto, a recusa de atendimento ou de orientação configura não apenas falha institucional, mas restrição indevida ao exercício de direitos reprodutivos.

Autoabandono e renúncia ao cuidado de si

Outro aspecto recorrente é a naturalização do autoabandono. Muitas mulheres reconhecem que deixam de cuidar da própria saúde para priorizar integralmente as filhas e filhos, não por escolha individual, mas como efeito de normas sociais e expectativas de gênero que associam a maternidade ao sacrifício e à renúncia de si. Consultas médicas são adiadas, exames são postergados e sintomas são ignorados em nome da urgência do cuidado materno. Essa lógica de renúncia aparece como socialmente esperada e internalizada: ser uma “boa mãe” implica, muitas vezes, colocar o próprio corpo e a própria saúde em segundo plano, especialmente quando não há uma rede de apoio capaz de liberar tempo e condições para o autocuidado. Com o tempo, essa

dinâmica contribui para o agravamento de problemas de saúde não tratados e para o acúmulo de sofrimentos silenciosos. Esse mecanismo qualitativo é central para compreender a limitação dos indicadores quantitativos nesse bloco: quando o abandono do cuidado de si é internalizado como norma, ele dificilmente aparece como ausência nas autoavaliações de saúde, tornando-se, ao contrário, parte do que é percebido como “normal”.



Não, pior que não, desde que eu tive o bebê eu não tenho feito acompanhamento nem psicológico nem médico. Inclusive eu tenho que marcar ginecologista pra mim, porque depois que eu tive o bebê nunca mais eu fui no médico, principalmente ginecologista”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)



Geralmente só quando adoço, né, e preciso de atendimento. Não tem esse acompanhamento.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

No entanto, os relatos mostram que o acesso ao atendimento psicoterapêutico tem um papel fundamental no reposicionamento das jovens enquanto sujeitas, oferecendo um espaço para que elas se entendam para além da maternidade e demais papéis sociais impostos a elas.



Você vê, assim... É um momento que eu me sinto acolhida, eu me sinto segura, e eu sei que esse é o meu momento, então, é um momento que eu considero muito importante para a minha vida, a terapia, para mim, é uma das coisas importantes que eu tenho no dia a dia, não porque sempre eu vou, né, porque tipo, eu faço 15 dias a 15 dias, às vezes eu estou bem e eu faço uma vez no mês, mas eu tenho um seguimento com isso, já há um ano, porque eu preciso mesmo e porque, apesar de não estar bem ou não, não precisa também de desprezar, de ter esse momento e de um cuidado mental, que é muito importante.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Sudeste, 28 anos, baixa renda)

Trajetórias das jovens que não viveram uma gravidez na infância ou adolescência: maior circulação, maior reconhecimento do sofrimento

Já a análise da saúde das jovens que não foram mães na infância ou adolescência, a partir dos dados empíricos apresentados, evidencia trajetórias marcadas por maior diversidade de experiências de cuidado, maior circulação pelos serviços de saúde e uma capacidade mais consolidada de reconhecer, nomear e buscar tratamento para sofrimentos físicos e psíquicos. Embora essas jovens mulheres também enfrentem barreiras estruturais relevantes, não ter passado pela experiência da maternidade precoce aparece como um fator que amplia as possibilidades de atenção à própria saúde, ainda que de forma desigual e atravessada por classe, raça/cor ou etnia, território e acesso a recursos, o que indica que a diferença entre os grupos não está apenas no adoecimento, mas também na possibilidade de reconhecê-lo e tratá-lo. Essa diferença qualitativa na relação com o sofrimento e com os serviços de saúde mental é particularmente relevante para a interpretação do achado quantitativo contraintuitivo: jovens que não experienciaram a gravidez na infância ou adolescência relatam mais sintomas não necessariamente porque adoecem mais, mas porque reconhecem e nomeiam o adoecimento com maior frequência e precisão.

De maneira geral, observa-se entre essas jovens mulheres uma relação mais contínua com os serviços de saúde, especialmente no campo da saúde mental. A psicoterapia aparece de forma recorrente nos relatos como prática de cuidado central, com efeitos percebidos diretamente no cotidiano, na regulação emocional, na redução de crises de ansiedade, pânico e sofrimento intenso, e na ampliação da autonomia subjetiva. Muitas entrevistadas relatam histórico de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quanto pela rede privada, o que revela uma busca ativa por cuidado e uma maior legitimidade atribuída ao sofrimento psíquico.



Em um certo tempo desse, eu fui na psicóloga da [equipamento público de saúde], eu fazia com ela toda semana, tinha consulta com ela uma vez por semana e me ajudou muito. Foi na época que eu estava com muita ansiedade, que eu não estava conseguindo trabalho, depois eu consegui emprego, então eu estava naquele trabalho-escola-casa, trabalho-escola-casa, eu estava igual uma louca, aí foi que ela conseguiu me acalmar. (...) Eu consegui diminuir as crises para conseguir apresentar um trabalho, impactou muito bem, até na época da medicação que eu estava fazendo, o uso do psicólogo e do psiquiatra no CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] também me ajudou muito, porque eu estava tendo crises muito frequentes, crises de emergência sem conseguir respirar, sem conseguir mexer, eu estava tomando medicação mais forte para me fazer dormir de uma vez, então quando eu fui para lá, para o CAPS, eu consegui ter uma assistência melhor, minha vida melhorou mais, eu praticava exercícios, eu saía mais de casa, perdi mais o medo de sair de casa, porque depois da situação que me aconteceu com o TCC [Terapia Cognitiva Comportamental], perdi, também comecei a ter medo de sair de casa, comecei a sair mais, comecei a convidar pessoas para vir para minha casa, porque eu não deixava mais, quase perdi contato com o mundo basicamente nesse período, então foi que me ajudou realmente de fato.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

A saúde mental, nesse grupo, é frequentemente compreendida como dimensão prioritária da vida, ainda que nem sempre seja possível mantê-la como tal. Algumas entrevistadas relatam interrupções no tratamento por dificuldades financeiras, excesso de trabalho ou sobrecarga cotidiana, mas mesmo nesses casos há reconhecimento nítido da importância da psicoterapia e desejo de retomada. Diferentemente das jovens mães, nas quais o autoabandono aparece como prática naturalizada, aqui há maior consciência do impacto de negligenciar o cuidado psíquico, mesmo quando a realidade impede sua continuidade. Essa diferença qualitativa, entre naturalizar o sofrimento e reconhecê-lo como problema que exige cuidado, é provavelmente o principal mecanismo subjacente ao resultado quantitativo paradoxal sobre saúde mental, e representa um limite importante dos indicadores baseados em autorrelato de sintomas.

Saúde física, violência obstétrica e uso dos serviços

No campo da saúde física e da saúde reprodutiva, os relatos são heterogêneos. Algumas jovens narram experiências positivas com o SUS, especialmente no acompanhamento pré-natal em casos de gravidez planejada ou vivida em idade adulta. Destacam-se relatos de pré-natais completos, com acompanhamento multiprofissional (endocrinologia, cardiologia, nutrição), sensação de acolhimento e reconhecimento da importância da experiência de profissionais da rede pública para lidar com gestações de maior complexidade. Nesses casos, o SUS aparece como espaço potente de cuidado, especialmente quando há vínculo, adesão e continuidade no acompanhamento.



Foi ótimo. Foi ótimo, eu não me senti pressionada, não me senti envergonhada, obrigada a nada. Eles também não me cortaram. Então, eu acho que foi ótimo. (...) Porque também, no pré-natal eles também falavam, a enfermeira que me atendia no posto, ela também falava muito sobre a questão da violência no momento do parto. Então, eu já tinha um certo conhecimento sobre isso e tudo...”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)



Foram 14 horas de trabalho de parto (...) mas na hora do meu trabalho de parto mesmo eu adorei a médica que fez meu parto. Ela foi muito parceira, muito parceira. Eu acho que sem ela eu realmente não teria conseguido ter o meu bebê. Até porque ela foi uma maravilhosa, ela teve muita paciência comigo, foi a primeira vez que eu tava tendo um nenê, né? (...) Ela conseguiu, me colocou em uma posição melhor. Ela que viu que a posição que eu estava não tava boa. Eu falei pra ela, não, vamos trocar essa posição que ela não tá confortável, ela não tá conseguindo. Aí ela me tratou super bem, me tratou carinhosamente.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

Por outro lado, surgem também relatos marcantes de violência obstétrica, mesmo entre jovens mulheres que não foram mães na infância ou adolescência. Experiências de negligência, desqualificação da dor, tratamento rude e invasivo durante o parto evidenciam que o desrespeito institucional não está restrito à idade, mas atravessa gênero de maneira ampla, ainda que possa adquirir contornos mais severos quando combinado a juventude, raça/cor ou etnia, território e menor poder de negociação diante dos serviços. Esses episódios são narrados como traumáticos, com impactos diretos sobre a saúde mental no pós-parto, na amamentação e na vivência da maternidade inicial, reforçando que a assistência obstétrica ainda é um espaço crítico de violação de direitos. Esse dado qualitativo é importante para qualificar a ausência de efeito quantitativo sobre acesso percebido a serviços de saúde: acesso não equivale a cuidado de qualidade, e a experiência de violência obstétrica pode ocorrer precisamente no interior de uma trajetória de acesso formalmente adequado aos serviços.

“E aí, induziram meu parto. Na época era o famoso comprimido, não era na veia. Então, era uma coisa que a dor piorava, assim, mil vezes. E aí, eu ficava falando que eu estava sentindo muita dor e aí era tipo “vai doer mesmo, é assim mesmo, pra fazer não doeu.” E eram umas coisas nesse nível, sendo que eu estava totalmente vulnerável. (...) Não, não foi nada agradável. E ainda mais por todas as mães ali, tava com seus companheiros e eu tava ali totalmente vulnerável. Totalmente.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

“Foi no [Nome do Hospital], e o método era pra ser normal, foi a nove dedos de dilatação. Eu tenho certeza que eu sofri violência obstétrica, que eu desmaiei, mesmo relatando que eu não tinha mais força, né? E aí foi feito uma cesárea de emergência. E aí eu não vi o [Nome do Filho] nascer. Enfim, ele nasceu com uma bolsa de sangue na cabeça, os médicos me xingando, foi horrível (...) E aí foi isso que aconteceu, ele quase morreu, eu quase morri. E ninguém falou sobre isso, anos depois, numa conversa com mulheres, eu entendi que eu tinha passado violência obstétrica.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Quanto ao uso cotidiano dos equipamentos de saúde, nota-se uma diferença relevante em relação às jovens que se tornaram mães precocemente. Muitas das entrevistadas sem experiência de gravidez na infância ou adolescência relatam buscar os serviços principalmente em situações pontuais, quando estão doentes, para vacinação ou demandas específicas, e não necessariamente como prática preventiva contínua. Isso sugere que, apesar de maior autonomia, a lógica de cuidado preventivo ainda é limitada, seja por percepção de “boa saúde”, seja por barreiras práticas, como tempo, acesso e priorização de outras demandas da vida adulta.

Ainda assim, em comparação com o grupo de jovens mulheres que foram mães na infância ou adolescência, há maior margem para negociação do cuidado, especialmente no que se refere à saúde mental. A possibilidade de interromper rotinas extenuantes, buscar ajuda especializada, refletir sobre relacionamentos abusivos, padrões familiares e expectativas de gênero aparece com força nos relatos, sendo frequentemente mediada pelo processo psicoterapêutico. A saúde, nesse sentido, não é apenas ausência de doença, mas também espaço de reconstrução de projetos de vida e de ruptura com ciclos de violência e sofrimento.



História de vida da região Norte

lara (nome fictício), hoje com 27 anos, é indígena, nascida no Vale do Javari. Cresceu entre aldeias e cidades, em uma trajetória familiar marcada pelo deslocamento, Benjamin Constant, Tabatinga, Atalaia do Norte, e pelo trabalho do pai em seringa, madeira e carrocária. Sofreu violência racista na escola desde criança: “eles puxavam meu cabelo, me chamavam de índia, me chamavam de muitos apelidos”. Apesar disso, concluiu o ensino médio, fez curso técnico em saúde e ainda chegou a se matricular em enfermagem em uma faculdade privada, abandonando após seis meses. Engravidou ainda jovem, em uma gestação em parte planejada para “reatar o relacionamento” com o parceiro. O parto foi traumático: induzido a fórceps manual, com sete técnicos

pressionando sua barriga, sem ultrassom de monitoramento, em hospital local sem capacidade adequada: “meu parto foi muito forçado, não era para ser forçado”. O bebê nasceu com lesão no nervo do braço e ficou seis meses sem movimento. Após o parto, ela ficou um mês imobilizada e “traumatizada por um ano”. Hoje trabalha, estuda e está construindo casa própria, com o filho criado em parte pela família do ex-parceiro.

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, indígena, da região Norte, 27 anos, baixa renda)

Síntese Integradora

A integração das evidências sugere que a gravidez na infância ou adolescência opera sobre a saúde das jovens de maneira paradoxal: os indicadores quantitativos capturam efeitos limitados ou nulos, e, no caso da saúde mental, um efeito aparentemente positivo, enquanto as evidências qualitativas descrevem trajetórias marcadas por sofrimento acumulado, autoabandono naturalizado e acesso precário ao cuidado. Ao mesmo tempo em que os dados sugerem ausência de impacto sobre acesso e autoavaliação de saúde, as narrativas revelam que essas dimensões são avaliadas pelas próprias entrevistadas a partir de padrões rebaixados, em que o adoecimento é incorporado como parte esperada da condição materna, indicando que os efeitos não são ausentes, mas invisibilizados pelos instrumentos de medição.

O resultado contraintuitivo sobre saúde mental é o exemplo mais agudo dessa tensão: a menor probabilidade de relatar sintomas entre jovens mães não expressa melhor saúde psíquica, mas reflete o processo pelo qual o sofrimento é progressivamente naturalizado, silenciado e dissociado da categoria de “sintoma”, mecanismo que o autorrelato quantitativo não consegue capturar. Os limites dos indicadores nesse bloco são, portanto, particularmente pronunciados: saúde não é ausência de doença declarada, e as dimensões mais relevantes do impacto da gravidez na infância ou adolescência sobre o bem-estar, a fadiga crônica, o autoabandono, a desconfiança nos serviços, o estigma institucional e a renúncia ao cuidado de si como norma internalizada, são precisamente aquelas que escapam à mensuração direta. A heterogeneidade entre grupos, mediada por raça/cor ou etnia, classe e território, amplia essa limitação: os efeitos médios nulos encobrem experiências profundamente desiguais de adoecimento e de (im)possibilidade de cuidar de si.



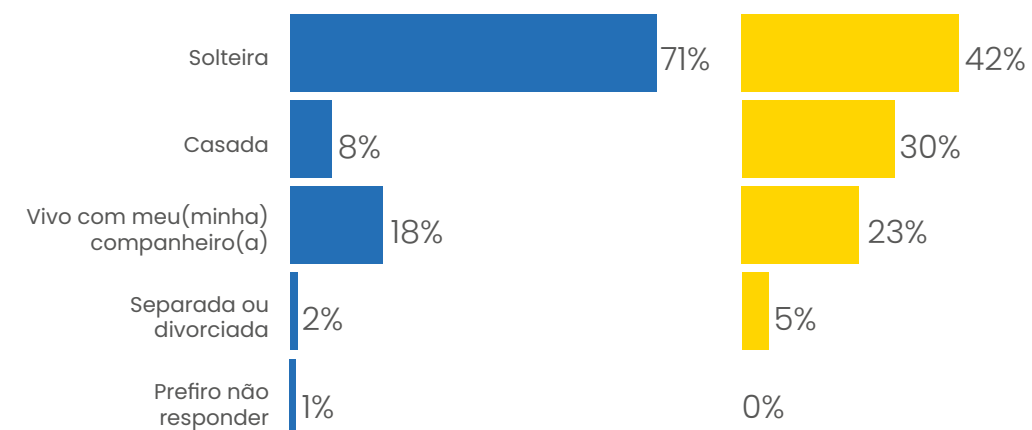
Resultados da Survey

Família e Apoio

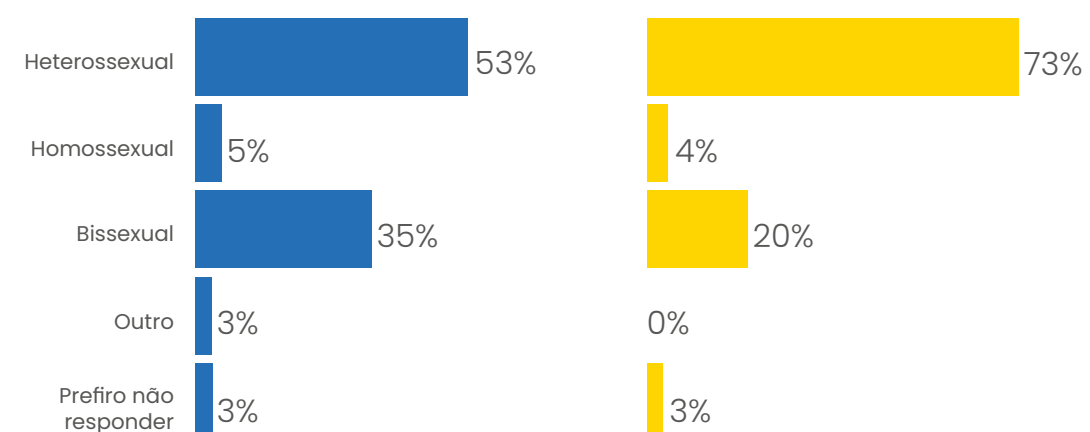


■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência
■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

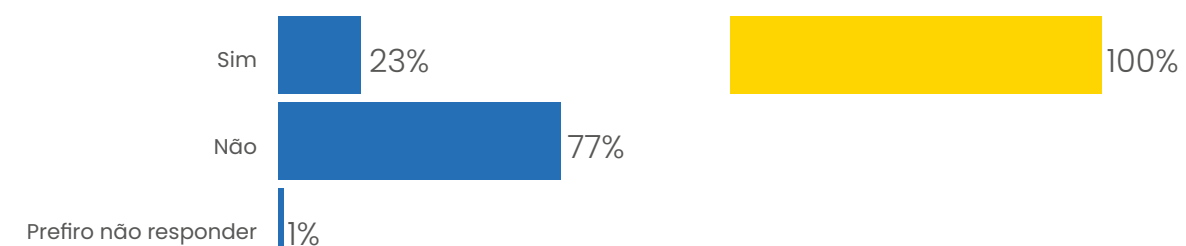
Qual é seu estado civil?



Atualmente, como você se identifica em relação à sua orientação sexual?



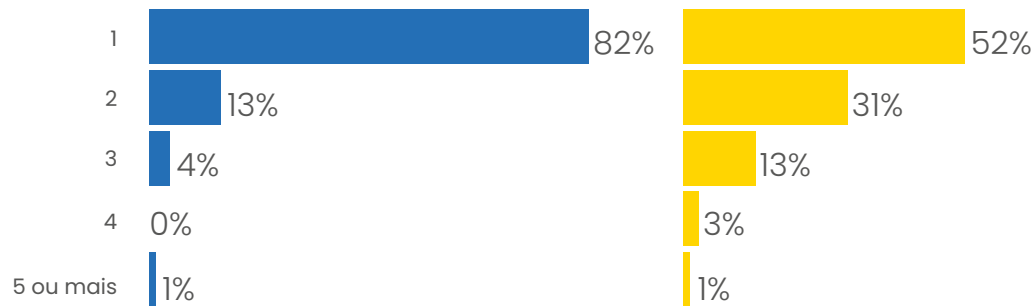
Você tem filhos?



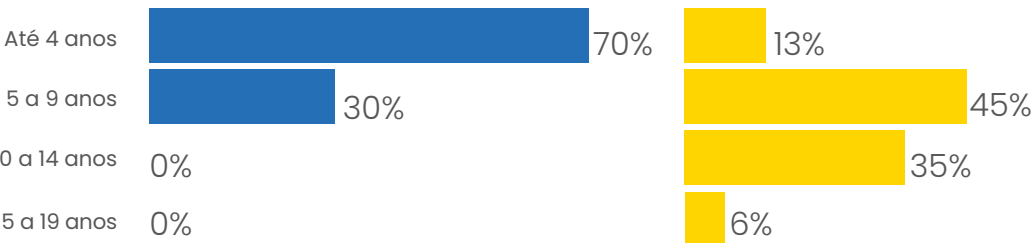
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

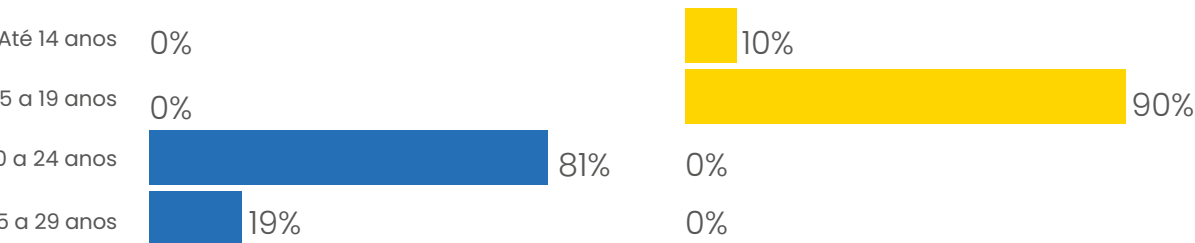
[Se tem filho] Quantos filhos(as) você tem?



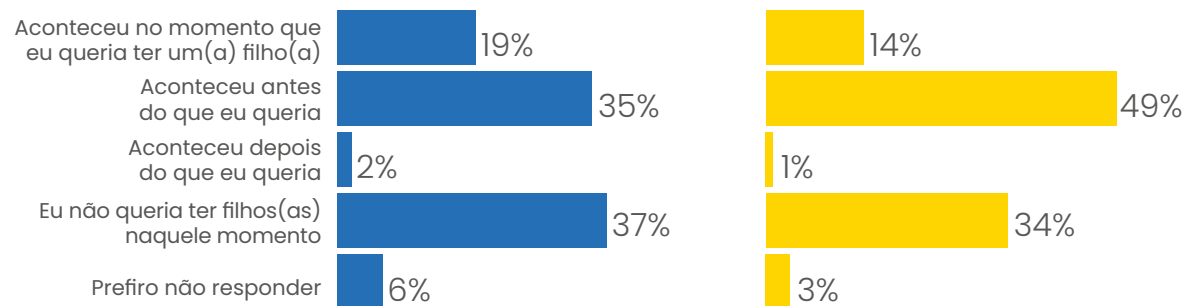
[Se tem filho] Qual a idade do seu filho(a) mais velho(a)?



[Se tem filho] Idade da primeira gravidez?



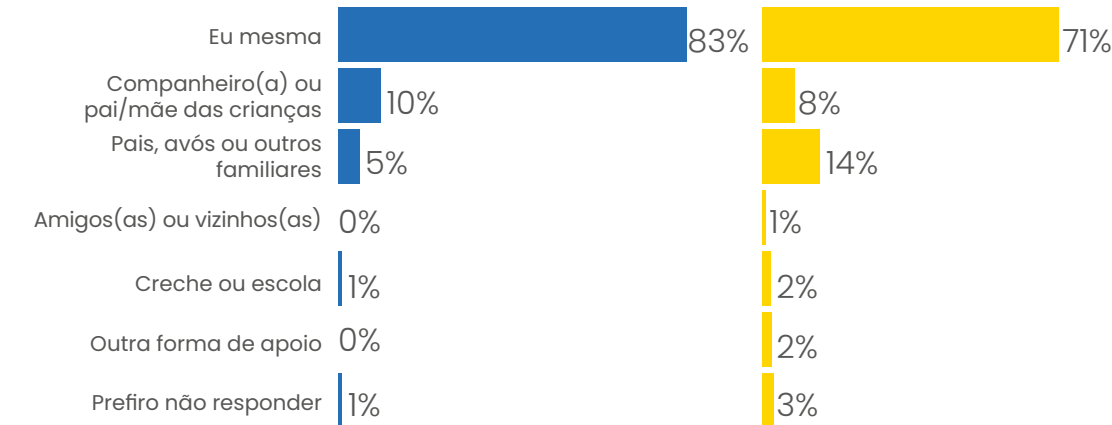
[Se tem filho] Pensando em sua primeira gestação, no momento em que ela aconteceu, você diria que:



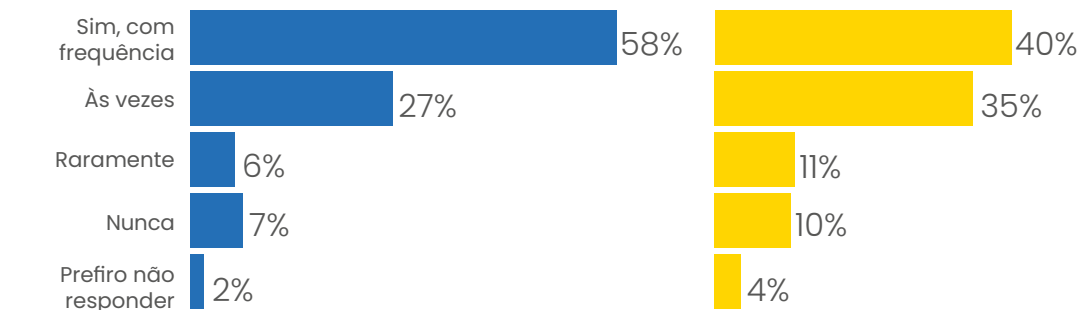
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

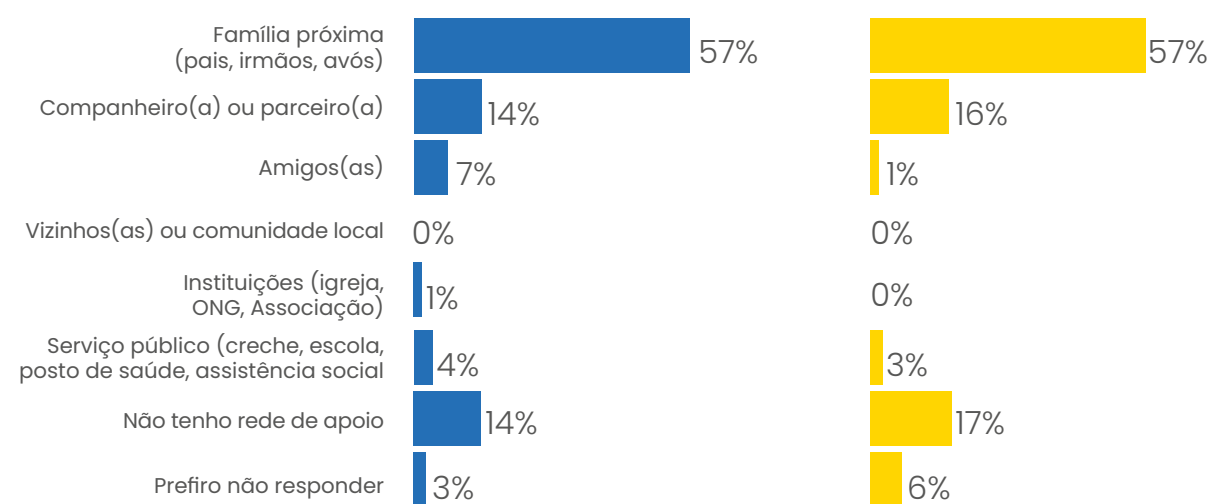
[Se tem filho] Quem são os principais responsáveis pelo cuidado diário com seus filhos(as)? (Marque todas opções que se aplicam)



[Se tem filho] Os cuidados com seus filhos(as) afetam suas possibilidades de estudar, trabalhar ou descansar?

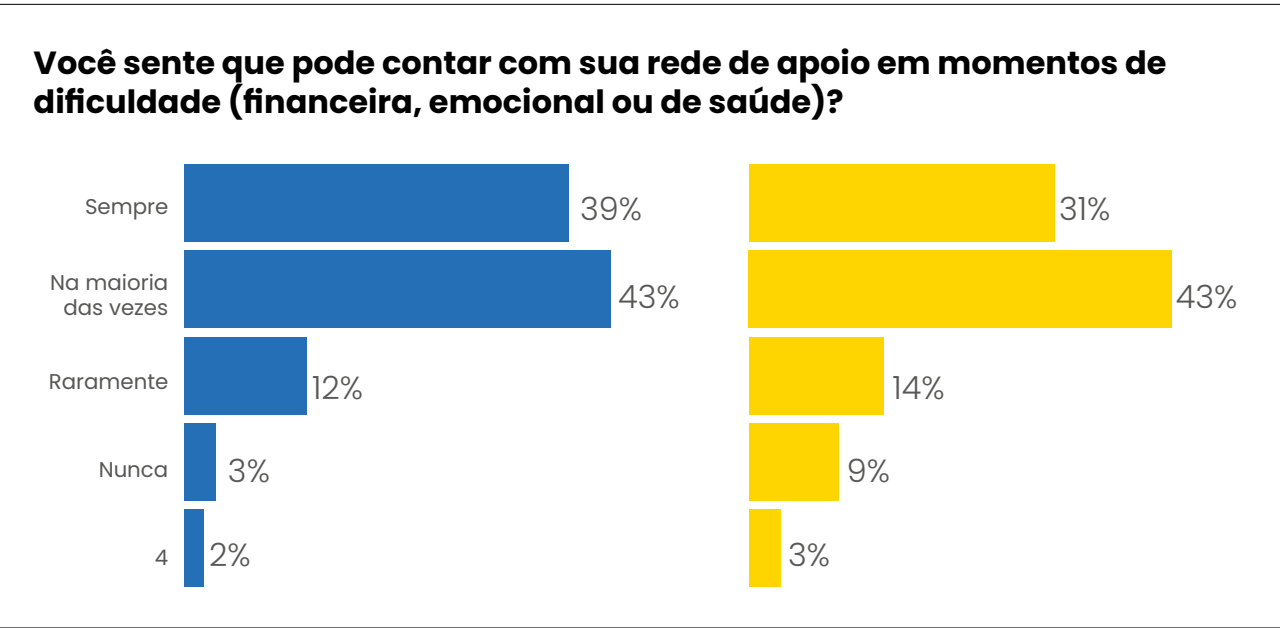


Quem faz parte de sua rede de apoio (pessoas com quem pode contar para questões do dia a dia)? (Marque todas opções que se aplicam)



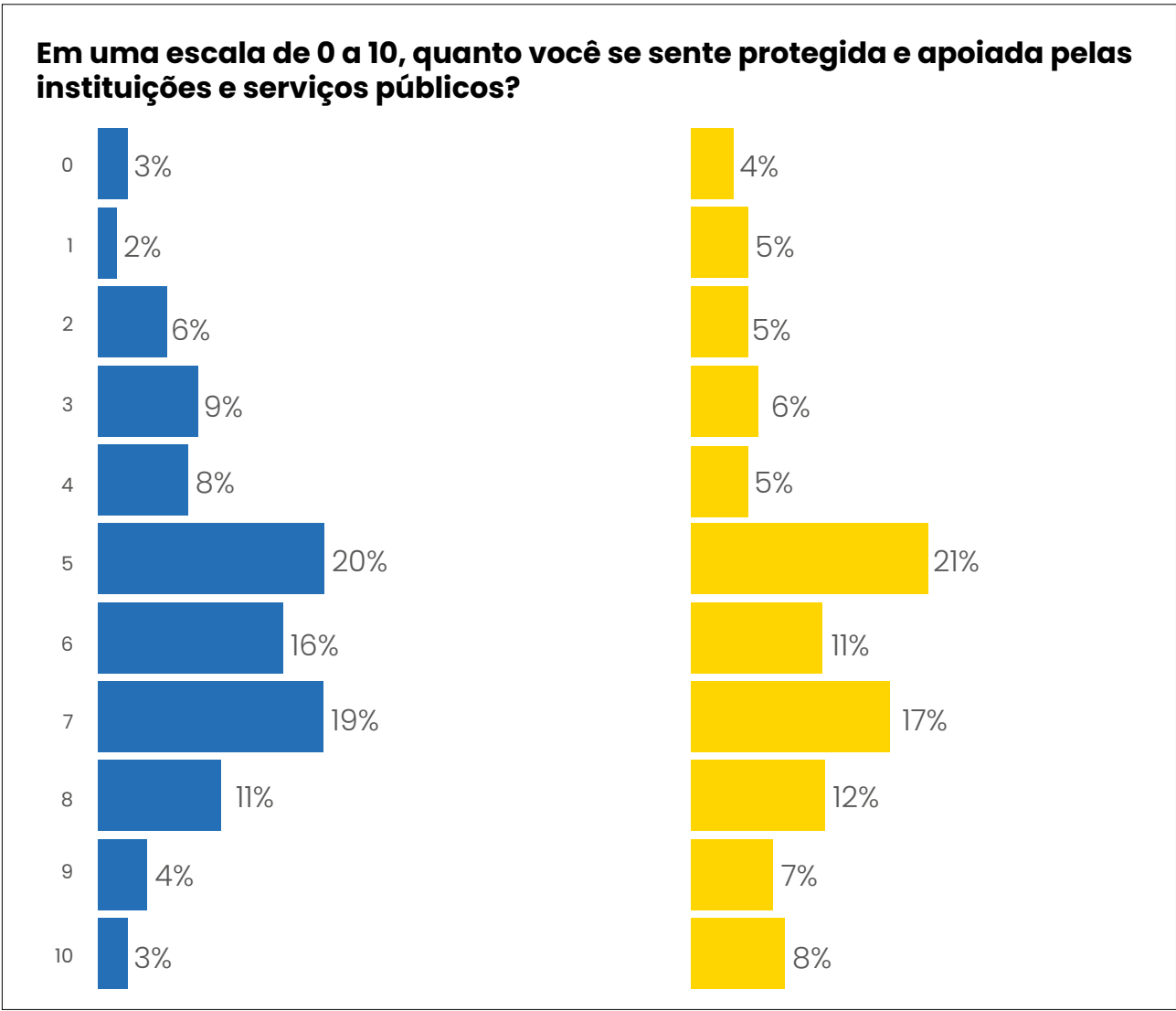
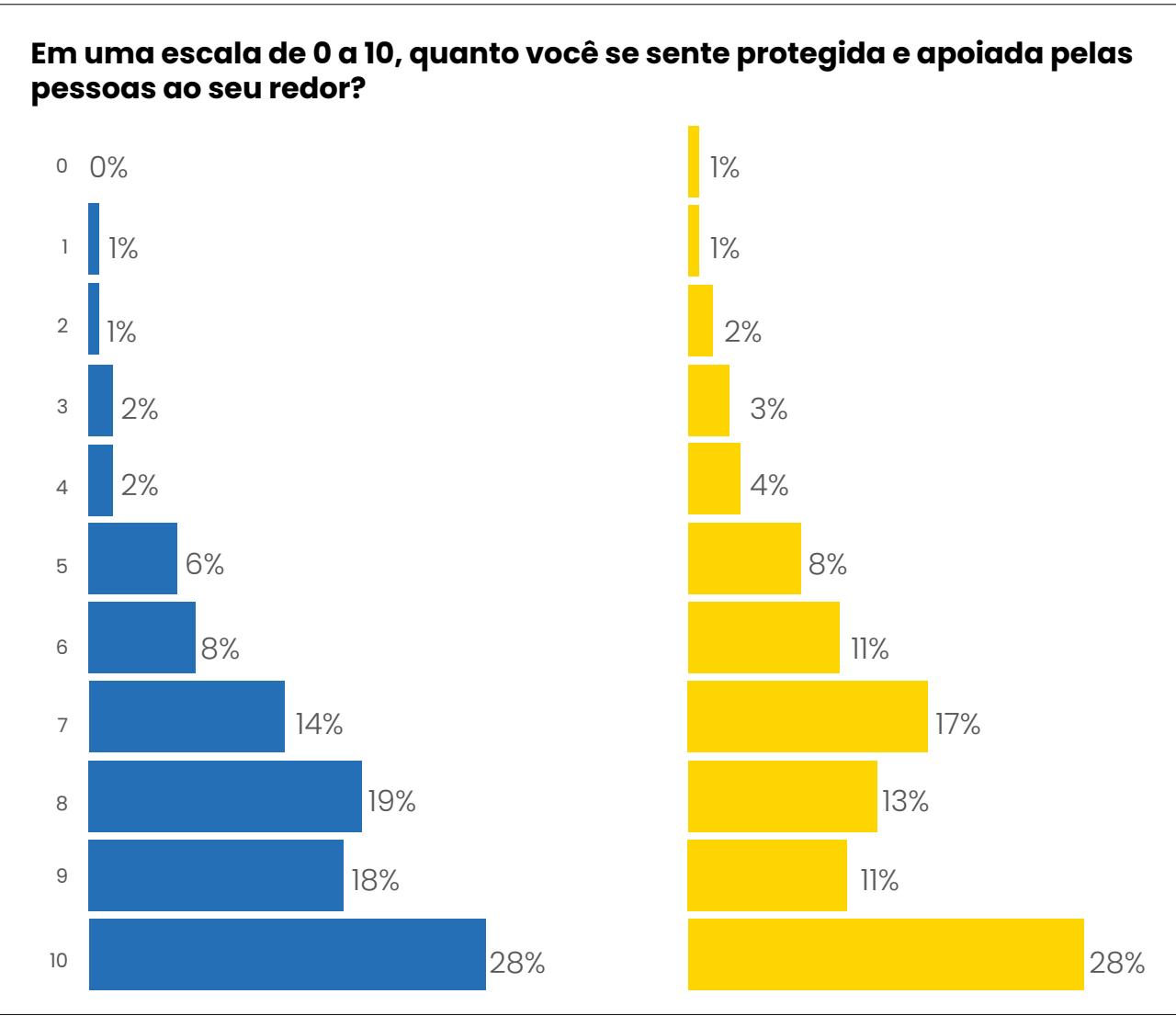
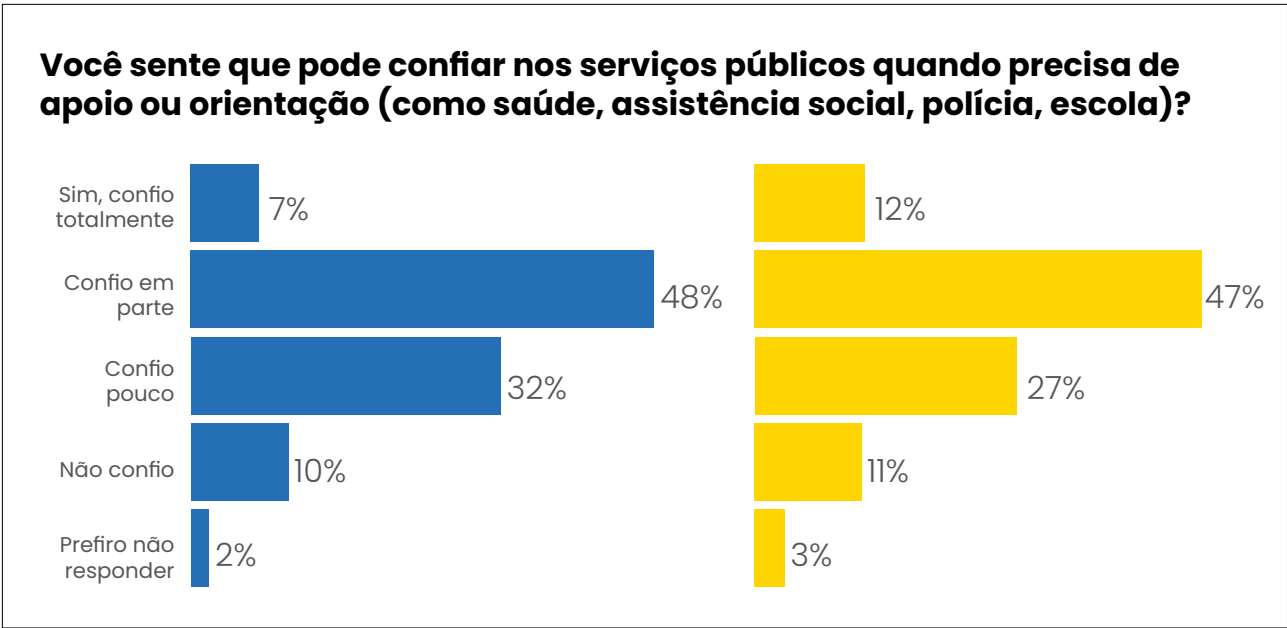
Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

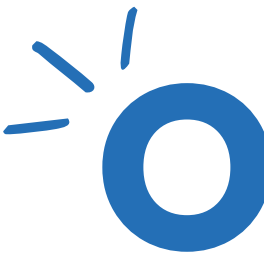
Com experiência de gravidez na infância ou adolescência



Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

Com experiência de gravidez na infância ou adolescência





s dados sugerem que a gravidez na infância ou adolescência está associada a trajetórias reprodutivas e conjugais bastante distintas. Entre as jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência, há maior inserção em uniões conjugais (casamento, 30%; união estável, 23%; contra 8% e 18% no outro grupo), maior número de filhos (48% têm dois ou mais, contra 18% no grupo que não viveram esta experiência) e filhos mais velhos, indicando que o cuidado se estende por períodos mais longos. O planejamento reprodutivo também difere entre as jovens mulheres que passaram por alguma gravidez: apenas 14% das que experienciaram a gravidez na infância ou adolescência relatam que a primeira gestação ocorreu no momento ideal, ante 19% entre aquelas que engravidaram após os 19 anos. Em ambos os grupos, a maternidade tende a anteceder o momento considerado oportuno.

No que diz respeito a apoio e rede, os dados descritivos sugerem poucas diferenças estruturais entre os grupos. Neste relatório, entende-se por “rede” o conjunto de pessoas e serviços potencialmente acessíveis (como familiares, amigos, vizinhos, creches), enquanto “apoio” se refere ao suporte efetivamente mobilizado no cotidiano, seja material, emocional ou prático, por pessoas ou instituições. A família próxima é a principal fonte de apoio em ambos (57%), e a confiança nas instituições é generalizadamente baixa e semelhante. As diferenças mais perceptíveis aparecem na confiança na rede pessoal, com média de 8,0 entre as jovens que não viveram a gravidez na infância ou adolescência e 7,1 entre as jovens que viveram, e na percepção de disponibilidade do apoio, com maior presença de respostas negativas entre as jovens que viveram a gravidez na infância ou adolescência (9% dizem nunca poder contar com a rede, contra 3%). Esses dados sugerem uma leve fragilização das redes de suporte, ainda que não haja ruptura descritiva acentuada. Como nas seções anteriores, a análise de pareamento permitirá testar em que medida essas diferenças refletem os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre as trajetórias familiares e de apoio social.

• Análise Comparada (com Pareamento)



Principais Efeitos e Mecanismos de Família e Apoio

Estimativa Causais (Efeitos)

Amostra total:

- Aumento de 11 p.p de relatarem baixo apoio da rede pessoal
- Aumento de 8 p.p de pontuar baixo (menor ou igual a 5) na escala de apoio
- Aumento de 6 p.p de afirmarem não possuir rede pessoal de apoio

Amostra condicional (jovens mães):

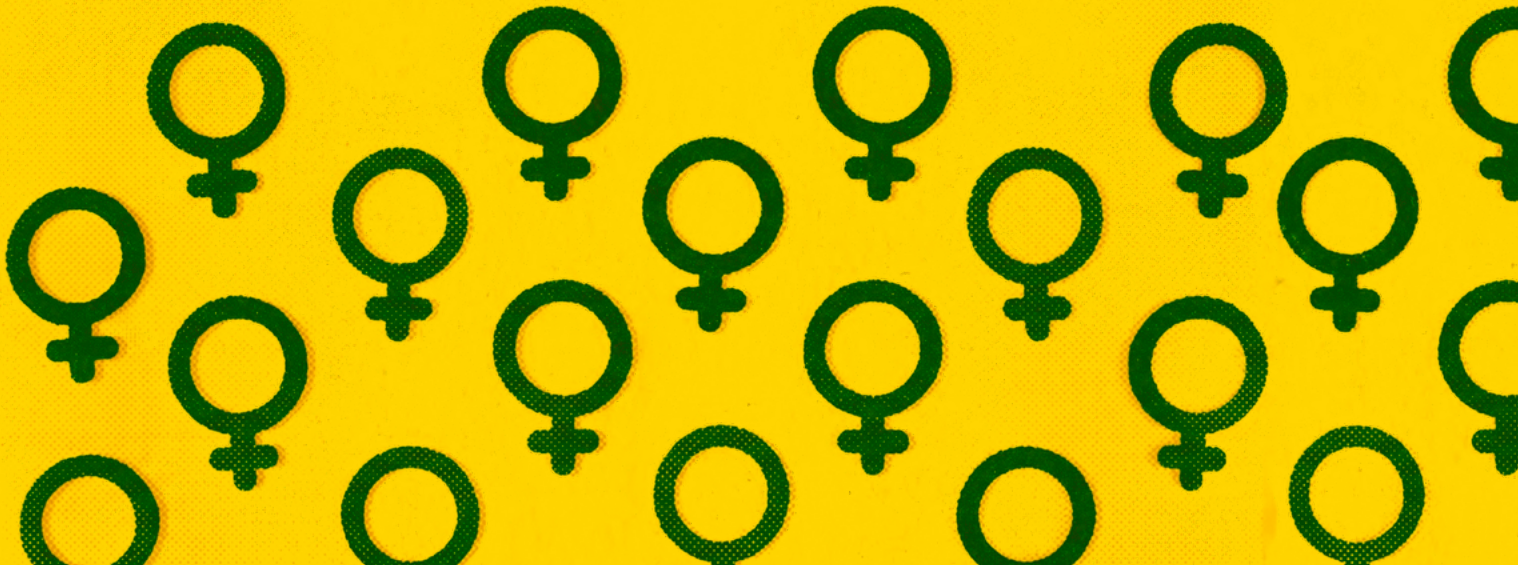
- Aumento de 12 p.p. de relatarem que a primeira gravidez não foi desejada ou planejada
- Aumento de 9 p.p de terem três ou mais filhos

Interseccionalidade:

- Aumento de 23 p.p. de afirmarem não receber apoio nunca ou raramente para mulheres brancas
- Aumento de 7 p.p. de afirmarem não receber apoio nunca ou raramente para mulheres pretas, pardas, indígenas ou amarelas

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

- Família como principal rede de apoio
- Presença irregular do progenitor
- Isolamento social
- Apoio relativo ou condicionado
- Ausência ou fragilidade do apoio institucional



Estimativas Causais (Efeitos)

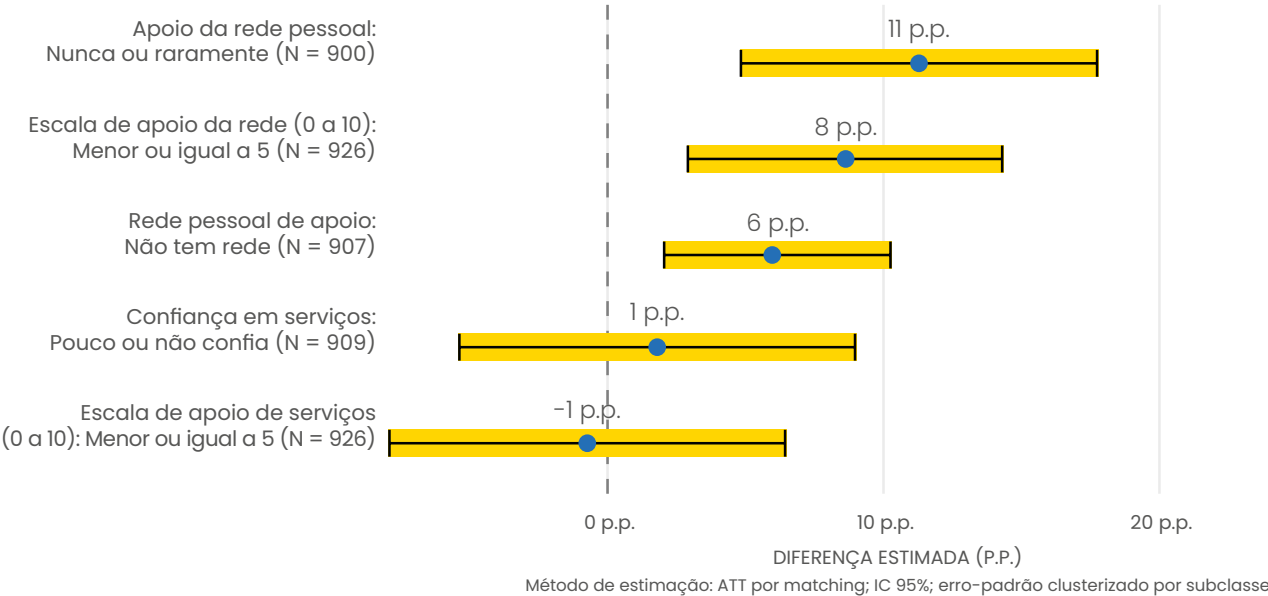
As estimativas causais pareadas indicam que a gravidez na infância ou adolescência está associada a piora nas condições de apoio social, especialmente no âmbito da rede pessoal.

O principal resultado é o aumento de 11 pontos percentuais na probabilidade de relatar baixo apoio da rede pessoal, além de um aumento de 8 p.p. na probabilidade de pontuar baixo (menor ou igual a 5) na escala de apoio e de 6 p.p. na probabilidade de não ter rede de suporte. As evidências qualitativas, como veremos na próxima seção, ajudam a compreender o mecanismo subjacente a esses resultados: a deterioração da rede de suporte não é apenas consequência da gravidez na infância ou adolescência, mas também uma de suas causas, quando o apoio familiar vem acompanhado de julgamentos, condicionalidades e ameaças de retirada, ele se torna simultaneamente presente nos indicadores e funcionalmente insuficiente no cotidiano.

Por outro lado, não há efeitos estatisticamente discerníveis sobre confiança em serviços ou apoio institucional, cujas estimativas estão próximas de zero. Esse resultado é consistente com as evidências qualitativas, que descrevem o apoio institucional como pontual, burocrático e frequentemente inacessível, sugerindo que sua ausência afeta de forma similar jovens que passaram ou não pela experiência da gravidez na infância ou adolescência, o que explicaria a ausência de efeito diferencial entre os grupos, sem que isso signifique que o apoio institucional seja adequado para qualquer um deles.

Impacto da gravidez precoce: Família e Apoio

Amostra: Total

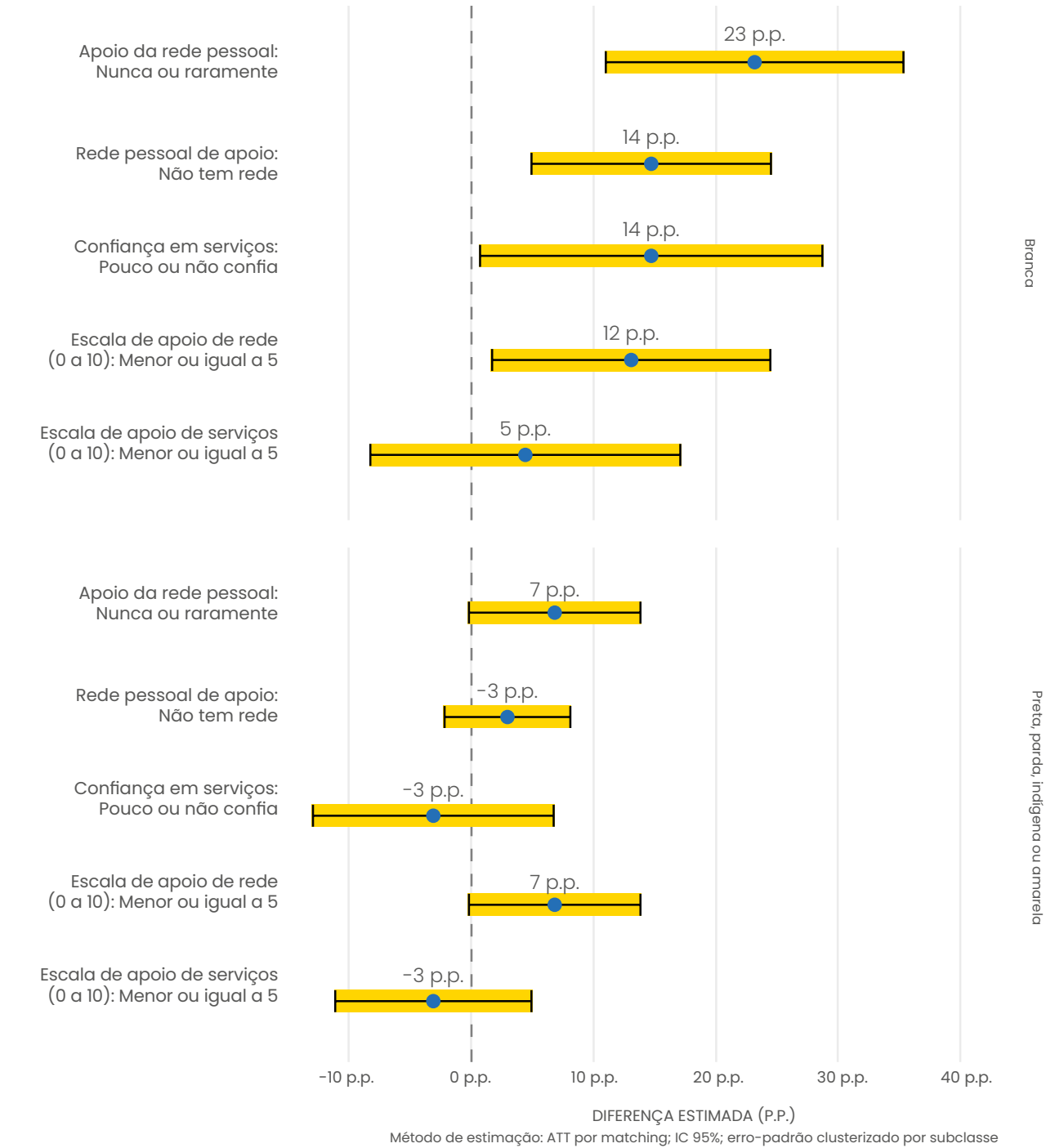


Assim, os resultados sugerem que os impactos da gravidez na infância ou adolescência se concentram na rede social próxima, e não nas instituições.

Ao considerar os efeitos heterogêneos por raça/cor ou etnia, observa-se que a gravidez na infância ou adolescência novamente tende a tornar mais semelhantes desfechos que seriam inicialmente distintos. Entre jovens brancas, há uma diferença importante no ponto de partida: apenas cerca de 9% das que não viveram a gravidez na infância ou adolescência relatam que nunca ou raramente podem contar com apoio da rede pessoal, percentual que subiria para aproximadamente 32% caso essas jovens mulheres passassem pela experiência hipotética da gravidez na infância ou adolescência, em linha com o aumento estimado de cerca de +23 p.p. na probabilidade de receber apoio nunca ou raramente. Já entre jovens pretas, pardas, indígenas ou amarelas, a situação já é inicialmente menos favorável: cerca de 20% relatam apoio raro ou inexistente da rede de apoio, proporção que subiria para aproximadamente 27% com a ocorrência hipotética da gravidez, considerando um efeito estimado mais moderado, de cerca de +7 p.p. para situações de baixo apoio. Ou seja, enquanto entre jovens brancas a gravidez na infância ou adolescência representa uma deterioração mais acentuada nas condições de suporte social, entre jovens negras ela implica uma piora adicional sobre um patamar já mais frágil, de modo que ambos os grupos passam a apresentar níveis mais próximos de limitação nas redes de apoio, sugerindo que a gravidez na infância ou adolescência atua também nesse campo como um mecanismo de homogeneização por baixo, reduzindo diferenças iniciais ao aproximar desfechos em contextos de menor suporte social e institucional. As evidências qualitativas são consistentes com esse padrão interseccional: jovens mulheres negras e periféricas relatam redes de apoio já mais tensionadas antes da gravidez, atravessadas por racismo, instabilidade econômica e menor capital social, de modo que a gravidez na infância ou adolescência intensifica vulnerabilidades pre-existentes, enquanto entre jovens brancas ela representa uma ruptura em um contexto de partida mais favorável.

Efeitos heterogêneos: Família e Apoio

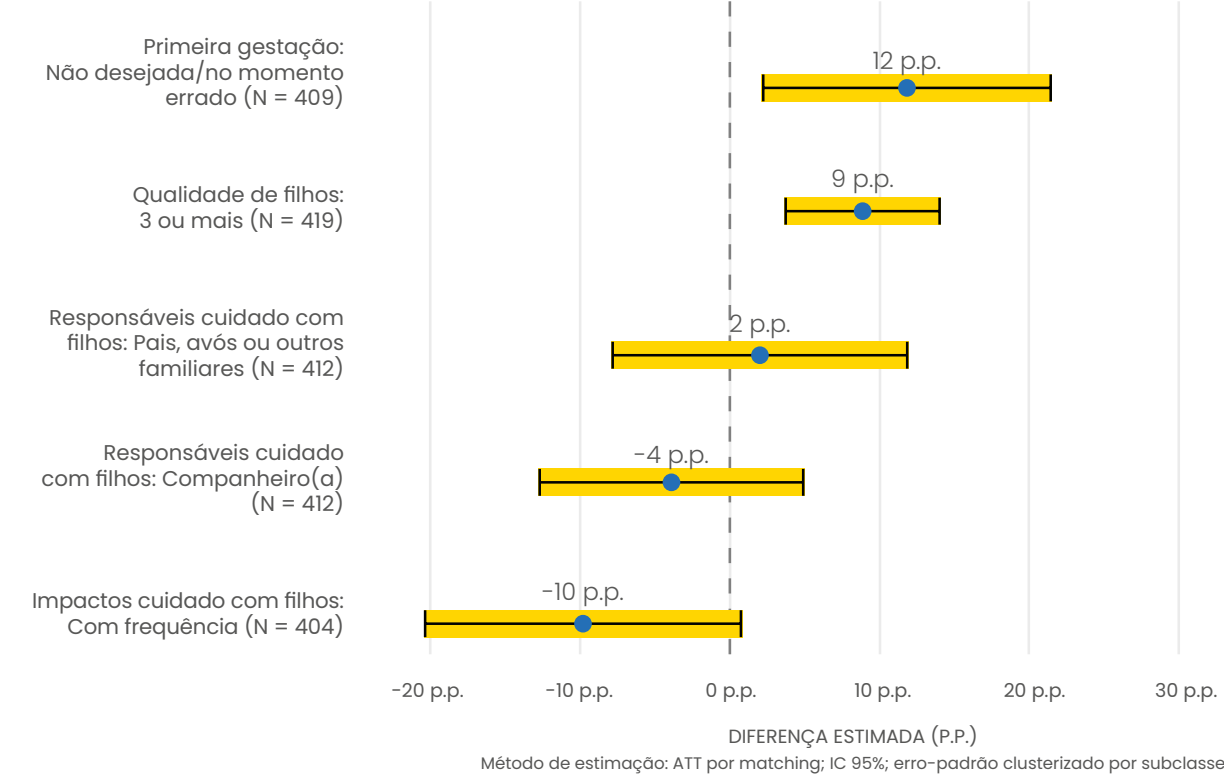
Amostra: Total | Estratificação por: Raça/cor



Entre as jovens que são mães, os resultados devem ser interpretados com cautela, pois envolvem variáveis pós-tratamento. Ainda assim, observa-se que a gravidez na infância ou adolescência está associada a um aumento de 12 p.p. na probabilidade de a primeira gestação ser não desejada ou fora do momento ideal, e de 9 p.p. na probabilidade de ter três ou mais filhos. Por outro lado, não há evidência robusta de impacto sobre a divisão do cuidado com o companheiro ou sobrecarga da família, e o efeito sobre impactos frequentes do cuidado, embora negativo (-10 p.p.), não é estatisticamente discernível. Esse resultado introduz uma tensão importante com as evidências qualitativas, que descrevem de forma consistente uma divisão desigual do cuidado, com sobrecarga recaindo majoritariamente sobre as jovens mulheres, sugerindo que os indicadores de divisão do cuidado podem não capturar adequadamente a assimetria vivida no cotidiano, especialmente quando essa assimetria é naturalizada pelas próprias entrevistadas como parte esperada da condição materna.

Impacto na gravidez precoce: Família e Apoio

Amostra: Condicional



Assim, a análise condicional reforça diferenças em trajetórias reprodutivas, mas deve ser lida com cautela, pois reflete também escolhas e dinâmicas posteriores à gravidez.

• Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência “Eu recebi muito apoio da minha mãe. Sempre foi algo que ela colocou muito na minha cabeça de que eu tinha a oportunidade de estudar e que ela queria que a gente seguisse o início de estudar para ter uma vida melhor.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Nordeste, 24 anos, baixa renda)	Com experiência de gravidez na adolescência “Eu acho que como eu fui mãe na adolescência, teve várias coisas que eu perdi, né? A minha mãe, eu lembro muito quando uma vez eu pedi pra minha mãe pra ela ficar com o meu filho. Ela nunca ficou com o meu filho pra sair, né? Mas uma vez eu tive a audácia de pedir e ela falou pra mim, ‘Ah, quem pariu Matheus, que embale’. Então, tipo assim, eu não tinha isso de poder, tipo assim, noite das meninas.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)
---	---

Família como principal rede de apoio: presença, condicionalidades e tensão

A experiência da maternidade na infância ou adolescência está profundamente entrelaçada às dinâmicas familiares, às formas de apoio, ou ausência dele, e à maneira como a sociedade atribui responsabilidades quase exclusivas às jovens que se tornam mães. Para muitas, a gravidez na infância ou adolescência desencadeia uma reorganização imediata da vida familiar, marcada por mudanças no lugar que ocupavam dentro de casa, na forma como passam a ser vistas e nas expectativas que recaem sobre elas, indicando que a maternidade não apenas adiciona responsabilidades, mas redefine posições e hierarquias no interior da família.

Em grande parte dos relatos, a família aparece como a principal, e, muitas vezes, a única rede de apoio no início da maternidade. Pais, mães, avós e, em menor escala, irmãos e tias assumem papéis centrais nos cuidados com a criança, no suporte financeiro, na moradia e na divisão do cotidiano. Em diversos casos, a continuidade dos estudos ou a possibilidade de trabalhar só foi viável porque alguém da família se dispôs a “segurar a criança”, cozinhar, buscar na escola ou garantir um teto. Quando esse apoio existe, ele costuma ser determinante para que a maternidade na infância ou na adolescência não se converta em um isolamento total ou em abandono de projetos de vida, o que evidencia que a autonomia dessas jovens é frequentemente mediada e condicionada pela disponibilidade de suporte familiar. Esse mecanismo

qualitativo é consistente com o efeito quantitativo robusto sobre baixo apoio da rede pessoal: a ausência ou fragilidade desse suporte familiar próximo, e não a falta de acesso a instituições, é o principal vetor de vulnerabilidade para as jovens mães.

“A minha mãe sempre me ajudou também assim. Em questão de cuidar dos meus filhos, ela me ajudou. Durante o meu resguardo, me acompanhando. Ela me ajudou (...) Em questão de estar me ajudando a trocar uma fralda. Em questão de ela me acompanhando no hospital. Sempre ela me acompanhou. Nunca disse assim, não vou. Ela me apoiou direto.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na infância, negra, da região Nordeste, 24 anos, baixa renda)

“Na época da gestação, sim. Na gestação eu morava com a minha mãe e todas as despesas tudo foi por parte da minha mãe, da minha família assim, tudo roupa porque as roupas da minha mãe foram muito roupas que me deram. E aí doação de roupa de criança e tudo mais vinha da parte da minha família, e até o berço também, foi minha família que contribuiu com isso.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

Ao mesmo tempo, esse apoio familiar frequentemente vem acompanhado de condicionalidades, julgamentos e controle. Algumas jovens que foram mães quando crianças ou adolescentes relatam só terem sido auxiliadas porque aceitaram retornar à escola, trabalhar ou seguir determinadas regras impostas pela família. Outras mencionam cobranças constantes, críticas sobre a forma de maternar, ameaças de retirada do apoio e discursos culpabilizantes, como a ideia de que “quem pariu que embale”, revelando que o suporte oferecido opera também como mecanismo de regulação do comportamento dessas jovens. Assim, a família pode ser tanto um espaço de cuidado quanto um espaço de tensão, na qual a jovem mãe precisa negociar permanentemente sua permanência, suas escolhas e sua autonomia. Esse dado qualitativo é relevante para a interpretação do indicador quantitativo: apoio familiar presente não equivale necessariamente a apoio de qualidade e a condicionalidade com que ele é oferecido pode ser, em si mesma, uma forma de constrangimento que os índices de acesso à rede não capturam.



Mas a minha mãe, ela só falou que ia me ajudar se eu fosse uma pessoa que estudasse, se eu fosse estudar mesmo. Porque ela falou, ou estuda ou trabalha, aí você escolhe. Aí eu falei pra ela, não, mas eu queria muito fazer faculdade, né, e ela falou, não, então eu vou ajudar você. Você pode fazer faculdade aos quatro anos, não precisa trabalhar, que a gente vai dar um jeito. E a gente deu um jeito, a gente conseguiu.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 23 anos, alta renda)



História de vida da região Sudeste

Ana (nome fictício) tinha 14 anos quando descobriu a gravidez, já com cinco ou seis meses de gestação, num exame de rotina, com o pai sentado na sala do ultrassom. Filha única, criada em uma família estável e protetora, em um bairro periférico de São Paulo, frequentava boa escola, gostava de ciências e geografia, tinha um emprego de jovem aprendiz em escritório de engenharia em frente à sua casa. Aos dez anos, sua família passou a abrigar um primo cinco anos mais velho, sobrinho de seu pai, órfão de mãe, recebido na casa por responsabilidade familiar diante da morte da tia. Foi com esse primo, vivendo sob o mesmo teto, que ela engravidou. “Tipo, ele era meu primo. Então, pra contextualizar, ele é sobrinho do meu pai”. A gravidez interrompeu o primeiro ano do ensino médio (ela concluiu com tarefas domiciliares trazidas pelo pai), seguida de um ano de

pausa total. Voltou em 2015, terminou o ensino médio, fez faculdade de Pedagogia e hoje, aos 27, trabalha na gestão de uma escola, mora com a mãe, que cuida do filho de 12 anos como segunda mãe, e está noiva. “Se talvez eu não precisasse me afastar por conta do nascimento do meu filho, talvez eu estaria lá [no primeiro emprego] até hoje”. Sua trajetória profissional é descrita com firmeza, ancorada no apoio incondicional dos pais.

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 27 anos, média renda)

Progenitor: presença ambígua e assimetria de gênero no cuidado

A figura do pai da criança ocupa um lugar ambíguo na rede de apoio. Alguns pais aparecem como presentes, participativos no cuidado diário, na rotina escolar e na divisão de tarefas, sendo reconhecidos como parte efetiva da rede de apoio. No entanto, há muitos outros em que a presença paterna é irregular, limitada ao pagamento parcial de pensão, às visitas esporádicas ou inexistentes. Mesmo quando o pai está presente, é comum que sua participação seja socialmente supervalorizada, enquanto o cuidado materno é naturalizado como obrigação, o que reforça padrões de gênero que distribuem de forma desigual responsabilidades e reconhecimento, uma assimetria que gera incômodo e sensação de injustiça entre as jovens. Esse mecanismo qualitativo ajuda a compreender por que não há efeito estatístico sobre a divisão do cuidado com o companheiro: quando a assimetria é percebida como norma e não como desvio, ela dificilmente aparece como problema nas autoavaliações, o que pode suprimir a variação necessária para produzir um efeito mensurável nos indicadores.



Ele nunca demonstrou muito interesse, sabe? Então eu pedia, eu falava, olha, quero fazer minha unha dar banho nele, quero ler um livro, quero ficar quieta um pouco, se falar uma música, cuida ele um pouquinho. E sempre vinha muita reclamação, assim, né? Então foi também um dos motivos da separação, e também com o tempo, depois da separação, eu ainda tentei insistir, bom, se o problema pra ele não estar cuidando do filho dele possa vir a ser eu, e a nossa relação que não deu certo, então ele tendo uma relação só ele com o filho talvez melhor. E não aconteceu isso, assim, foi cada vez se distanciando mais, então ele não quer ser pai, assim.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 25 anos, baixa renda)



Ele não é muito de fazer enquanto eu estou ali, mas se eu precisar sair e fazer as coisas com certeza, fica e cuida deles direitinho (...) Ele fica, ele bota eles para tomar banho, dá alimentação para eles, se eu preciso fazer, ele faz. Ele olha aí, se tiver que levar na escola, ele leva. Se eu precisar fazer alguma coisa de manhã e estiver no horário dele, ele leva as crianças na escola. Às vezes eu preciso que ele pegue e vai lá, pega rapidinho. Então nesse ponto ele é bem cuidadoso.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)



Se ele pega no transporte, agora mesmo, minha mãe trabalhou ontem e hoje, ela voltou pra escola ontem, ontem e hoje ele pegou no transporte, deu alimentação, cuidou dela até uma de noite chegar, e desde sempre foi dessa forma (...) As pessoas o tempo todo me falam, o tempo todo as pessoas me falam isso, que pai não presta. Que eu sou muito felizarda, que eu ganhei na megasena, que isso, que aquilo, outro. E pra mim, tipo assim, tem que ser assim. Ele é pai como eu. Mas ele sempre foi presente, graças a Deus. Foi pra palestra comigo, pra aprender a trocar fralda, pra aprender sobre a amamentação. Quando [Nome] nasceu, eu passei 31 horas em trabalho de parto, meu parto foi humanizado. Ele estava lá comigo.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 29 anos, média renda)

Sobrecarga, isolamento e vulnerabilidade quando o apoio é insuficiente

A divisão desigual do cuidado é uma marca constante da maternidade na infância ou adolescência. As jovens mães relatam que, independentemente da configuração familiar, o peso da responsabilidade cotidiana recai, majoritariamente, sobre elas: alimentação, saúde, escola, higiene, organização da rotina e atenção emocional da criança. Muitas descrevem a experiência de não poder descansar, adoecer ou “não dar conta”, enquanto os pais, quando presentes, mantêm maior margem de escolha e liberdade, indicando que a maternidade precoce intensifica uma divisão de gênero já existente, ao mesmo tempo em que reduz a margem de negociação dessas jovens. Essa sobrecarga é intensificada pelo fato de serem jovens, frequentemente sem estabilidade financeira e ainda em processo de construção de identidade e autonomia.



Não, com certeza não. Ele faz se ele quiser. Por exemplo, o trabalho dele é feriado, ele está em casa, e às vezes o feriado é emenda, tipo, se for segunda, a emenda é segunda, ele tem uma segunda livre, ele pode fazer o que ele quiser. Se ele quiser fazer tranças dia de semana, ele pode fazer também, se ele quiser gastar o dia dele todo trabalhando, ele pode gastar. É, ele tem essa liberdade de fazer o que quiser.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 22 anos, baixa renda)



Eu sou, que nem eu falei, eu sou obrigada porque não tem muito o que fazer, né? É meio frustrante, às vezes, eu querer chegar em casa e só dormir. Não pode, entendeu? Eu tenho que chegar em casa, fazer a janta, dar janta pra ele, dar pra ele, fazer ele dormir, pra ele poder descansar e amanhã começar tudo de novo. Enquanto o pai não, o pai tá lá, trabalha, faz as coisinhas dele, vai lá, dorme a hora que quer e acorda a hora que quer, dentro do possível dele também. Mas que pra mim não é tão simples assim, tão fácil assim.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)

Quando o apoio familiar é frágil ou inexistente, a maternidade na infância ou adolescência tende a ser percebida de forma ainda mais penosa. Há relatos de jovens que precisaram interromper os estudos, renunciar aos empregos, depender integralmente de renda de terceiros ou permanecer em relacionamentos abusivos por falta de alternativas, evidenciando que a ausência de suporte não apenas dificulta trajetórias, mas restringe ativamente as possibilidades de ruptura com contextos adversos. Nessas situações, a ausência de uma rede de apoio sólida aumenta a vulnerabilidade social, emocional e econômica, expondo essas jovens a violências, silenciamentos e sentimentos recorrentes de culpa e incapacidade. Esse encadeamento qualitativo, da ausência de apoio à permanência em vínculos abusivos e ao aprofundamento da vulnerabilidade, oferece um mecanismo plausível para a articulação entre os efeitos quantitativos observados nos blocos de autonomia, saúde e trabalho: a rede de apoio não é apenas um indicador isolado, mas uma condição estruturante que medeia os impactos da gravidez na infância ou adolescência em múltiplas dimensões da vida.

“Com certeza já perdi por não ter rede de apoio, porque a minha rede de apoio hoje é meu marido e minha mãe. Então, minha mãe tem a vida dela e meu marido tem que trabalhar e aí a prioridade hoje é ele trabalhar. E aí eu já perdi vários, inclusive empregos bons, porque eu não tinha ninguém a deixar.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

“Cara, é que quando eu morava com... eu não tenho uma boa relação com os meus pais, então acho que só de estar num ambiente em que eu brigava o tempo todo com os meus pais já é uma grande violência pra mim e pra eles. E daí qualquer coisa que eu fazia, o meu pai meio que jogava, “Ah, porque tu não és uma boa mãe.” Então tipo, ficar... e eu ter que ser obrigada a ficar naquele lugar, ouvindo as coisas que eu não queria ouvir, eu acho que essa é uma forma bem séria de violência psicológica principalmente (...) eu acho que se eu tivesse sido mãe mais tarde eu não precisava passar por várias situações dessas que eu passei durante muitos anos.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)

Apoio institucional: insuficiente, pontual e desigualmente distribuído

As redes de apoio institucionais, como creches, escolas, unidades de saúde, programas assistenciais, organizações sociais e iniciativas comunitárias, aparecem de forma desigual e, muitas vezes, insuficiente, com variações importantes entre territórios e perfis socioeconômicos. Algumas jovens relatam experiências positivas com escolas que as acolheram, serviços de saúde atentos ou grupos comunitários e religiosos que ofereceram apoio material e emocional. Todavia, a maioria aponta dificuldades de acesso, filas longas para creches, falta de informação, burocracia e políticas públicas que não consideram as especificidades da maternidade na infância ou adolescência. Quando existem, esses apoios são frequentemente pontuais e não sustentados ao longo do tempo. Esse padrão qualitativo é consistente com a ausência de efeito quantitativo sobre apoio institucional: quando as instituições são igualmente insuficientes para jovens que viveram ou não uma gravidez na infância ou adolescência, o efeito diferencial tende a zero, mas isso não significa adequação do sistema, e sim homogeneidade da insuficiência.

“[Pesquisadora] Você já teve alguma rede de apoio institucional como organização política, comunidade, equipes do serviço da prefeitura?

[Entrevistada] Eu queria saber onde tem, mas não.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 27 anos, baixa renda)

“Eu frequento a casa da mulher brasileira, quando eu vim aqui para São Paulo, eles me acolheram, né? Porque eu passei uma situação de violência com o pai do [Nome], de certa maneira, então elas me ajudaram em todo esse processo, que eu já estava ganhando um neném. Aí eu estou com o psicólogo, né, com ela, e às vezes passo com as associações sociais para ela falar comigo e tudo mais, como que estão as coisas, mas essa é a única ajuda, por assim dizer, que elas ficam ligadas comigo e minha família, né, um seguimento e tudo mais.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Sudeste, 28 anos, baixa renda)

“Eu tenho da escola, do meu ensino médio, que eu falei que foi uma grande rede de apoio. Teve dias até que eu levava o neném, eles ficavam passando com ele para eu poder fazer prova, era bem legal (...) Acho que só eles mesmo da escola, fora família e amigos, assim, só eles.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)

Isolamento social e perda de experiências da juventude

A maternidade precoce também impacta profundamente a vida social e afetiva dessas jovens. Muitas relatam isolamento, afastamento de amizades e perda de experiências consideradas “típicas da juventude”. A dificuldade em participar de atividades de lazer, estudar em período integral ou aceitar oportunidades profissionais está diretamente ligada à dependência da rede de apoio, o que faz com que a vida social passe a ser estruturada em torno das possibilidades e limites desse suporte. Se não tem com quem deixar a criança de forma segura, as escolhas se estreitam e, consequentemente, o cotidiano limita-se estritamente à maternidade. Esse mecanismo qualitativo é relevante para a interpretação do sinal negativo, ainda que inconclusivo estatisticamente, sobre participação social: o maior engajamento eventualmente observado entre jovens mães pode refletir, paradoxalmente, a busca por redes de suporte em contextos de isolamento, e não uma vida social mais rica ou autônoma.

“Sabe, sair com as minhas amigas, participar das coisas, porque mesmo que eu pudesse ir grávida, não dá para beber. E essa, mesmo que ela tivesse uns 15, 16 anos, ela já bebi. E eu fiquei muito cansada. Se fosse do caso de ir para uma festa, uma coisa que tivesse sol, tivesse clara, eu já não ia. Tirou toda a minha energia. Eu perdi a oportunidade de, sei lá, passar das coisas. Não que elas me excluíssem, mas não dava para mim.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 22 anos, baixa renda)

“Interferiu, interferiu na minha vida como pessoa adulta, interferiu na minha relação com outras pessoas, com amizade, até ele se relacionar com outras pessoas. Isso tudo interfere. Interferiu em tudo. Eu também, eu acho, eu considero hoje que a adolescência é uma fase muito importante na sua vida e eu perdi isso. Eu perdi a minha adolescência. Eu sinto falta de ter tido, por exemplo, o Ensino Médio, ter a vivência do ensino médio com outros adolescentes. Me descobri no tempo, enquanto adolescente, sabe? Eu tive que pular essa fase, eu tinha que cuidar de uma criança.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

Estratégias de enfrentamento a violações de direitos

O conjunto das respostas também revela processos de imposição do amadurecimento, e, também de fortalecimento e construção de estratégias de enfrentamento às violências, violações e desigualdades. A experiência da gravidez a expõe a uma rotina de trabalho, responsabilidades e situações adultas, na maior parte das vezes, negando às jovens o direito à infância e à adolescência, indicando que esse processo de “amadurecimento” ocorre menos como escolha e mais como adaptação a exigências impostas precocemente.

As respostas dadas por elas diante dessa realidade variam. Algumas jovens encaram a experiência da maternidade na infância ou adolescência como um “motor” para retomar estudos, interromper a reprodução de padrões familiares de maternidade precoce, exigir maior participação paterna ou construir redes de apoio mais amplas, baseadas na solidariedade e no senso de comunidade.

“Eu acho que não, acho que eu não me vejo obrigada ali. No começo eu me cobrava e me vi obrigada em ter, como fala, cuidar da casa, limpar, fazer tudo isso. Hoje em dia eu não me vejo mais obrigada e eu vejo que as coisas mudaram e eu coloco ele pra fazer, porque como eu estou trabalhando ele precisa ter consciência de que a casa fica por conta dele, a casa e o neném, porque quando era comigo eu dava conta, então vindo dele também tem que ser o mesmo parâmetro, a gente tem que ser igualar.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

“Olha, muito por conta das minhas crianças, porque eu tive que aprender e não aceitar mais também viver daquele jeito, daquela forma, assim, manipulada pelos outros. Por conta dos meus filhos, da experiência da vida que eu tive.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)

Esse fortalecimento acontece, em geral, mais por esforço individual do que por garantia coletiva de direitos, o que torna sua sustentabilidade estruturalmente frágil e dependente de condições que nem todas as jovens mães conseguem reunir ou manter. Além disso, em alguns casos, elas assumem para si a responsabilidade de garantir que seus filhos tenham acesso às informações e direitos que foram negados a elas, aumentando a carga de responsabilidades e trabalho sobre essas meninas, adolescentes e jovens.

A maternidade na infância ou na adolescência evidencia como família, maternidade e rede de apoio são dimensões inseparáveis. Quando a rede de apoio é ampla, acolhedora e livre de julgamentos, ela pode reduzir o impacto da gravidez na infância ou na adolescência e permitir que a jovem mãe siga projetando um futuro para si e para seus filhos, funcionando como elemento central na mediação dos efeitos dessa experiência ao longo do tempo. Para algumas, ter pessoas para dividir ou assumir o cuidado permite que elas possam continuar os estudos, trabalhar e ter experiências de lazer e sociabilidade.

“Eu não posso falar que ter o estudo e a maternidade junto foi uma dificuldade porque eu tive muito apoio, tipo, da minha mãe em si, né, em relação a, tipo, ficar com ele pra eu fazer a faculdade, e aí eu chegar tarde em casa e ficar com ele esse período todo, então eu não posso falar, nossa, foi muito difícil pra mim, foi muita dificuldade, não, porque eu saía de casa eu sabia que ele ia ficar bem, ia jantar, ia dormir, ia tomar banho, eu ia chegar e ele ia estar pronto e no resto da semana ele ia se repetir, e mesmo se, tipo, assim, eu precisasse, eu soubesse que ele estava doente num dia, e aí ele tinha com quem ficar em casa, ele tinha com quem ia cuidar dele.(...) lógico que em alguns momentos, né, de alguma exaustão, alguma preocupação com ele, sim, mas não que foi algo ruim, né, que foi muito difícil de se viver.”

(História de vida com mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, região Sudeste, 27 anos, média renda)

“Mas eu consegui mesmo começar a estudar, porque eu trouxe minha mãe para aqui, para ela me ajudar, porque se não, teria sido muito difícil para mim seguir nessa vida, assim mesmo, de maternar, trabalhar, chefe de casa e tudo.”

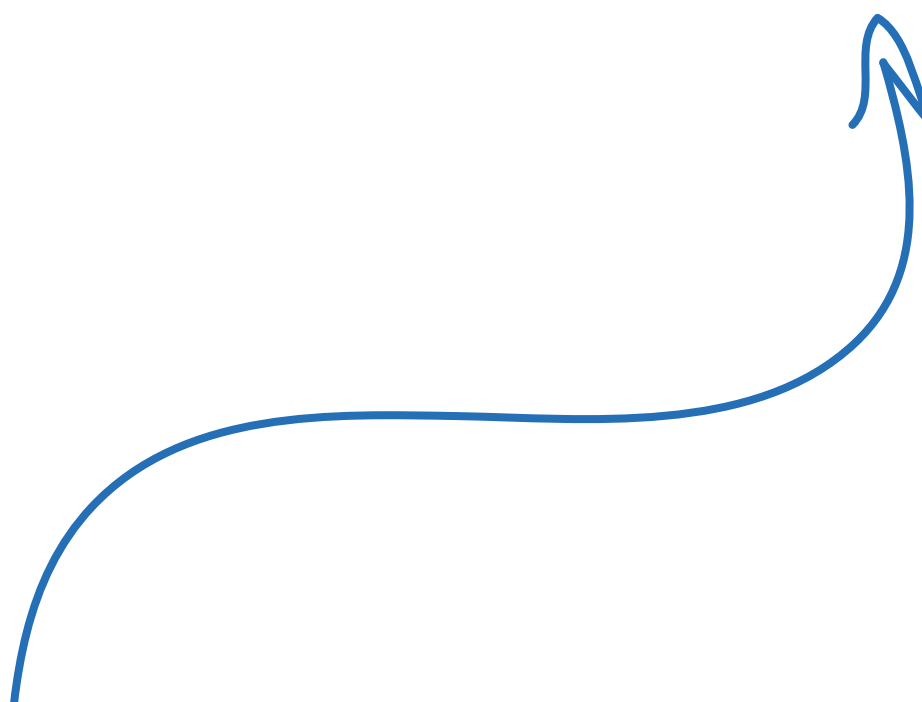
(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Sudeste, 28 anos, baixa renda)

“[Pesquisadora] E você considera que há oportunidades para alcançar esses teus planos, sonhos?

[Entrevistada] Hoje com a família e a estrutura de família que eu tenho, sim, porque hoje eu tenho uma rede de apoio, eu tenho uma sogra que me ajuda, eu tenho um marido que me apoia basicamente tudo que eu quero fazer, ele abriu mão de... de trabalhar no serviço dele para que eu pudesse trabalhar na área que eu gosto e ele fica me ajudando com as crianças. Então, hoje eu posso dizer que sim, porque eu tenho uma rede de apoio que transforma isso possível.”

(História de vida com mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Quando é insuficiente, condicionada ou ausente, a maternidade precoce se transforma em experiência de sobrecarga, restrição e vulnerabilidade. Limitando as possibilidades que as meninas, adolescentes e jovens têm de crescer, se desenvolver, experimentar e planejar seu futuro e, como mencionado, impondo um processo de amadurecimento que, em última instância, interrompe a infância e a adolescência.



“Então quando o [Nome] nasceu, apesar de todos os comentários, de tudo que eu passei, de todas as humilhações, eu tinha que abaixar a cabeça pra todo mundo porque eu era menor de idade, eu não tinha emprego, eu não tinha uma casa. Eu fui lá e fiz, eu cuidava dele, eu dava o meu jeito de comprar o leite, eu cuidava das roupas dele, eu tava de cesária e limpava a casa, eu fazia comida.(...) a minha vó, ela poderia ficar com as crianças para eu estudar, porque ela já cuidou da outra da neta dela e tudo mais, ela poderia ter ficado com as crianças para mim estudar, mas ela fazia tantos comentários maldosos sobre isso, que eu estava abandonando as crianças, que eu estava sacrificando a infância deles, que eles não tinham mãe porque a mãe deles sempre estava estudando, isso não é saudável para nenhum lado, então é o tipo de apoio que ninguém precisa. Uma rede de apoio saudável é, por exemplo, eu vou sair, vou estudar, por exemplo, tudo bem, pode ir lá ficar tranquila, qualquer coisa, eu te aviso, seu filho vai estar bem. E você ter essa confiança de que o filho está bem.”

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Trajetórias das jovens que não vivenciaram uma gravidez na infância ou adolescência: redes mais plurais, apoio menos urgente

As trajetórias de família, maternidade e rede de apoio das jovens mulheres que não engravidaram na infância ou adolescência revelam percursos marcados por maior possibilidade de planejamento da vida, construção de autonomia e ampliação gradual das redes de suporte antes da chegada de filhas e filhos, quando eles existem. Não viver a experiência da gravidez precoce não elimina conflitos ou desigualdades de gênero, mas tende a alterar profundamente a forma como essas jovens se inserem nas relações familiares, no trabalho e na experiência da própria maternidade. Esse contraste qualitativo é coerente com os efeitos quantitativos: a diferença não está na presença ou ausência de rede de apoio, mas na qualidade, na pluralidade e na margem de negociação que essa rede oferece, dimensões que os indicadores binários capturam de forma apenas aproximada.

“Eu acho que assim, a minha família. Eu sempre gostei muito de estudar (...) E aí eu recebi muito apoio da minha mãe. Sempre foi algo que ela colocou muito na minha cabeça. De que eu tinha a oportunidade de estudar e que ela queria que a gente seguisse o início de estudar para ter uma vida melhor. Porque ela e meu pai não conseguiram muita coisa. Não era o futuro que ela queria para a gente estar (...) Você chegava cansada do trabalho e ia para a faculdade quando chegar ainda. Tinha dever de casa. E aí ele sempre disse para mim, não desiste, continua. Então eu acho que o meu maior apoio sempre veio de dentro da minha casa. Sempre foi a minha família mesmo.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Nordeste, 24 anos, média renda)

De modo geral, elas vivenciaram a juventude com maior tempo para investir em estudo, qualificação profissional, inserção no mercado de trabalho e consolidação de vínculos afetivos. Isso contribuiu para que, ao pensar ou vivenciar a maternidade, o fizessem a partir de uma base mais estável, com maior poder de decisão e menor dependência imediata da família de origem. Diferentemente das jovens que se tornaram mães ainda crianças ou adolescentes, a maternidade, quando ocorre, tende a ser compreendida como uma escolha possível, ainda que nem sempre planejada, e não como um evento que interrompe bruscamente a infância ou adolescência.

A família de origem aparece, nesses relatos, menos como um espaço de controle emergencial e mais como uma estrutura de apoio complementar. Pais, mães, irmãos e irmãos seguem sendo referências importantes, mas o vínculo se organiza de forma mais horizontal. Em muitos casos, a ajuda familiar é mobilizada de maneira pontual — para cuidar das crianças em situações específicas, apoiar financeiramente em momentos de transição ou oferecer suporte emocional, e não como base cotidiana indispensável à sobrevivência. Quando há conflitos familiares, eles costumam estar menos relacionados à “quebra de expectativas” associadas à gravidez e mais a disputas de valores, escolhas profissionais ou estilos de vida.

A rede de apoio conjugal tende a ocupar um papel central. Jovens que não engravidaram na infância ou adolescência relatam maior expectativa, e, em alguns casos, maior exigência, de corresponsabilidade paterna. Ainda assim, os relatos indicam que a divisão do cuidado nem sempre é equilibrada. Mesmo nessas trajetórias, o cuidado com as filhas e filhos e com a vida doméstica frequentemente recai de forma desigual sobre elas, revelando que o adiamento da maternidade não dissolve automaticamente padrões tradicionais de gênero. A diferença está no fato de que essas jovens mulheres costumam ter mais recursos simbólicos, emocionais e materiais para questionar essa sobrecarga, negociar acordos ou, em alguns casos, romper relações insatisfatórias. Esse dado qualitativo é importante para qualificar a ausência de efeito quantitativo sobre divisão do cuidado entre os grupos: a assimetria de gênero no cuidado é estrutural e atravessa ambos os grupos, o que muda é a capacidade de identificá-la, nomeá-la e confrontá-la.

“ Porque, tipo assim, ele sempre questiona, né? Tipo, ai vou voltar que horas não sei o quê. Eu estou fazendo teatro de noite. Então, dia de terça e quinta, hoje eu também tenho teatro depois daqui. Então, é esses dias que eu estou tipo, passando mais ocupada, né? Que é o segundo dia que eu estou fazendo as coisas assim. Por mais tempo, longe do meu filho, é muito ruim, porque parece que eu estou pedindo um favor pra ele, né? E ele é pai do bebê, então assim, pra ele não deveria questionar. Ele é pai. Não, o filho.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

Outro aspecto marcante é que muitas dessas jovens não se reconhecem prioritariamente como mães, mas como trabalhadoras, estudantes, mulheres e sujeitas com projetos próprios. A maternidade, quando existe, é vista como uma dimensão da identidade, e não como o eixo exclusivo da vida. Essa percepção influencia diretamente as redes de apoio construídas: amigos, colegas de trabalho, redes profissionais e até serviços privados, como creches particulares ou profissionais remunerados, que passam a compor o cotidiano de cuidado, reduzindo a centralidade exclusiva na família de origem.

Destaca-se que nem todas desejam ou pretendem exercer a maternidade. Entre jovens que não engravidaram na infância ou adolescência, aparece com frequência a opção consciente por não ser mãe, muitas vezes fundamentada na observação das dificuldades enfrentadas por outras mulheres, inclusive das que se tornaram mães quando crianças ou adolescentes. Essa escolha é atravessada por reflexões sobre cansaço, sobrecarga, desigualdade de gênero e ausência de apoio concreto. Para elas, a rede de apoio familiar e social tende a se organizar em torno da carreira, da saúde mental e da autonomia pessoal, e não da maternidade.

Quando a maternidade ocorre mais tarde, ela também vem acompanhada de medos específicos, como o receio de perder conquistas profissionais, de ver a carreira interrompida ou de assumir uma sobrecarga incompatível com a vida construída até então. Esses receios evidenciam que, mesmo depois da infância ou da adolescência, a maternidade ainda é percebida como um ponto de tensão entre vida privada e vida pública.

“ Mas basicamente minha carreira vinha em primeiro lugar. Eu largava tudo para estar ali, para conseguir me firmar no meu trabalho. Então meu maior medo é um dia virar mãe e largar tudo isso que eu já trabalhei demais para ter. Porque para mim antigamente era uma realidade que eu não podia ter, hoje em dia eu posso ter. Então meu maior medo é aí. E um dia eu olhar para mim, eu perder uma coisa que eu conquistei, que é a minha carreira, me perder no meio, por estar ocupado demais, cuidando da casa, do marido, dos filhos. Isso para mim é uma coisa que eu não me vejo sendo assim.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

Síntese Integradora

A integração das evidências sugere que a gravidez na infância ou adolescência opera sobre as redes de apoio sobretudo por meio de um duplo mecanismo: a deterioração do suporte familiar próximo, que se torna simultaneamente mais necessário e mais condicionado, e a persistência de um apoio institucional insuficiente que afeta de forma homogênea jovens que viveram ou não uma gravidez na infância ou adolescência, sem produzir efeito diferencial mensurável.

Ao mesmo tempo em que os dados indicam efeitos robustos sobre o baixo apoio da rede pessoal, as evidências qualitativas revelam que a mensuração desse apoio subestima sua dimensão qualitativa: apoio presente, mas acompanhado de julgamentos e condicionalidades, é funcionalmente distinto de apoio acolhedor e incondicional, e essa diferença, central para as trajetórias das jovens mães, não é capturada pelos indicadores disponíveis.

A ausência de efeito sobre divisão do cuidado introduz uma tensão importante com as narrativas, que descrevem de forma consistente uma sobrecarga materna naturalizada, sugerindo que o problema não é a ausência de variação no fenômeno, mas a internalização da assimetria como norma, o que suprime sua expressão nos autorrelatos.

Os resultados não são uniformes entre grupos: a heterogeneidade racial é particularmente reveladora, para jovens brancas, a gravidez na infância ou adolescência representa uma ruptura abrupta em redes de suporte mais favoráveis; para jovens negras, ela intensifica uma vulnerabilidade preexistente sobre uma base já mais frágil, dinâmicas que convergem para patamares similares de baixo apoio, mas por trajetórias e mecanismos distintos. A rede de apoio emerge, assim, não apenas como um indicador de bem-estar, mas como condição estruturante que medeia os efeitos da gravidez na infância ou adolescência em todos os demais blocos analisados, o que torna sua insuficiência um nó central de vulnerabilidade e sua ampliação uma prioridade transversal de política pública.



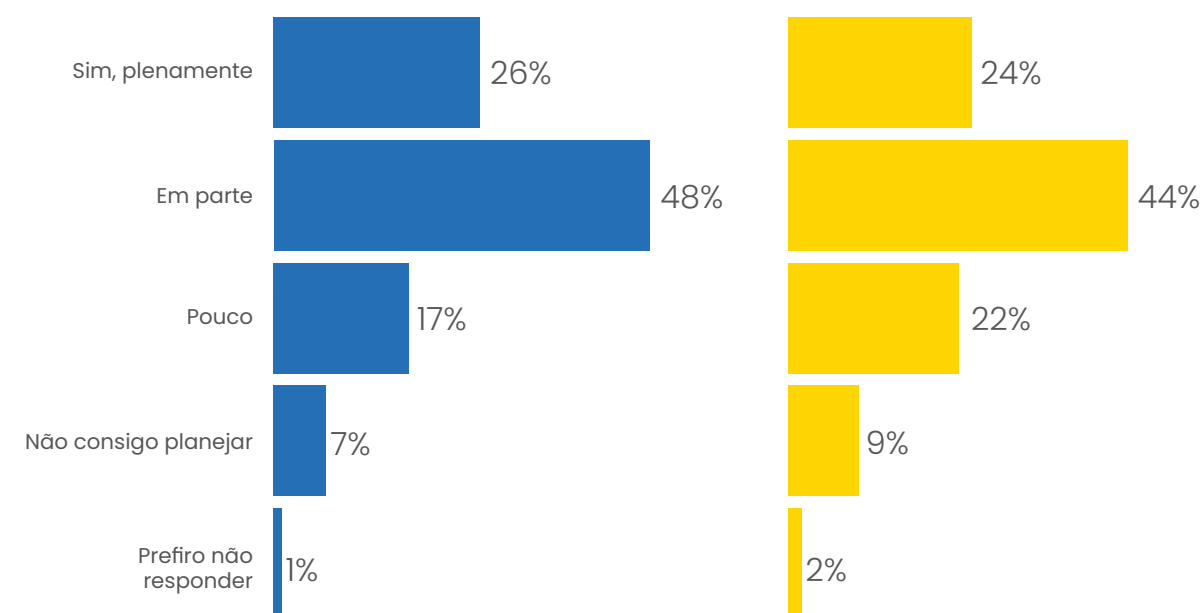
Resultados da Survey

Autonomia e Agência

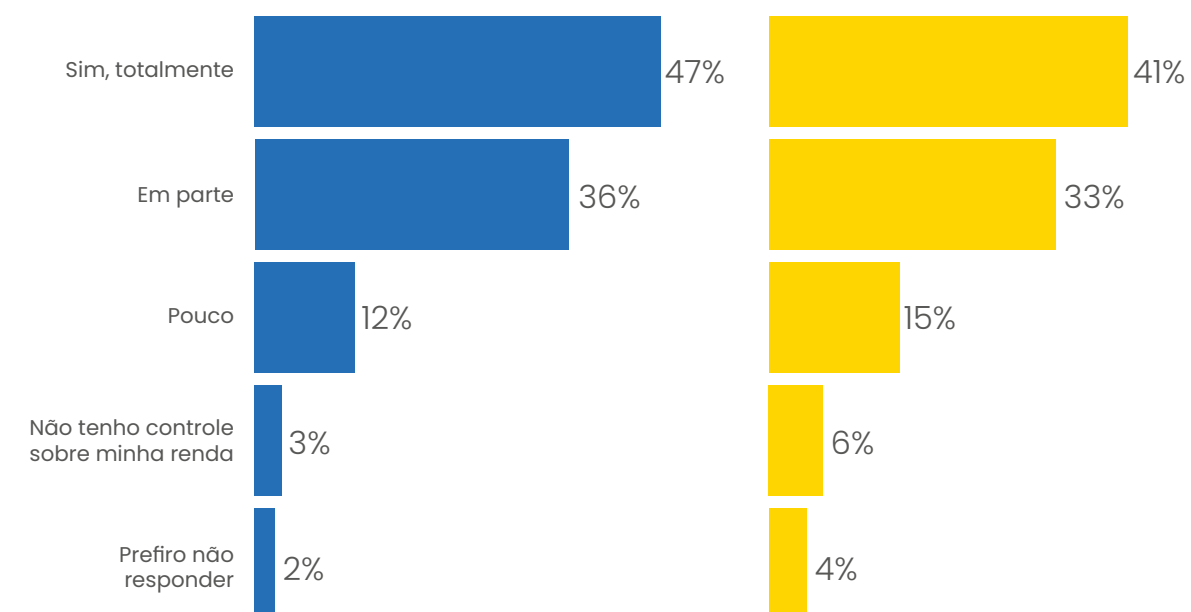


- Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência
- Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

Você sente que pode planejar seu futuro da forma que gostaria (estudos, trabalho, família)?

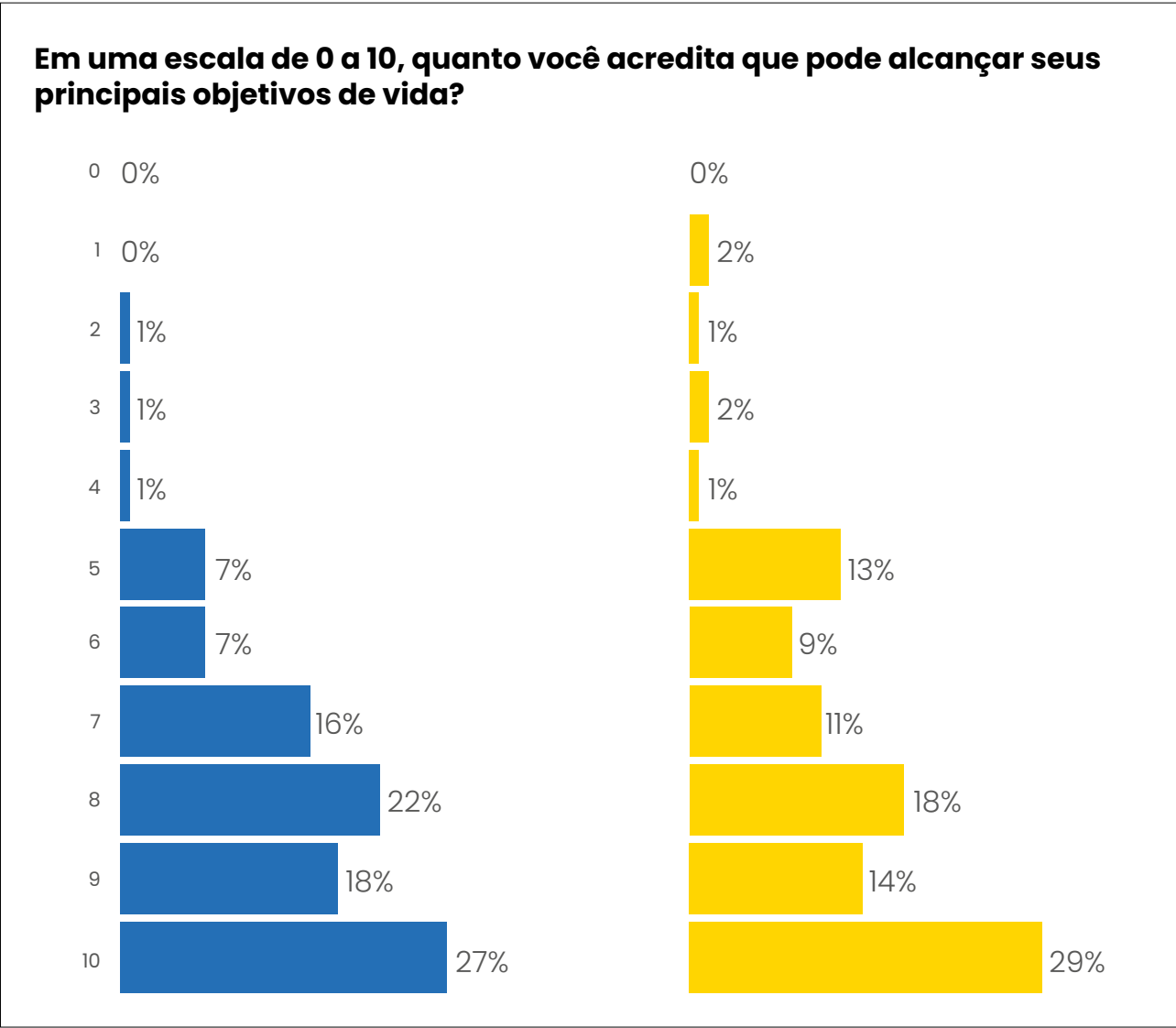
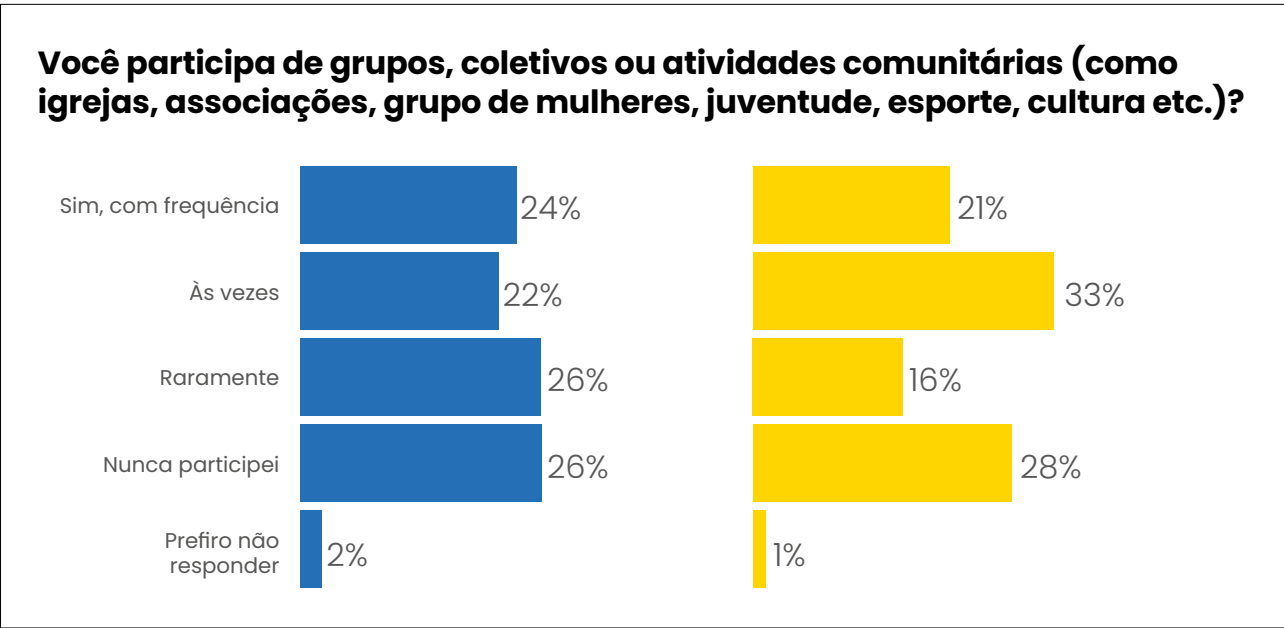


Você se considera uma pessoa com autonomia para decidir como usar sua renda e seus gastos, quando ter recursos disponíveis? (por exemplo, decidir o que pagar, comprar ou poupar)



Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

Com experiência de gravidez na infância ou adolescência



Os dados de autonomia e agência sugerem que as diferenças entre os grupos são, em geral, moderadas. A percepção de capacidade de planejar o futuro é relativamente semelhante, com leve concentração de respostas negativas entre as jovens que passaram por uma gravidez na infância ou adolescência (9% dizem não conseguir planejar, contra 7%). A autonomia econômica também apresenta diferenças nos extremos: 41% das jovens com experiência da gravidez na infância ou adolescência relatam controle total sobre a renda, ante 47% no outro grupo, com maior presença de pouco ou nenhum controle (21%, contra 15%). A participação comunitária é baixa nos dois grupos, mas com leve diferença de composição, as jovens que viveram a gravidez na infância ou adolescência apresentam maior concentração em participação ocasional (33%, contra 22%).

A autoeficácia, por sua vez, é elevada nos dois grupos e praticamente semelhante, com médias de 8,0 entre as jovens que passaram pela gravidez na infância ou adolescência, contra 7,5 das jovens que não passaram. Em conjunto, os dados descritivos não apontam para uma ruptura acentuada na autonomia e agência entre os grupos, as jovens com vivência da gravidez na infância ou adolescência demonstram níveis relativamente altos de confiança em suas capacidades e de engajamento social, ainda que com sinais de maior restrição em dimensões econômicas e de planejamento. Como nas seções anteriores, a análise de pareamento permitirá testar em que medida essas diferenças refletem os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre a autonomia e agência das jovens.

• **Análise Comparada (com Pareamento)**



Principais Efeitos e Mecanismos de Autonomia e Agência

Estimativa Causais (Efeitos)

Amostra total:

- Aumento de 9 p.p de pontuarem baixo (menor ou igual a 5) na escala de autonomia

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

- Dependência e restrições financeiras
- Concentração do trabalho de cuidado
- Adiamento dos projetos pessoais
- Maior vulnerabilidade à violência
- Estigmatização e vigilância

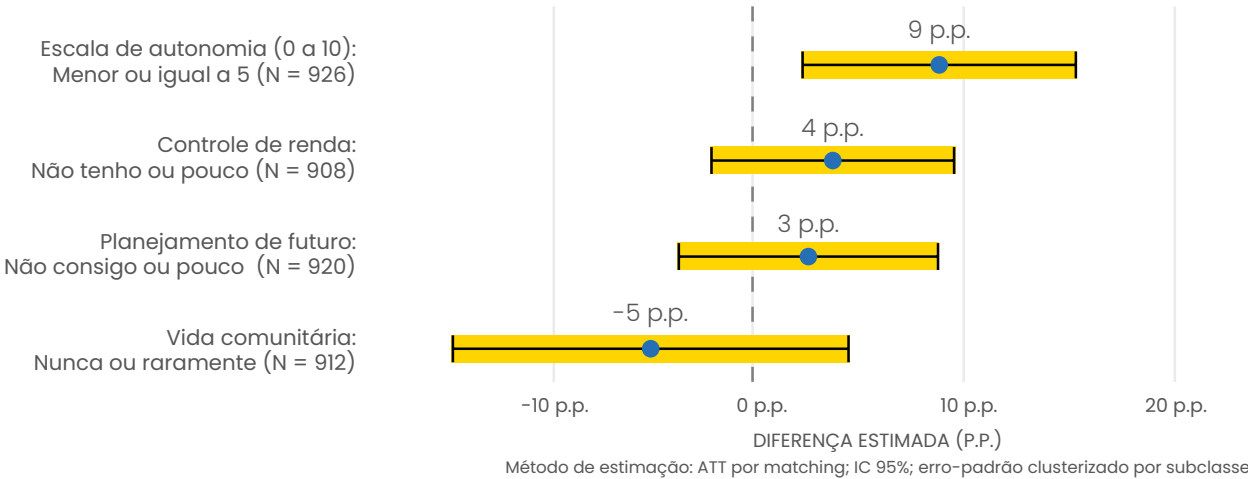
• Estimativas Causais (Efeitos)

As estimativas causais pareadas indicam que a gravidez na infância ou adolescência está associada a reduções na dimensão de percepção de autonomia, ainda que a maioria dos efeitos sejam estatisticamente indistinguíveis de zero.

Na amostra total, o resultado mais consistente aparece na escala de autonomia: a gravidez na infância ou adolescência aumenta em cerca de 9 p.p. a probabilidade de apresentar níveis baixos de autonomia (menor ou igual 5), com intervalo de confiança acima de zero, indicando um efeito robusto. As evidências qualitativas, como veremos na próxima seção, ajudam a compreender o mecanismo subjacente a esse resultado: a menor autonomia percebida não resulta de uma disposição individual, mas da reorganização estrutural do cotidiano imposta pela maternidade precoce, em que o tempo, o dinheiro, o corpo e as decisões passam a ser mediados quase integralmente pelas necessidades de filhas e filhos e pela potencial ausência de rede de apoio que redistribua esse peso. Para controle da renda e planejamento de futuro, os efeitos são positivos (+4 p.p. e +3 p.p., respectivamente), sugerindo piora nesses indicadores, mas com intervalos de confiança que cruzam zero, portanto, não são estatisticamente conclusivos. Já em participação social, observa-se um efeito negativo (-5 p.p. na probabilidade de nunca ou raramente participar), o que indicaria maior engajamento, mas também sem significância estatística. Nesse sentido, embora não haja efeitos estatísticos conclusivos nesses indicadores, as evidências qualitativas sugerem que o planejamento de futuro e o controle da renda são dimensões vividas como profundamente constrangidas pelas jovens mães. O que aponta para a possibilidade de que os indicadores disponíveis não capturem adequadamente a qualidade e a margem efetiva de controle sobre essas dimensões, mas apenas sua presença ou ausência formal.

Impacto da gravidez precoce: Autonomia e Agência

Amostra: Total



Assim, o principal resultado causal indica que a gravidez na infância ou adolescência está associada a menor autonomia percebida, enquanto os demais indicadores apresentam sinais inconclusivos.

• Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência	Com experiência de gravidez na adolescência
“Eu gostaria muito de conseguir concluir a universidade, concluir a faculdade, fazer mestrado, fazer meu doutorado, eu queria ser professora na graduação, mas eu não sonho em ter filho, não é algo meu, assim, e também não sonho, tipo, assim, a minha vida romântica não é a principal coisa da minha vida, assim, então também não tenho uma idealização em relação a... quero estar casada, quero estar, sabe, não tenho isso assim.” (Entrevista com jovem mulher branca, da região Sul, 26 anos, baixa renda)	“Assim, eu não tenho autonomia de dizer quando e onde eu posso usar meu dinheiro porque, como eu falei, é um salário mínimo... Então, eu preciso ali ter um jogo de cintura, saber aí fora que tem o aluguel, tem o que eu preciso comer.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

Autonomia como campo constantemente tensionado

A análise comparativa entre jovens que viveram ou não a experiência de gravidez na infância ou adolescência, a partir dos eixos de autonomia, projeto de vida e preconceitos, evidencia trajetórias profundamente desiguais, marcadas não apenas pela maternidade em si, mas pelo modo como a sociedade organiza expectativas, julgamentos e oportunidades a partir dessa experiência, indicando que a autonomia não é apenas uma condição individual, mas um resultado socialmente produzido e distribuído de forma desigual.

Entre as jovens mulheres que foram mães na adolescência, a autonomia aparece como um campo constantemente tensionado. A maternidade precoce reorganiza de forma abrupta o cotidiano, o tempo, o corpo e as prioridades, fazendo com que decisões, antes individuais, passem a ser mediadas quase integralmente pelas necessidades de filhas e filhos. Esse padrão qualitativo é consistente com o efeito

quantitativo mais robusto do bloco, o aumento de 9 p.p. na probabilidade de baixa autonomia percebida, e as narrativas revelam que esse resultado não é pontual, mas o produto de um processo acumulativo em que cada escolha adiada, cada oportunidade recusada e cada projeto postergado sedimenta a percepção de que a própria vida está fora do controle, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade, nos quais as margens de escolha já são mais restritas antes mesmo da maternidade.

“Até tipo assim, de ter um negócio que é do PIBID, e que eu sempre quis muito entrar no PIBID. Só que eu fico pensando, cara, tenho essas viagens bem legais, o que eu quero muito fazer? Só que eu fico pensando, ‘Cara, tem essas viagens, bem legal, queria muito fazer’, só que não vai, não vou fazer. Eu vou querer deixar meu filho com alguém, eu vou querer fazer isso. E tipo, pra mim é muito difícil, então eu acompanho muito o PIBID. Eu conheço várias pessoas que fazem parte, converso bastante com elas, tenho muita vontade de fazer, de entrar, mas não posso. Porque eu fico pensando nesse sentido de deixar viajar. E eu queria muito viajar também, acho que pra viajar, sem conhecer todos os lugares. Mas com ele é sempre muito mais difícil, até financeiramente, porque vai um dinheiro ali. Eu acho que várias coisas que eu queria fazer, mas eu tenho que pensar duas vezes antes de fazer alguma coisa, porque eu tenho ele, né?”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)



História de vida da região Sul

Luana (nome fictício) tem hoje 28 anos. Sua infância em Curitiba foi marcada pela ausência da mãe, que trabalhava muito como diarista, depois caixa, e pela rigidez disciplinar materna sem espaço para diálogo. Aos dez anos, em razão de uma agressão perpetrada pelo padrasto, foi colocada por decisão judicial sob a guarda do pai, alcoólatra e ausente. Passou a viver sozinha em uma casa no terreno da avó, e começou a trabalhar aos 11 anos, fazendo faxinas, cuidando de crianças, “servente de pedreiro, auxiliar de limpeza, doméstica, babá, tudo o que eu achava”. Engravidou aos 15 anos, descobrindo a gravidez ao adoecer gravemente, desenvolveu anemia crônica que trata até hoje. Casou-se com o pai do primeiro filho, que se converteu a uma religião conservadora e a impediu de continuar estudando. Sofreu violência obstétrica grave em parto cesáreo de

emergência: convulsão durante a anestesia, hemorragia, “acordei no outro dia”. Teve mais dois filhos. Foi mãe solo por cinco anos antes de conseguir pensão. Concluiu o ensino médio pelo ENCCEJA, passou em faculdade pública federal de Comunicação, mas desistiu quando dois professores a criticaram por levar os filhos ao campus. Hoje, casada novamente, com a sogra que apoia, trabalha em dois empregos para conseguir comprar casa própria. “Sou eu que tenho que mudar o mundo”.

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Autonomia financeira: dependência, constrangimento e restrição de escolhas

A autonomia financeira é frequentemente limitada, seja pela dificuldade de inserção e permanência no mercado de trabalho, seja pela dependência de parceiros, familiares ou redes institucionais. Mesmo quando há desejo de estudar, trabalhar ou investir em projetos pessoais, essas escolhas precisam ser constantemente adiadas, negociadas ou abandonadas diante da falta de rede de apoio, da escassez de recursos e da responsabilidade exclusiva pelo cuidado, indicando que a restrição de renda opera diretamente como restrição de escolha. A dependência financeira é descrita pelas entrevistadas não apenas como ausência de renda, mas como ausência de si mesma nas próprias decisões, uma dimensão que o indicador quantitativo de controle da renda, ainda que inconclusivo estatisticamente, aponta como tendência e que as narrativas tornam analiticamente legível em sua textura cotidiana.



[Pesquisadora] *E essa dependência que você teve, você atrela essa dependência com liberdade de escolha sobre a sua própria vida?*

[Entrevistada] *Sim, sim muito. Muitas vezes a gente quando é dependente financeiramente de alguém, a gente se vê totalmente ligado a essa pessoa, a gente não tem escolha que nem eu falei, né? E falo, é muito ruim porque você não pode escolher nem comprar um perfume, por exemplo. Eu quero um perfume, eu sou louca por perfume. Eu quero um perfume mas eu não consigo comprar ele porque quem tem a renda não sou eu. E eu vou ter que ficar pedindo de alguém. Eu acredito que isso é uma das piores sensações que você tem, é você querer algo e não depender de você e você ter que depender de outra pessoa. Eu acho que isso pesa muito, muito, muito mesmo.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)



[Entrevistada] *Uma vez eu passei para gestão ambiental no IFRS e eu não consegui fazer minha matrícula, porque cheguei dois minutos atrasada e meu filho tava, assim, naquele, tipo, sling, assim, no canguru. E eu voltei isolada pra casa, assim, tipo, mas o sentimento de, ah, minha vida acabou. Ele era muito pequeno e eu tava tentando, assim...E aí eu fiquei um tempão sem estudar. Eu voltei de novo quando ele já tinha uns 10 meses, aí eu tentei não conseguir ficar um ano na faculdade e tranquei.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Projeto de vida: deslocamento do “eu” para o “nós”

O projeto de vida, nesse grupo, tende a se reorganizar em torno da figura do filho. Os sonhos e planos passam a ser formulados de forma relacional: estudar para oferecer um futuro melhor à criança, conquistar estabilidade financeira para garantir segurança e ter uma casa para proporcionar conforto à família. Embora persistam desejos ligados à realização pessoal, como cursar uma faculdade, empreender ou seguir uma carreira, esses projetos quase sempre são pensados “no tempo certo”, isto é, quando as filhas e filhos crescerem, quando houver mais estabilidade ou quando as condições permitirem. Há, portanto, um deslocamento do foco do “eu” para o “nós”, frequentemente acompanhado por sentimentos de atraso, frustração ou de

estar sempre correndo atrás de algo que foi interrompido, o que não elimina os projetos individuais, mas altera sua temporalidade e centralidade. Esse padrão qualitativo é relevante para a interpretação do efeito quantitativo sobre planejamento de futuro que, embora não conclusivo estatisticamente, aponta na direção de maior dificuldade: o que os indicadores tentam capturar como ausência de planejamento pode ser, nas narrativas, a presença de um planejamento intensamente condicionado, no qual o futuro próprio é sistematicamente postergado em favor do futuro de filhas e filhos.



[Pesquisadora] *E o que você gostaria de incluir na sua trajetória de vida para realizar esses sonhos e planos? Como você gostaria de realizar esses sonhos?*

[Entrevistada] *Olha, no tempo certo, porque agora as crianças são pequenas, eu não vou conseguir ficar tranquila há tantas horas assim e eles não comem sozinhos, então eu vou priorizar e esperar eles crescer um pouco mais para ter aquele tempo só para os meus estudos mesmo, porque hoje em dia é difícil, para eu conseguir ler um papel, alguma coisa, às vezes eu tento e está lendo as coisas porque é o tempo todo é: “Mãe, mãe, mãe”. Eu preciso disso, eu quero aquilo então é um pouco difícil, deixar passar mais essa fase deles em relação a isso e quando eles ver eles vão até querer fazer do mesmo: “Ah mamãe está ali estudando, bora lá estudar também, bora lá fazer também”. Já é um incentivo para eles.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 24 anos, baixa renda)



[Entrevistada] *Quero ampliar minha casa. Me vejo com minha casa ampliada ou morando em um outro lugar. Mas de primeira eu quero fazer isso mesmo. Quero bater laje. Quero fazer um quarto para minha filha. Quero que ela tenha um espaço. Eu só tive um espaço para mim quando eu saí daqui, mudei e morei lá com meu pai. Mas a gente morou poucos anos lá e voltamos para cá. A gente sempre viveu na casa de baixo. Mesmo tendo uma casa maior ou outro bairro, a gente sempre viveu aqui. Eu não tinha meu quarto, eu não tinha minha cama. Eu queria me sentir em cama. Eu queria me sentir em meu quarto, meu guarda-roupa, minhas coisas. Então eu quero proporcionar essas coisas para minha filha.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 29 anos, baixa renda)

“Eu parei de escrever, eu vivo para ele, para ele no caso. Para ele poder ter um bom estudo, uma boa casa para ele morar, para ele ter uma vida mais digna do que a minha.”

(História de vida com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, mulher negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

Estigma, preconceito e vigilância social sobre as jovens mães

O preconceito aparece como uma experiência recorrente e estruturante nessas trajetórias. As jovens que foram mães na infância ou adolescência relatam julgamentos constantes sobre sua capacidade intelectual, moral e profissional. São vistas como “meninas irresponsáveis”, “incapazes”, “sem futuro”, e frequentemente precisam provar, de forma reiterada, que sabem cuidar de filhas e filhos, tomar decisões e exercer atividades qualificadas. Esse estigma se manifesta na escola, no trabalho, nos serviços de saúde e até no espaço público, sendo agravado por outros marcadores como raça/cor ou etnia, classe social, território e origem, o que indica que a autonomia percebida é também moldada por expectativas externas que limitam o reconhecimento dessas jovens como sujeitas de decisão. Para mulheres negras, periféricas ou mesmo imigrantes, a maternidade precoce intensifica discriminações já existentes, reforçando a percepção social de desvio, inadequação e inferioridade. A evidência qualitativa ajuda a qualificar o efeito quantitativo sobre baixa autonomia percebida ao evidenciar que essa percepção não é apenas interna — ela é também produzida e reforçada externamente pelo olhar social que constantemente questiona a competência e a legitimidade dessas jovens como sujeitas de projetos próprios.

“As pessoas acham que a gente não tem capacidade de... e é difícil. Mas subestimar que isso não vai conseguir superar todas essas dificuldades impostas é subestimar a inteligência, sabe? eu acho que isso é preconceito também, achar que eu não sou inteligente suficiente para entender a minha própria rotina e melhorar minha vida e ser mãe, trabalhar, sabe?”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

“[Pesquisadora] E você já passou por algum tipo de preconceito por ser mãe?

[Entrevistada] É, mais jovem, que só, né? É, também, né? Eu já passei preconceito por ser de outro país também, né? Imagina ser mãe de outro país. Sim, eu acho que sim.

[Pesquisadora] Você acha que essas duas coisas combinadas aqui têm um peso?

[Entrevistada] Sim, tem. Sim, porque, às vezes, falam como, nossa, olha que nova, ainda sendo mãe, nem sabe como que é a vida, né? A pessoa ajuda muito, né, também. Eu acho que é isso.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Sudeste, 28 anos, baixa renda)

“Se as pessoas me veem, as pessoas acham que eu sou uma menina. Quando eu engravidei, eu achava muito mais que eu era uma menina. E as pessoas queriam tipo, meu Deus, você é tão novinha, vai ter filho. Achava que eu estava grávida de bandido. O pai dessa criança vai assumir. Também tem isso. Tipo assim, meu Deus, você tá grávida de quem, menina?”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 29 anos, média renda)

Trajetórias das jovens sem vivência da gravidez na infância ou adolescência: autonomia mais inegociável, projetos mais centrados em si

Já entre as jovens que não vivenciaram a gravidez na adolescência, observa-se uma relação distinta com a autonomia. Ainda que muitas enfrentem precariedade econômica, instabilidade no trabalho e dependência parcial de familiares, elas dispõem de maior controle sobre o próprio tempo e sobre as decisões que afetam suas trajetórias. A possibilidade de priorizar estudos, mudar de área profissional, investir em formação continuada, interromper relações abusivas ou tomar decisões pautadas no próprio bem-estar aparecem com mais frequência, indicando que a ausência de responsabilidades intensivas de cuidado amplia as margens de experimentação e reorientação das trajetórias. A autonomia, nesse caso, não é plena, no entanto, é mais

inegociável e menos interrompida por responsabilidades inadiáveis de cuidado. Esse contraste qualitativo é coerente com o efeito quantitativo sobre autonomia percebida: a diferença de 9 p.p. entre os grupos não expressa a oposição entre autonomia plena e ausência de autonomia, mas a diferença entre uma autonomia negociável e uma que é sistematicamente subordinada às demandas do cuidado.

“Acho que também vai de base, porque tem gente que não vê isso como uma questão, que está tudo bem de sair de aluguel e ir para aluguel, mas eu vejo isso como uma questão de você ter um lar, um teto para qualquer coisa que acontecer, seja de impacto financeiro nosso ou com o governo, seja lá que for, você ter aonde você se refugiar. E casa, casa mesmo. Eu prefiro casa do que apartamento, ter onde botar o pé solo, mas a gente não sabe se tem condições de ir lá para frente, mas eu penso em ter minha casa.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Nordeste, 26 anos, alta renda)

“Quero me formar, né? Quero fazer faculdade de T.O. E não era o meu sonho, o meu sonho mesmo. O meu sonho era fazer teatro, fazer artes cênicas, inclusive aqui na Unip. Mas é muito difícil, tipo, ser atriz mesmo, sabe? Exige muito e no momento que o que eu menos tenho é tempo. Então, eu vou fazer T.O., né? Pretendo, quero me formar. Quero ter, assim, o meu carro, pretendo tirar a minha CNH esse ano. Com certeza vai dar certo. E acho que o meu sonho mesmo é mais isso, assim, ter a minha estabilidade, né? Fazer um curso, eu quero muito fazer um curso de design de sobrancelhas e cílios. Trabalhar pra mim mesma, né? Ter meu estúdio ali na minha casa. E acredito que ano que vem ter minha casa própria ali, dar entrada. Não sei, quero fazer dar certo a minha vida, sabe?”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

O projeto de vida das jovens mulheres que não passaram pela experiência da gravidez na infância ou adolescência tende a ser mais centrado nelas próprias, ainda que inclua expectativas futuras de maternidade. Os planos são formulados com maior margem de escolha: continuar estudando, construir uma carreira, alcançar estabilidade financeira, morar sozinha, viajar ou desenvolver projetos políticos, acadêmicos ou artísticos. A maternidade, quando considerada, é pensada de forma planejada, condicionada à estabilidade material, saúde mental e rede de apoio, o que indica que, nesses casos, a maternidade tende a ser integrada ao projeto de vida, e não a reorganizá-lo de forma abrupta. Para algumas delas, inclusive, a maternidade deixa de ser um objetivo central, abrindo espaço para projetos de vida que não passam necessariamente pela experiência de ser mãe. Esse contraste com as jovens mães, para quem os planos pessoais são frequentemente reformulados em função de filhas e filhos, orienta o mecanismo pelo qual a gravidez na infância ou adolescência opera sobre a autonomia: não pela supressão dos sonhos, mas pelo deslocamento de sua centralidade e pelo adiamento sistemático de sua realização.

“Para o futuro atualmente, a [Nome] já de há 23 anos ela se vê casada, graças a Deus, com uma casa confortável, tranquila, com uma vida confortável em todos os sentidos, tanto no financeiro quanto no físico, no mental, com menos crises, mais calma, mais tranquila, sem ter que estar naquela luta 25 horas por dia, com a minha carreira firmada, trabalhando no que eu gosto, tendo meu espaço, meu ateliê consolidado no local físico, onde ele tenha nome, tenha o renome dele, onde conseguir viver somente daquilo, eu tirar o meu sustento das peças que eu faço, das coisas que eu crio, esse é o meu plano futuro.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

“ Eu... é uma coisa que eu tenho como desejo é gestar. Eu acho lindo a gestação, acho lindo uma pessoa que gesta, então toda a formação, tudo com o corpo se transforma para aquilo dali. Então eu penso em gestar, eu sonho em gestar, isso aí está dentro dos meus planos de gestar, viver essa experiência, gestar, parir normal, parir dentro de uma piscina, eu acho que isso vem muito forte ali dentro de mim. E isso com um relacionamento saudável, eu tenho um desejo também de ter uma parceria saudável comigo, ter um trabalho, acho que é isso gente, eu já falei do trabalho, ter um trabalho que te motive, ter pessoas ali que motivam, viajando, é um sonho ideal.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Nordeste, 26 anos, alta renda)

Quanto aos preconceitos, embora essas jovens também enfrentem discriminações de gênero, idade, raça/cor ou etnia e classe, elas tendem a experimentar menos estigmatização direta relacionada à moral sexual ou à maternidade. O julgamento social se desloca para outros campos: cobrança por produtividade, questionamentos sobre quando terão filhos, deslegitimação de suas escolhas profissionais ou pessoais, e, no caso de mulheres negras e indígenas, racismo institucional persistente, o que sugere que o estigma de gênero opera de forma contínua, mas assume formas distintas a depender da experiência da maternidade. Ainda assim, não ter vivenciado uma gravidez na infância ou adolescência funciona como um fator de proteção simbólica, comparativamente, permitindo que suas trajetórias sejam mais frequentemente percebidas como “em construção”, e não como “interrompidas”. Os resultados não são totalmente convergentes nesse ponto, indicando que o estigma relacionado ao marcador social de gênero opera de forma contínua para todos os grupos de mulheres, e que a gravidez na infância ou adolescência o intensifica e o torna mais imediato, mas não o cria do zero.

“ Então, tem essa desqualificação, né? Por mais que, enfim, não tenha a idade aí. Acho que é mais isso e... Para... Eu acho que isso não só atribui ao nosso intelectual, mas à nossa aparência, né? Eu sou jovem, mas eu não sou uma jovem dentro dos padrões considerados numa instituição. Então, eu uso trança, eu uso black, meu corpo é mais acentuado, então eu chamo atenção. ‘É uma pessoa que está ali só para se aparecer, não tem essa... Não demonstra, não mostra que tem conhecimento, que tem intelectualidade’, seja lá o que for o que querem, né? Então, acho que tem esses desafios aí. Além de, por ser negra, pode ser que... Aí que... Atravessa mais ainda a questão do conhecimento, né? ‘Será que sabe mesmo? Veio de onde, que estudou’...”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou adolescência, negra, da região Nordeste, 26 anos, alta renda)

Síntese Integradora

A integração das evidências sugere que a gravidez na infância ou adolescência opera sobre a autonomia e a agência das jovens sobretudo por meio de um mecanismo de subordinação estrutural das escolhas individuais às demandas inadiáveis do cuidado, processo que o efeito quantitativo sobre baixa autonomia percebida captura em sua dimensão agregada, mas que apenas as narrativas qualitativas tornam inteligível em sua profundidade cotidiana.

Ao mesmo tempo em que os dados indicam efeito robusto sobre a percepção de autonomia e sinais inconclusivos sobre controle da renda e planejamento de futuro, as evidências qualitativas revelam que esses indicadores subestimam a extensão do constrangimento vivido: o planejamento existe, mas é intensamente condicionado; a renda existe, em alguns casos, mas raramente está sob controle efetivo; a participação social pode até ser maior, mas ocorre em condições de sobrecarga que limitam sua qualidade e seu sentido.

Os resultados não são totalmente uniformes, indicando que os efeitos sobre autonomia coexistem com trajetórias de resiliência, reinvenção e agência criativa. Jovens mulheres que, a despeito dos constrangimentos, reconstroem projetos, formulam sonhos e resistem ao apagamento de suas subjetividades. Essa coexistência entre constrangimento estrutural e agência individual é, precisamente, o que a análise integrada permite capturar: não a imagem de vítimas passivas, nem a de sujeitas plenamente livres, mas a de jovens que exercem autonomia dentro de margens estreitas, moldadas pela maternidade precoce e por desigualdades de gênero, raça/cor ou etnia, território, classe, mais restritivas e custosas do que aquelas enfrentadas pelas jovens que não foram mães na infância ou na adolescência.

Resultados da Survey

Sexualidade e Direitos

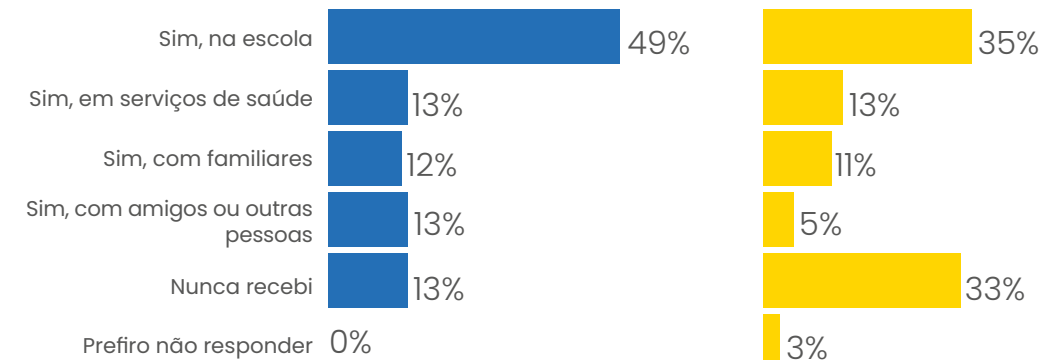
Reprodutivos



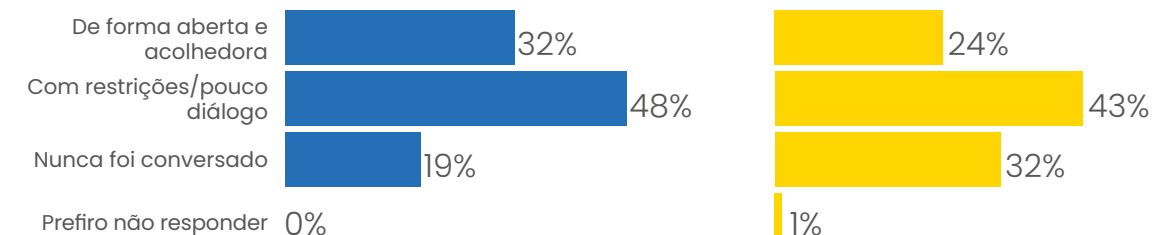
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

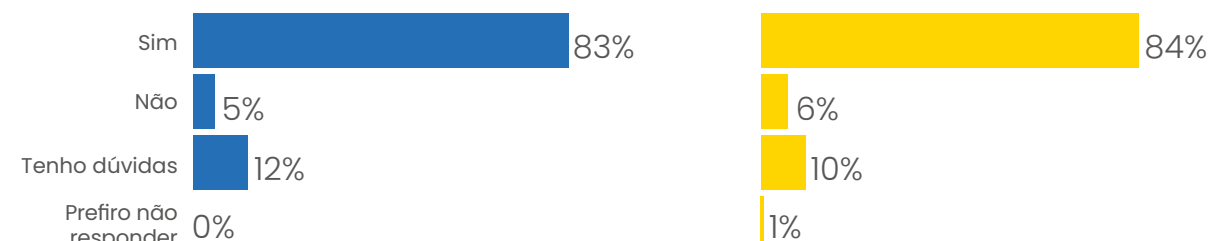
Você já recebeu alguma orientação sobre sexualidade, prevenção de gravidez ou métodos contraceptivos? (Marque todas opções que se aplicam)



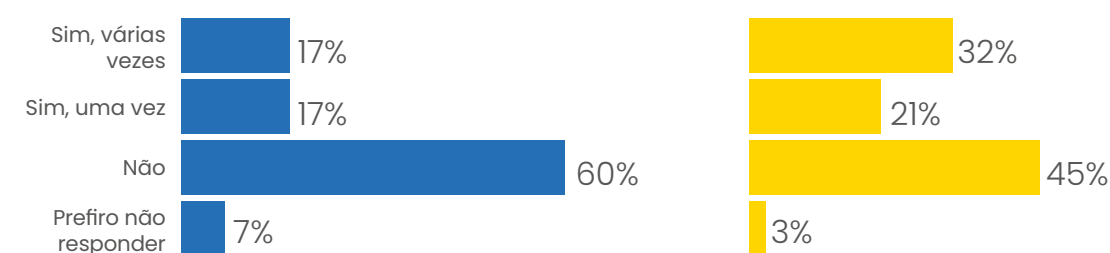
Na sua família, como eram/são faladas as questões de namoro, sexo e contracepção?



Você sabe onde conseguir métodos contraceptivos (como camisinha, pílula, DIU etc.) gratuitamente?



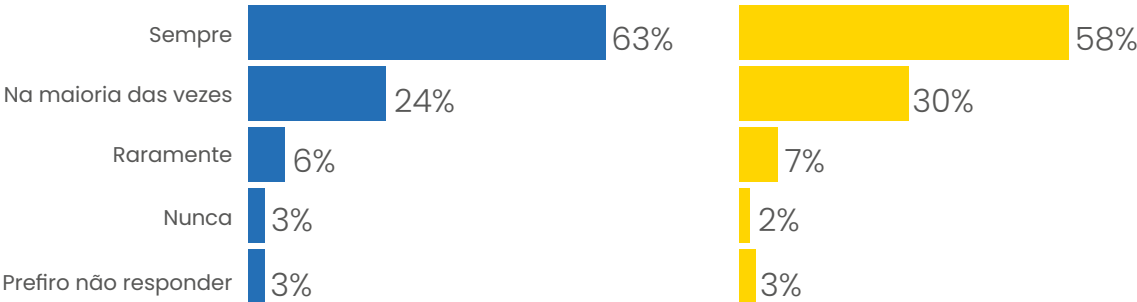
Você já teve dificuldade para conseguir atendimento de saúde sobre sexualidade ou contracepção por ser adolescente ou jovem?



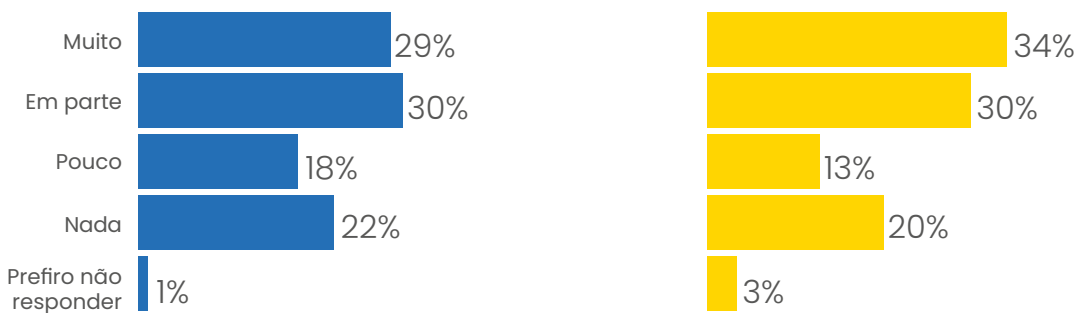
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

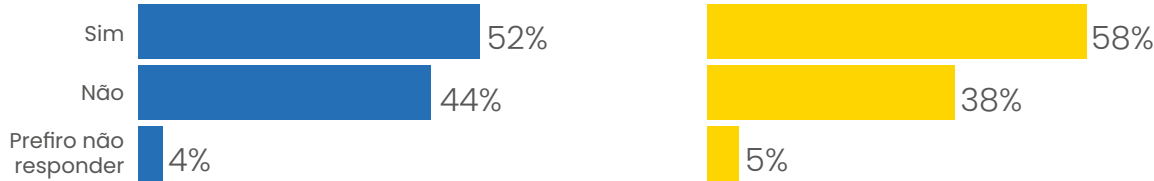
Pensando nas suas relações afetivas ou sexuais, você diria que sente livre para decidir quando e com quem se relacionar?



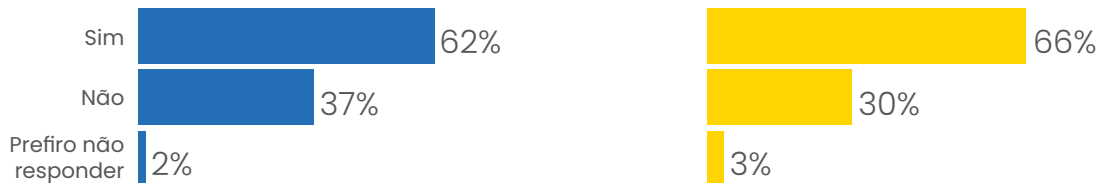
Você sente que normas culturais, familiares ou religiosas influenciam suas decisões sobre sexualidade e prevenção da gravidez?



Em algum momento você já se sentiu pressionada ou sem liberdade para recusar uma relação sexual?



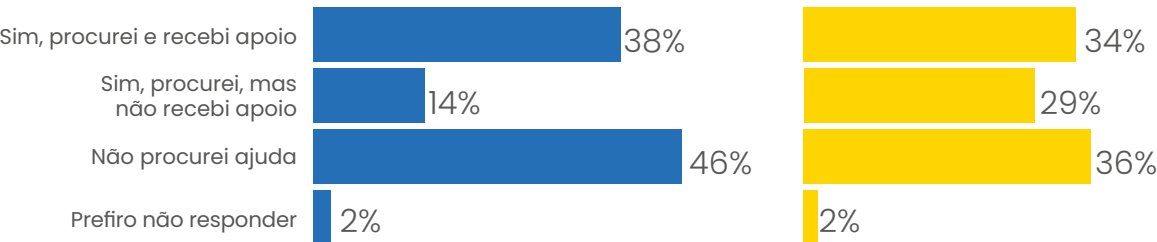
Você já passou por alguma situação em que se sentiu desrespeitada, ameaçada ou agredida por alguém em uma relação afetiva?



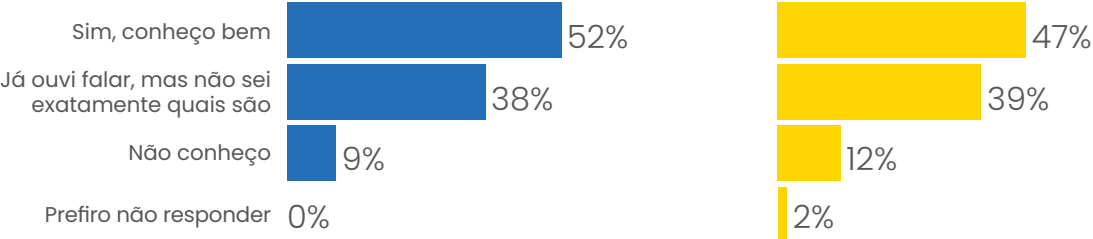
■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência

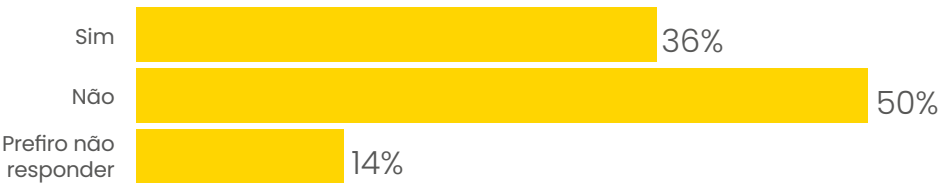
[Se sim] Você procurou ou recebeu algum tipo de apoio (familiares, amigos, profissionais de saúde, polícia, serviços públicos) após essa situação?



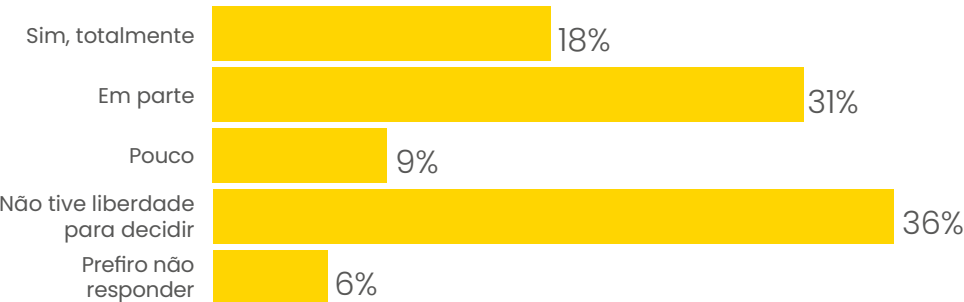
Você conhece seus direitos sobre a possibilidade de interromper uma gravidez em casos previstos por lei (como estupro ou risco de vida)?



[Se for menor de 14 anos na primeira gravidez] Durante a sua gravidez, o serviço de saúde ofereceu a possibilidade de interrupção da gestação?

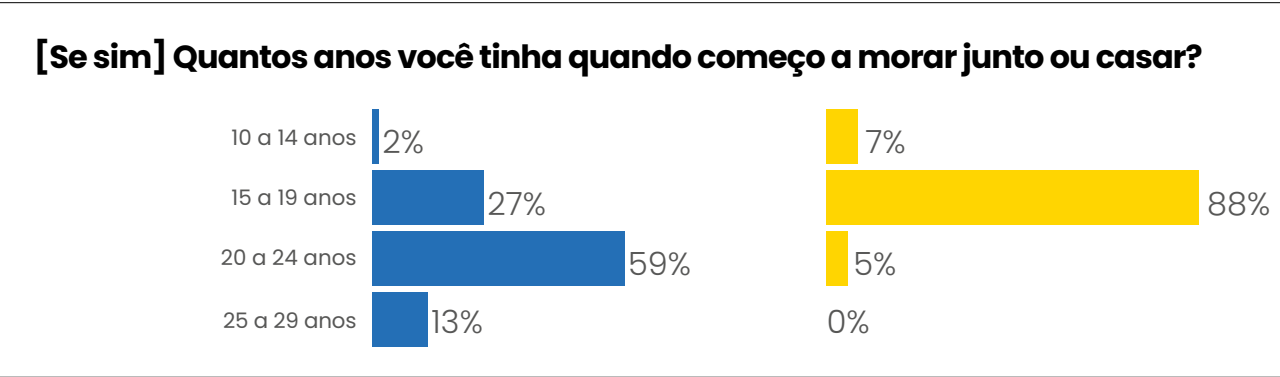
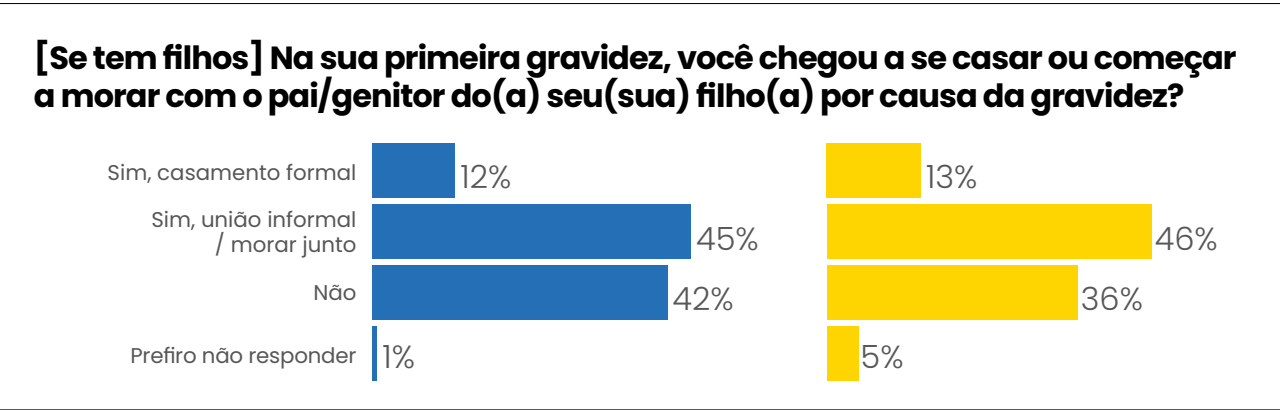
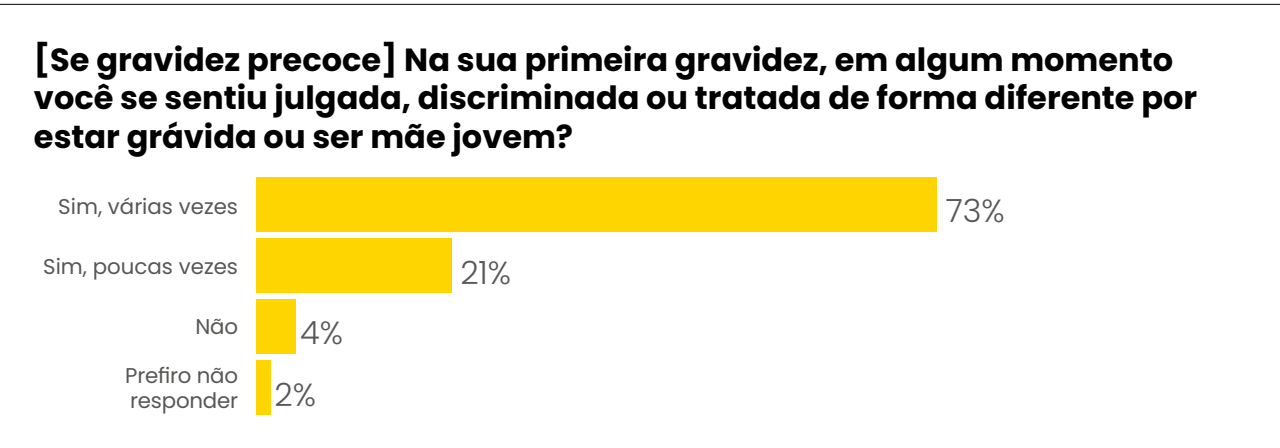


[Se gravidez precoce] Na sua primeira gravidez, você sente que teve liberdade para decidir se queria ou não engravidar?



■ Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência

■ Com experiência de gravidez na infância ou adolescência



Os dados de sexualidade e direitos reprodutivos sugerem que as jovens que passaram pela gravidez na infância ou adolescência enfrentam desvantagens cumulativas no acesso à informação, aos serviços e ao exercício de direitos. O acesso à educação reprodutiva formal é menor nesse grupo, apenas 35% receberam orientação na escola, contra 49%, e a proporção que nunca recebeu qualquer orientação é mais do que o dobro (33%, contra 13%). O diálogo familiar sobre sexualidade também é mais restrito, com 32% relatando nunca terem conversado sobre o tema em casa, ante 19% no outro grupo. Apesar disso, o conhecimento sobre onde obter contraceptivos é alto e semelhante nos dois grupos (cerca de 83-84%), indicando que a desinformação não é generalizada, mas concentrada em contextos específicos.

As barreiras institucionais e relacionais são mais presentes entre as jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência: 53% relatam ter enfrentado dificuldades no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva (contra 40%), 58% já se sentiram pressionadas ou sem liberdade para recusar relações sexuais (contra 52%), e 66% relatam ter vivenciado situações de violência em relações afetivas (contra 62%). Entre aquelas que buscaram apoio após situações de violência, apenas 34% receberam ajuda, ante 38% no outro grupo. A autonomia na decisão reprodutiva é também bastante limitada: apenas 18% afirmam ter tido total liberdade para decidir sobre a gravidez na infância ou adolescência, e 50% das que engravidaram com menos de 14 anos relatam que a possibilidade de interrupção legal não foi sequer oferecida. O estigma é um achado marcante: 94% das jovens que viveram a gravidez na infância ou adolescência relatam ter sofrido preconceito ao menos uma vez. Como nas seções anteriores, a análise de pareamento permitirá testar em que medida essas diferenças refletem os efeitos da gravidez na infância ou adolescência sobre o exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos.

• **Análise Comparada (com Pareamento)**



Principais Efeitos e Mecanismos de Sexualidade e Direitos

Estimativa Causais (Efeitos)

Amostra total:

- Aumento de 24 p.p de relatarem já ter passado por alguma situação de preconceito
- Aumento de 13 p.p de relatarem nunca ter recebido educação reprodutiva
- Aumento de 9 p.p de afirmarem não saber ou ter dúvida de onde acessar métodos contraceptivos gratuitamente
- Aumento de 9 p.p de relatarem ausência de diálogo familiar sobre sexualidade e contracepção
- Aumento de 9 p.p de afirmarem não conhecer seus direitos reprodutivos

Amostra condicional (mulheres em união estável):

- Aumento de 19 p.p de terem casado antes dos 16 anos

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

- Silenciamento e controle na esfera familiar
- Coerção reprodutiva de parceiros
- Falta de políticas de educação sexual pautada em autonomia e direitos nas escolas e unidades de saúde
- Coerção contraceptiva institucional
- Naturalização da violência sexual
- Imposição de uma moralidade sexual e reprodutiva nas esferas pública e privada

• **Estimativas Causais (Efeitos)**

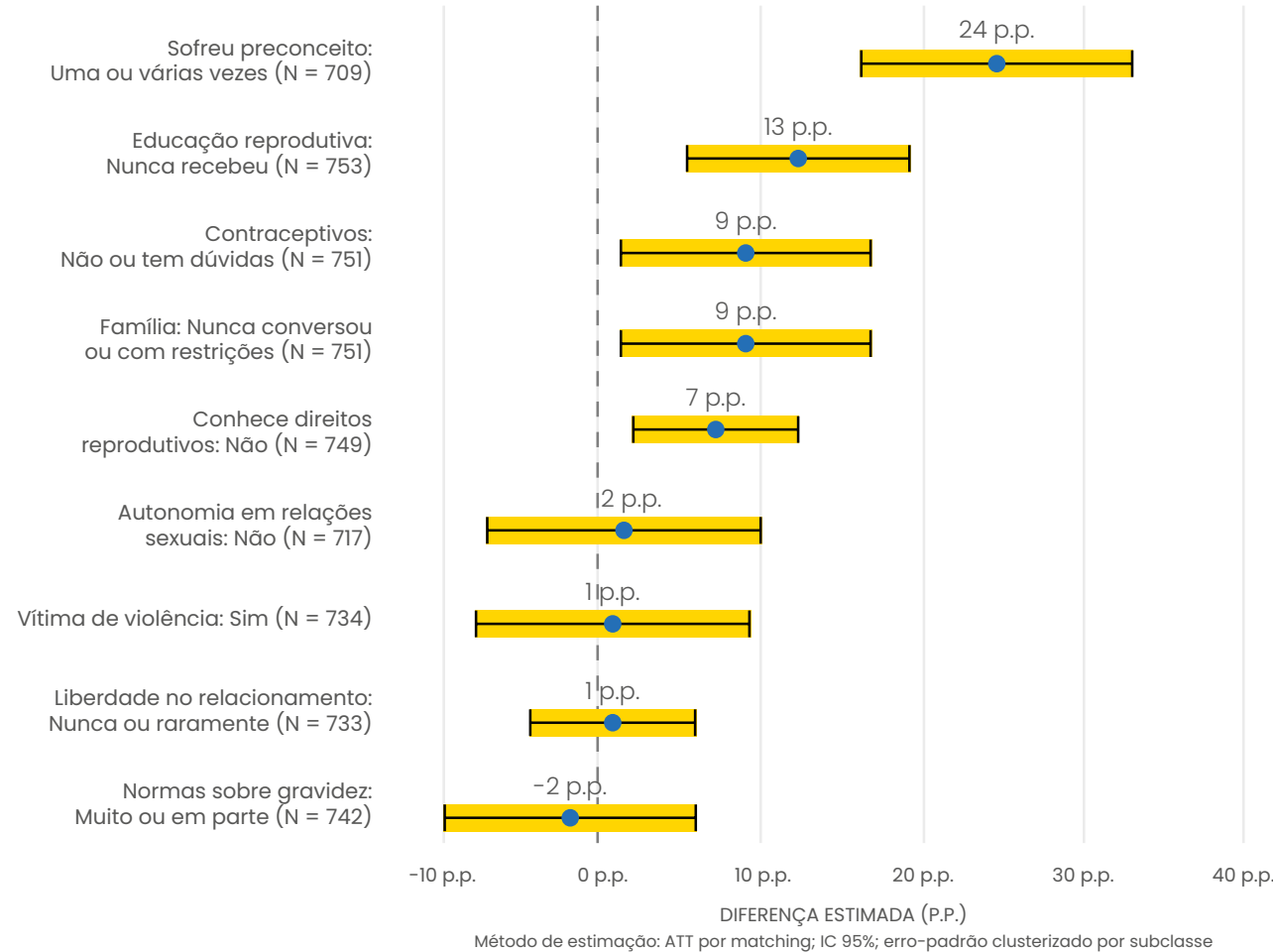
As estimativas causais pareadas indicam que a gravidez na infância ou adolescência está associada a desvantagens relevantes em acesso à informação, experiências de estigma e conhecimento de direitos, com alguns efeitos robustos. Por se tratarem de variáveis anteriores à gravidez, as evidências devem ser compreendidas como potenciais mecanismos e não diretamente causais.

Na amostra total, o resultado mais expressivo aparece em estigma reprodutivo, com aumento de cerca de 24 p.p. na probabilidade de relatar ter sofrido preconceito, efeito estatisticamente significativo. Também há efeitos positivos e significativos para não ter recebido educação reprodutiva (+13 p.p.) e para indicadores de baixa informação sobre contraceptivos e ausência de diálogo familiar (ambos em torno de +9 p.p.). O

desconhecimento sobre direitos reprodutivos também aumenta (+7 p.p.), com evidência estatística mais moderada. As evidências qualitativas, como veremos na próxima seção, ajudam a compreender o mecanismo pelo qual esses fatores se articulam: a ausência de educação reprodutiva não é apenas uma lacuna informacional isolada, mas parte de um contexto mais amplo de silenciamento e controle moral sobre os corpos de meninas, adolescentes e jovens, em que a falta de diálogo familiar, a superficialidade da abordagem escolar e o desconhecimento de direitos se reforçam mutuamente, tornando-as vulneráveis precisamente quando mais precisariam de informação, proteção e segurança. Para os demais indicadores, como autonomia nas relações, liberdade no relacionamento e experiência de violência, os efeitos são pequenos e indistinguíveis de zero. Esse resultado aponta para uma tensão importante em relação às evidências qualitativas, que descrevem pressões explícitas e sutis de parceiros, coerção para não usar métodos contraceptivos e dinâmicas de assimetria de poder nas relações afetivas. Uma interpretação plausível é que esses fenômenos sejam percebidos pelas jovens como parte da “normalidade” relacional, e não como violação de autonomia, o que reduziria sua expressão nos autorrelatos e suprimiria o efeito nos indicadores.

Impacto da gravidez precoce: Sexualidade e Direitos Reprodutivos

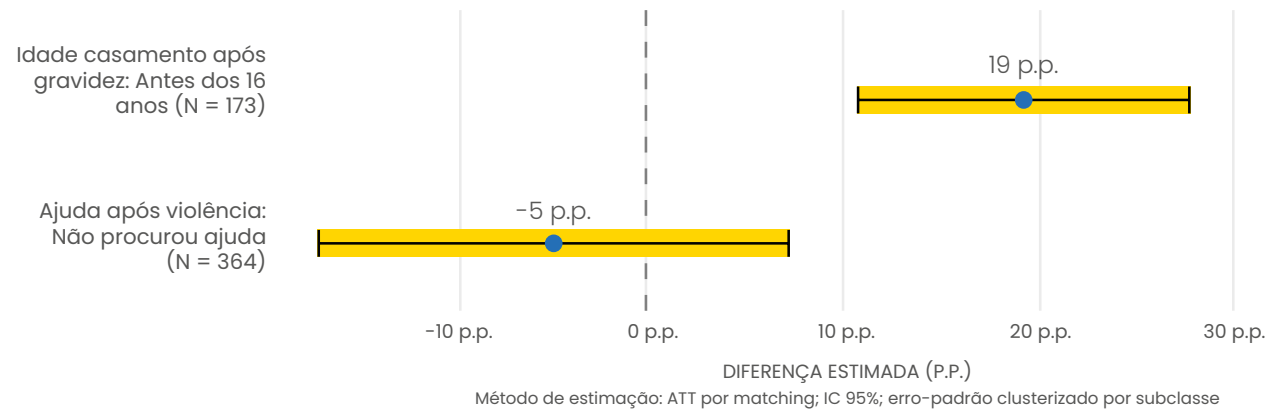
Amostra: Total



Na amostra condicional, os resultados reforçam a associação entre gravidez na infância ou adolescência e trajetórias mais restritivas: há aumento de cerca de 19 p.p. na probabilidade de uniões precoces (antes dos 16 anos), um efeito robusto. Já para busca por ajuda após violência, o efeito estimado é negativo (-5 p.p.), sugerindo menor procura por apoio, mas com intervalo de confiança que inclui zero, sendo, portanto, inconclusivo. Nesse sentido, embora não haja efeito estatístico conclusivo sobre a busca por ajuda, as narrativas qualitativas sugerem que o menor acionamento de suporte pode refletir menos uma escolha informada e mais a combinação de desconhecimento de direitos, desconfiança nas instituições e naturalização das violências, mecanismos que os indicadores binários de busca de ajuda não conseguem capturar em sua dimensão relacional.

Impacto da gravidez precoce: Sexualidade e Direitos Reprodutivos

Amostra: Condicional



Em conjunto, os resultados indicam que a gravidez na infância ou adolescência está fortemente associada a maior estigmatização e menor acesso a informação e direitos, enquanto dimensões como liberdade relacional e violência não apresentam efeitos causais nítidos.

Evidências Qualitativas (Mecanismos)

Sem experiência de gravidez na infância ou adolescência “E todas as informações que chegaram para mim tão cedo de violência contra mulher, de abuso sexual, de tudo assim, me ajudou muito a crescer, ser uma pessoa que tem muito discernimento de que ninguém pode infligir o meu corpo assim.” (Entrevista com jovem mulher indígena, da região Nordeste, 22 anos, média renda)	Com experiência de gravidez na adolescência “(…) falar de direitos de sexualidade e reprodução pra mulher, porque parece que é um dever nosso, né? Tipo assim, tá em relacionamento a gente tem que fazer isso, desde nova. Tá em relacionamento a gente tem que satisfazer, a gente tem que fazer isso, tipo, não pode dizer não, e quando diz acontece vários casos. E, aqui mesmo, no Sul, têm vários casos de feminicídio, tipo assim, que, meu Deus. E eu acho engraçado também, porque quando a mulher quer também, parece que a gente é julgada, quando a gente não quer, a gente também é julgada, então, tipo, a gente é o tempo todo julgada.” (Entrevista com jovem mulher negra, da região Sul, 21 anos, baixa renda)
--	---

Silenciamento, tabu e ausência de educação sexual consistente

A análise da sexualidade e dos direitos reprodutivos das jovens mulheres que engravidaram na infância ou adolescência revela trajetórias marcadas por silenciamentos, pressões morais, desigualdades de poder e acesso tardio, muitas vezes precário à informação e aos serviços de saúde. A gravidez na infância ou adolescência, longe de ser resultado exclusivo da “falta de cuidado individual”, aparece fortemente associada a um contexto de ausência de educação integral em sexualidade consistente, restrição da autonomia corporal e interferências familiares, religiosas, afetivas e institucionais nas decisões dessas jovens, indicando que a vulnerabilidade reprodutiva é produzida por um conjunto articulado de barreiras informacionais, morais e institucionais. Esse padrão qualitativo é consistente com os efeitos quantitativos mais robustos do bloco, o aumento de 13 p.p. na probabilidade de não ter recebido educação reprodutiva e de 9 p.p. na probabilidade de baixa informação sobre contraceptivos. As narrativas revelam que esses déficits informacionais não são acidentais, mas produzidos ativamente por contextos familiares, escolares e religiosos que tratam a sexualidade como tabu e o silêncio como proteção.

“Ah, na internet, quando saiu uma bomba lá falando que ia ter educação sexual na escola, e aí foi a maior guerra de política, de governo contra governo, de que não poderia ter educação sexual, porque isso, porque aquilo, e aí eu fui pesquisar mais sobre, eu não achei um assunto, como que fala, que as pessoas demonizaram muito esse assunto, que não é um assunto que eu acho que deveria ser, na verdade eu acho que deveria ser mais abordado e mais falado.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

“Mas eu percebo que a igreja ela teve uma influência muito forte na minha vida. Porque assim, quando eu comecei a namorar, ah, você tem que namorar então, você tem que ficar a vida inteira com essa pessoa. Você vai ter que casar com essa pessoa. E aí quando eu engravidei, eu pensei, meu Deus do céu, minha mãe vai me obrigar a casar agora. Só que aí como ela já estava meio assim nesse processo de começar a entender as coisas, ela não falou nada disso. Só que eu, ainda hoje, ela ainda tem muitas falas nesse sentido, né? Que, nossa, você tem que casar, você não pode ter essa liberdade de escolher o seu parceiro. Você não pode ficar por aí, né? Transando com todo mundo e tal. E aí ela tem essa noção muito equivocada. Até sobre alguns contraceptivos, ela pensa sobre isso ainda. Então eu acho que a igreja é uma grande influência na minha família, sabe?”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, alta renda)

De modo geral, a primeira experiência sexual das jovens ocorre em um cenário permeado por desconhecimento sobre o próprio corpo, sobre métodos contraceptivos e sobre seus direitos sexuais e seus direitos reprodutivos. Muitas relatam que, na adolescência, a sexualidade era um tabu absoluto em casa, sendo raramente abordada de forma aberta pela família. Quando existia algum tipo de orientação, ela tendia a ser moralizante e baseada na vigilância do comportamento feminino, e não no cuidado, no conhecimento ou na autonomia e na proteção, o que limita a possibilidade de construção de decisões seguras e informadas desde o início da vida sexual. A menstruação, por exemplo, foi frequentemente vivida com medo e confusão, sem explicação prévia, o que evidencia um distanciamento entre essas meninas e o conhecimento sobre o próprio corpo.

“[Entrevistada] Não é que não teve nenhum tipo de informação, mas também não tinha. É muito tabu também falar sobre essas coisas. As pessoas parece que tem medo de falar sobre essas coisas.

[Pesquisadora] Sim, sim. Sua família, como era?

[Entrevistada] Não, não tinha nenhum. Nada, nada, nada sobre isso. É um assunto que nem tocava nesse assunto.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

“[Pesquisadora] Considerando temas a respeito do desenvolvimento do corpo, desejos, emoções e cuidados, como a sua família trata ou tratava o tema da sexualidade?

[Entrevistada] Nossa, de uma forma extremamente machista. Eu me lembro que quando começou a aparecer corrimentos na minha calcinha, e eu não entendia o que era aquilo, sabe, e a minha mãe dizia que eu já estava transando, por exemplo, já tendo relações sexuais. Eu nem menstruava ainda, devia ter uns 12, 13, acho que o meu corpo estava se preparando pra começar, sabe. E eu não tinha nem as bolinhas assim nos seios, não sei, quando a gente começa a crescer eu sei, eu não tinha nem o carocinho ainda. E aí a minha mãe tinha umas viagens assim, então foi bem difícil, foi bem difícil. Muito machista minha família, foi difícil.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 28 anos, baixa renda)

A escola aparece nos relatos como um espaço de abordagem superficial, fragmentada ou inexistente. Quando houve alguma tentativa de tratar o tema, ela foi descrita como pontual, pouco didática ou marcada por vergonha e riso, sem aprofundamento sobre contracepção, consentimento, prazer, violência sexual ou planejamento reprodutivo. Em alguns casos, a resistência de famílias e instituições religiosas impediu que a educação sexual fosse ofertada, reforçando a ideia de que falar sobre

sexo incentivaria comportamentos considerados inadequados, evidenciando que o acesso à informação é filtrado por disputas morais e institucionais que restringem sua circulação. Como consequência, muitas adolescentes atravessaram o início da vida sexual munidas apenas de informações imprecisas, mitos ou conhecimentos transmitidos informalmente entre pares. Esse mecanismo qualitativo oferece a explicação de como a ausência de educação reprodutiva, capturada como efeito quantitativo robusto, se traduz em vulnerabilidade concreta: não é apenas a falta de um conteúdo escolar, mas o fechamento sistemático dos canais por onde a informação poderia chegar com qualidade e segurança.

“Bem pouco, assim, eu lembro de quando eu ouvi falar sobre isso, assim, eu estava no segundo ano do ensino médio, bem antes da pandemia. Foi a última aula que eu tive antes da pandemia. E um mês, eu acho, antes de eu engravidar. Foi um videozinho bem chato, porque eu não prestei atenção. Falando sobre... Trazendo mais essa questão de como que impacta na vida do adolescente a gravidez. Só que eu acho que eu era uma adolescente, eu não queria ficar vendo vídeo de uma hora. Perder a aula de Educação Física para ver um vídeo de uma hora. Então, eu acho que ao modo que se abordar isso, deveria ser mais diferente, sabe? E daí depois, quando eu ouvi, antes disso, de eu engravidar, eles fizeram uma aula lá falando sobre ovulação e tal e como que acontece a fertilização e a gravidez, né? (...) Eu não conversava muito com a minha mãe sobre. Então, acho que o único espaço que eu teria para falar e para aprender sobre isso seria na escola. (...) E daí, quando chegou nessa parte da ideologia, ela falou assim, ‘Ah, se acontece um vacilo, de coisar dentro, não sei o quê, não sei o quê, a mulher já engravida’. Então, isso ficou muito na minha cabeça. E quando aconteceu a primeira vez, aí ela falou em seguida, ‘Pode ser que a mulher não engravide, se ela for fértil e infértil’. E isso ficou na minha cabeça. Então, quando aconteceu a primeira vez, e eu não engravidei, eu achei, ‘Eu sou infértil’. Eu fiz o exame? Não fiz. Eu era uma adolescente de 15 anos. Eu achava que o que eu aprendi na escola era suficiente, né, para ser uma médica e entender que eu era infértil. Então, eu achava que eu era infértil. Eu namorava com o pai do meu filho e eu falava, ‘Eu sou infértil, nem se preocupa’. Então, depois de 6 meses eu engravidei e só depois que eu engravidei que eu fui pesquisar sobre e entender.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 21 anos, média renda)

“Já ouvi falar, né? Agora adulta. Porque eu mesma fui buscar esses conhecimentos. Minha mãe nunca me ensinou nada. Nada, nada, nada. Nada sobre o meu corpo, nada sobre sexo. Minha mãe nunca falou absolutamente nada pra mim. Então tudo que eu sei e aprendi foi por curiosidade. Não tive educação sexual na minha escola. Nem nada. Tipo assim, foi um erro meu também, porque eu já era grande, né? E tipo assim, existia várias formas de saber sobre isso. Eu também nunca fui atrás. Mas também só tive esse conhecimento quando eu fui buscar. Não veio de parte de mãe, porque no postinho que eu frequentava tinha isso e tal. Eu quando contei pra minha mãe, minha mãe tipo...”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 29 anos, média renda)

Contracepção, acesso e coerção reprodutiva

Nesse contexto, o uso de métodos contraceptivos antes da primeira gravidez é frequentemente relatado como inexistente ou inconsistente. Para muitas jovens, a camisinha aparece como o único método conhecido até então, ainda assim utilizada de forma irregular. O acesso aos serviços de saúde antes da gravidez é raro, seja por vergonha, medo de julgamento, exigência de autorização de responsáveis ou desconhecimento de que o atendimento poderia ser realizado de maneira desacompanhada, indicando que a barreira ao uso de contraceptivos não é apenas informacional, mas também relacional e institucional. Em alguns relatos, mesmo quando houve tentativa de buscar anticoncepcionais, elas foram barradas por profissionais ou familiares sob o argumento de que isso “estimula” a vida sexual. Esse dado qualitativo é relevante para a interpretação do efeito quantitativo sobre baixa informação sobre contraceptivos: a barreira não é apenas comunicacional, mas institucional e moral, o que torna as intervenções exclusivamente informativas insuficientes para alterar o quadro.

“ [Pesquisadora] *Considerando temas a respeito do desenvolvimento do corpo, desejos, emoções e cuidados, como a sua família trata ou tratava do tema da sexualidade em casa?*

[Entrevistada] *Nossa, eles não falavam nada. É porque a minha mãe é evangélica, né? Então, tudo que envolve temas sexuais, na minha casa não falavam nada. E aí eu até me recordo que quando eu comecei a namorar, eu falei pra ela que eu queria ir na ginecologista e tal. Nossa, foi uma briga lá em casa. Foi um horror, nossa. E aí ela não queria falar disso de jeito nenhum. E aí a gente deixou pra lá. E nesse tema a gente não conversa. Agora que a gente conversa, porque como eu engravidar, como é que você vai evitar esse assunto? Não tem como você evitar. E agora a gente conversa mais um pouco. Só que antes de eu engravidar, a gente não conversava não.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 23 anos, alta renda)

“ [Pesquisadora] *Durante a sua vida, você já ouviu alguma vez falar sobre educação sexual?*

[Entrevistada] *Na minha infância e na minha adolescência não, né? Ainda da minha segunda gravidez, eu não sabia questão de tomar anticoncepcional. Eu não tinha conhecimento de, de, tá tomando todo dia. Foi assim que eu engravidei da segunda, eu não sabia. Eu tinha que tomar todo dia, tomar um dia sim e outro não. Aí nessa questão eu engravidei, mas depois que eu tive ela, já fui ter mais experiência. Aí eu comecei a tomar injeção todo mês....”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na infância, negra, da região Nordeste, 24 anos, alta renda)

“ [Pesquisadora] *E nesse sistema de saúde, essa comunidade do sistema de saúde, ela dialoga com jovens sobre prevenção, sobre sexualidade?*

[Entrevistada] *Pouco, pouco, pouco, pouco, quase nada, assim, é uma coisa bem, que nem eu falei, é um tabu muito grande. E eu acredito até para os próprios profissionais de saúde, porque a maioria é tudo mais de idade, então a maioria não vai nem falar sobre isso. E muitas das vezes quando você chega lá sobre algo pautado a isso, eles em vez de te acolher, te discriminam.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

As relações afetivas e o amor romântico emergem como elemento central de vulnerabilização da autonomia sexual. Muitas jovens relatam ter vivido pressões explícitas ou sutis de parceiros para manter relações sexuais mesmo quando não desejavam, ou para não utilizar métodos contraceptivos como prova de amor, confiança ou fidelidade. Em alguns casos, o controle sobre o corpo se manifestou de forma direta, com parceiros proibindo o uso de anticoncepcionais ou reagindo com chantagem emocional diante da recusa sexual, evidenciando que a negociação do consentimento ocorre em contextos de assimetria de poder que limitam sua efetividade. Essas dinâmicas, somadas à pouca idade e à assimetria de poder, frequentemente com parceiros mais velhos, contribuíram para a impossibilidade de exercício pleno do consentimento e da autodeterminação reprodutiva. Esse mecanismo qualitativo é central para compreender por que não há efeito estatístico sobre autonomia nas relações e experiência de violência: quando a coerção é vivida como expressão de amor ou como norma relacional esperada, ela não é reconhecida como ausência de autonomia e, portanto, não aparece como tal nos autorrelatos.

“ *E já namorei uma pessoa que não deixava tomar anticoncepcional. E eu não podia falar que eu não queria ter relação sexual, porque senão eu estava traindo a pessoa, na cabeça dela eu estou falando, ou eu estava traindo a pessoa, ou eu estava traindo ela, ou então a pessoa ficava com raiva de mim, não queria falar comigo e fazer tipo uma chantagem emocional comigo.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 20 anos, baixa renda)

“ [Pesquisadora] *Claro. E você sente que já viveu expectativas românticas ou pressões que limitaram a sua autonomia em decidir sobre sexo ou métodos contraceptivos, né?*

[Entrevistada] *Com certeza, no início da vida sexual. Inclusive engravidei do meu filho por conta disso, assim. Por conta dessa pressão de que se tu me ama, etc. Sempre, até hoje, existe assim, tipo, pressão pra não se proteger em prol de um amor que nem existe, né?”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 28 anos, baixa renda)

“ [Pesquisadora] **Você já ouviu falar sobre educação sexual ao longo das duas primeiras gravidez?**

[Entrevistada] **Da primeira eu não tive. Eu não tive essa conversa com minha mãe. Eu não sabia como tomar um anticoncepcional. Eu não sabia como era uma camisinha. Então para mim, eu realmente não sabia. Com certeza meu companheiro da época, ele era mais velho, então ele sabia, mas não era algo que eu tive essa conversa, que eu tive, que eu aprendi ali com alguém ensinando. Então eu não tive esse contato.”**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, média renda)

Acesso tardio à informação: o pré-natal como porta de entrada

Após a primeira gravidez, observa-se uma mudança significativa na relação dessas jovens mulheres com a sexualidade e os direitos reprodutivos, ainda que atravessada por novas formas de controle. Muitas relatam que apenas depois de engravidar passaram a ter contato com informações mais concretas sobre métodos contraceptivos, planejamento reprodutivo e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, principalmente no contexto do pré-natal, o que indica que o acesso à informação ocorre de forma reativa, e não preventiva. No entanto, esse acesso ocorreu tardiamente, quando a gravidez já havia produzido impactos profundos em suas trajetórias de vida. Esse padrão, de acesso à informação posterior ao evento que se pretendia prevenir, ilustra de forma contundente o limite das políticas que tratam a educação sexual como intervenção pontual e não como processo contínuo.

“ **No posto sempre falavam sobre os pré-natais e eu também não queria mais passar por isso, de maneira alguma. E antes de engravidar eu não tomava realmente nada, eu nunca tinha tomado nada, não tinha nenhum método contraceptivo. Enfim, e aí eu passei a ter uma noção maior, uma noção que eu tenho hoje sobre as formas de me prevenir, de me cuidar, depois de ter engravidado. Que foi onde eu tinha tido contato direto com um ginecologista, que sempre falava sobre a importância disso. Com os médicos que fazem o pré-natal. Então eu só consegui conhecer as formas e tudo mais depois que eu engravidei, depois que já até aconteceu. Não era pra ser assim, era pra gente ter o acesso antes.”**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, branca, da região Nordeste, 22 anos, baixa renda)

“ [Pesquisadora] **O sistema de saúde da sua comunidade dialoga com jovens sobre prevenção e sexualidade, você sabe?**

[Entrevistada] **Não, quando eu estava na adolescência, não tinha muitas campanhas, não. Só que depois que eu engravidei, eles tinham um grupo de mães que vão lá conversar e começar a entender. Só que eu não quis participar porque eu estava com muita vergonha, né? E eu fiquei pensando, meu Deus, eu vou ter que passar por isso ainda, né? Porque toda vez que a gente também chega na consulta e a gente chama a mãe jovem e tá com aquela barriga daquele tamanho, as pessoas já começam a te olhar, já começam a comentar. Então eu prefiro não participar.”**

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Centro-Oeste, 23 anos, alta renda)

Mesmo após a gestação, o exercício dos direitos reprodutivos nem sempre se dá de forma livre, informada e consentida. Há relatos de coerção institucional, especialmente no sistema público de saúde, com imposição de métodos contraceptivos de longa duração, como DIU ou injeções hormonais, sem consentimento pleno, diálogo adequado ou possibilidade real de escolha, indicando que o sistema de saúde pode operar também como instância de controle reprodutivo. Em alguns casos, profissionais justificaram essas práticas como forma de “evitar novas gestações” entre jovens mães, revelando uma lógica de controle da fertilidade que desconsidera a autonomia delas e reproduz estigmas sobre a maternidade na adolescência. Esse dado qualitativo é relevante para a interpretação do efeito quantitativo sobre estigma reprodutivo, o mais robusto do bloco, com +24 p.p.: o estigma não se encerra no olhar social externo, mas penetra as próprias instituições de saúde que deveriam oferecer cuidado, tornando-se um mecanismo de controle que atravessa toda a trajetória reprodutiva dessas jovens.



Eu entendo que eu tenho esse direito, mas é muito complicado quando a gente pensa na questão do direito. Quando eu engravidei, eu tive a minha filha, eu tive ela lá no hospital municipal, e aí uma moça me obrigou a pôr o DIU. Ela nem perguntou se eu queria. Ela disse que estava tendo um programa lá e eles queriam sanar essa natalidade das crianças de mães jovens. Era pra acabar com isso. Foi basicamente o que ela me falou. E aí ela falou assim, como você tem 18 anos agora, pra você não voltar daqui dois anos, a gente vai te colocar um DIU, porque aí ele dura 10 anos e tal. (...) e aí eu liguei pra minha mãe, porque quem tava lá comigo era o meu namorado, porque ele queria acompanhar. E aí eu falei pra minha mãe, a moça tá falando isso aqui pra mim, você acha que eu coloco ou não? Só que aí essa moça falou que tipo assim, você tem que colocar, ou você coloca o DIU, ou você coloca o Implanon, você tem que sair daqui com um desses dois. E aí minha mãe falou assim, coloco o DIU, porque na época a gente não sabia muito do Implanon. (...) E aí eu fico pensando que a gente também é muito coagido. Não é uma questão só de direito você saber ir lá e reivindicar, é essa questão que você pode escolher. Não, eu não quero ir pro DIU. Mas é uma questão de coação mesmo, porque talvez a gente não tenha uma escolha.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sudeste, 23 anos, alta renda)

Acesso intermitente à contracepção e persistência da vulnerabilidade reprodutiva

O acesso contínuo aos métodos contraceptivos também se mostra intermitente e desigual. Falhas na oferta de injetáveis, longas filas para DIU, Implanon ou laqueadura, e processos burocráticos extensos são obstáculos frequentes, especialmente para jovens mulheres que acumulam trabalho, cuidado de filhas e filhos e deslocamentos longos até os serviços de saúde, o que compromete a continuidade do uso e mantém a exposição ao risco de novas gestações. Muitas relatam que, diante da dificuldade de acesso, acabam comprando métodos na farmácia ou interrompendo o uso, o que mantém a vulnerabilidade reprodutiva mesmo após a primeira experiência de gestação. Esse mecanismo qualitativo é consistente com o efeito quantitativo sobre maior probabilidade de ter três ou mais filhos entre jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência: a recorrência de gestações não é apenas expressão de preferência reprodutiva, mas frequentemente resultado da descontinuidade estrutural no acesso à contracepção.

Conscientização tardia e conquista da autonomia corporal

Ao longo do tempo, parte dessas jovens constrói uma compreensão mais sólida sobre seus direitos sexuais e seus direitos reprodutivos, reconhecendo o próprio corpo como território de decisão e recusando pressões antes naturalizadas. Esse processo de conscientização, contudo, é descrito como tardio, frequentemente ocorrido apenas na vida adulta, após exposição a situações de violência, abusos ou frustrações profundas, indicando que a autonomia corporal é conquistada de forma reativa, e não garantida desde o início da vida sexual. A afirmação de que “o corpo é meu” surge como conquista política e subjetiva, e não como um direito garantido desde cedo. Esse dado qualitativo é importante para qualificar o efeito quantitativo sobre desconhecimento de direitos reprodutivos: ele não captura apenas uma lacuna informacional, mas o ponto de chegada de um longo processo de silenciamento que as próprias mulheres precisam reverter, predominantemente por esforço individual, ao longo da vida adulta.



[Pesquisadora] Você sente que já viveu expectativas românticas, opressões que limitaram a sua autonomia em decidir sobre sexo ou contracepção?

[Entrevistada] Uma pessoa que eu me envolvi, depois do pai da minha filha, dizia muito para mim que a mulher tem que ser desse sexo ao tempo todo, se o parceiro quiser. Ele dizia assim para mim. Se não, para ele, eu estou cansada, não quero, não estou com vontade. Você acha que vai agir dessa forma se a gente casar? Porque quando se casa, o corpo da mulher pertence ao homem, a mulher não pode negar. Então o tempo todo ele queria me dizer isso, que quando uma pessoa é casada, o corpo dela pertence ao marido, que o marido pode fazer o que quiser. E eu não concordava com isso. Por mais que ninguém tivesse me dito antes, é assim ou não é assim, eu não achava.

[Pesquisadora] Você tinha sua opinião?

[Entrevistada] Eu tinha minha opinião sobre isso, que não, eu não achava que era dessa forma. Que se eu quisesse sexo naquele dia, a gente iria ter. Se não quisesse, independente de estarmos casados ou não.”

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Nordeste, 29 anos, média renda)

“

[Pesquisadora] *Considerando temas a respeito do desenvolvimento do corpo, desejos, emoções e cuidados, como que a sua família trata ou tratava o tema da sexualidade?*

[Entrevistada] *Olha, quase não tive essa coisa onde eu mais escutava mesmo era nas escolas. Hoje em dia eu tento passar diferente para os meus filhos, eu tento conversar com eles, mas mesmo sem assustá-los, entende? Com os dois menores eu nem tento, mas com o meu mais velho, eu vou tentando falar para eles, para que quando eles passarem por isso, eles não ficam tão... Porque hoje em dia a gente vive num mundo que é muito violento, entende? Para se algum dia alguém chegar e tentar tocar nele, eles sabem se defender e me falar, olha, mãe... Então, hoje em dia eu já penso, mas ao mesmo tempo não querendo tocar nesse assunto aqui. Mas nas escolas hoje em dia também eles já falam sobre isso.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Norte, 26 anos, baixa renda)

Por fim, as narrativas expressam que a gravidez na infância e na adolescência não decorre da ausência de valores ou responsabilidade, mas de um contexto estrutural que nega às meninas e adolescentes informação, escuta, proteção e autonomia sobre a própria sexualidade. A experiência dessas jovens revela que sexualidade e reprodução seguem sendo campos de controle moral e social sobre os seus corpos, especialmente os de jovens, pobres, negras e periféricas, evidenciando que a restrição de direitos antecede a gravidez e contribui diretamente para sua ocorrência. Atualmente, depois de adultas, ao reivindicarem uma educação sexual mais abrangente para seus filhos e outras meninas e adolescentes, essas jovens mulheres transformam suas próprias trajetórias em crítica social e em luta por direitos, apontando que prevenir a gravidez na infância ou adolescência não é silenciar o tema, mas garantir conhecimento, cuidado e proteção desde cedo.

“

[Pesquisadora] *E como que você mesmo entende os seus direitos sobre sexualidade e reprodução?*

[Entrevistada] *Eu acho que é o direito da mulher saber como funciona. E as consequências que podem acontecer se ela não souber. Eu acho que foi um pouco roubado. Acho que é por conta desse machismo mesmo, desse patriarcado. Que conscientizaram as mulheres sobre os direitos do corpo dela por uma questão intencional. Até porque se a mulher sabe desde sempre os seus direitos, das suas coisas, ela cresce. E eles não querem ver a gente crescer. Então eu acho que é uma... Esse apagamento, essa falta de fala sobre direitos é intencional. Eu acho que é bem intencional. E fundamental. Acho que é fundamental também.”*

(Entrevista com jovem mulher que viveu gravidez na adolescência, negra, da região Sul, 27 anos, baixa renda)

Trajetórias das jovens sem vivência da gravidez na infância ou adolescência: maior margem de elaboração, mas não ausência de controle

A análise do aspecto da sexualidade e dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das jovens mulheres que não engravidaram na infância ou adolescência evidencia trajetórias marcadas por maior diversidade de experiências, maior margem de escolha ao longo do tempo e um processo, muitas vezes gradual e conflituoso, de construção da autonomia sexual, ainda que esse processo permaneça atravessado por normas sociais e desigualdades de gênero persistentes. Ainda que não ter passado pela experiência da gravidez na infância ou adolescência funcione como um fator de proteção em determinados momentos, essas jovens também vivenciam silenciamentos, controle moral e desigualdades de gênero que atravessam a forma como a sexualidade é ensinada, vivida e reconhecida como direito. Esse padrão qualitativo é relevante para a interpretação dos efeitos quantitativos: as desvantagens observadas entre jovens que vivenciaram uma gravidez na infância ou adolescência não emergem do nada, mas se constituem sobre um pano de fundo de déficits informacionais e controle moral que afeta a todas. A diferença está na intensidade e nas consequências concretas desses déficits quando combinados com a experiência da gestação precoce.

De modo geral, a sexualidade foi construída em um cenário ambíguo. Por um lado, houve maior possibilidade de adiar a maternidade, o que permitiu que a vida sexual não estivesse imediatamente associada a uma ruptura biográfica tão intensa quanto a experiência da gravidez na infância ou adolescência. Por outro, muitas relatam que a sexualidade era tratada como tabu no ambiente familiar, sendo abordada de forma indireta, moralizante ou centrada no medo: medo da gravidez, do julgamento social, do abuso e da “mancha” moral associada ao corpo feminino. Em vez de uma educação sexual baseada em direitos, proteção, prazer e consentimento, predomina uma lógica de vigilância e controle, especialmente sobre as meninas.

“Eu percebo que hoje existe um pouco mais de cuidado, pelo menos da parte da minha mãe, da minha tia, para falar sobre isso por conta da minha sobrinha, que está crescendo, ela está com cinco anos, mas na nossa época, na época da minha prima, da minha irmã e da minha, não tinha esse papo de educação sexual, de toma cuidado se alguém relar em você, toma cuidado, isso pode, isso não pode, isso é para a sua idade, isso não é. Tanto que a minha vida sexual ela começou muito cedo, por curiosidade mesmo, eu queria saber o que estava rolando, como que era a situação, e aí, enfim, foi acontecendo, mas na minha casa nunca foi um tópico a ser falado.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, negra, da região Sudeste, 25 anos, baixa renda)

A educação sexual formal, quando existente, aparece de forma desigual. Algumas jovens tiveram contato com informações na escola, sobretudo no ensino fundamental ou médio, associadas a conteúdos de biologia, reprodução humana e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, essas abordagens tendem a ser fragmentadas e excessivamente biomédicas, com pouco espaço para discutir desejo, autonomia, relações afetivas, diversidade sexual e violência. Em muitos casos, a educação sexual só se aprofundou mais tarde, na universidade, na militância política ou em espaços de sociabilidade adulta, revelando um acesso tardio ao debate sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos. Esse padrão, presente em ambos os grupos, reforça a interpretação de que os efeitos quantitativos observados entre jovens que viveram uma gravidez na infância ou adolescência não expressam uma diferença de tipo, mas de grau e de consequência: o mesmo silenciamento estrutural produz vulnerabilidades distintas dependendo das circunstâncias em que encontra cada jovem.

“[Pesquisadora] Sobre educação sexual, é um processo de ensino e aprendizagem da sexualidade humana e trata de informações sobre o corpo, envolve fatores emocionais, sociais, culturais e prevenção às violências e doenças. Você já ouviu falar sobre educação sexual? [Entrevistada] Sim, na escola. (...) Provavelmente no fundamental. (...) Em apostilas, professores ensinando sobre testes, preservação, gravidez, tudo isso.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, branca, da região Sudeste, 25 anos, média renda)

No âmbito familiar, observa-se que mesmo quando havia diálogo, ele frequentemente se baseava em regras informais e limites implícitos, como “não engravidar para não estragar os estudos” ou “tomar cuidado para não se expor”. As orientações raramente vieram acompanhadas de explicações precisas sobre o funcionamento do corpo, os métodos contraceptivos, o consentimento ou o direito ao prazer. Em algumas famílias, o pai ou a mãe assumiu um papel mais aberto, alertando sobre a importância do uso de camisinha e da escolha consciente de parceiros. Ainda assim, essas conversas foram, em geral, atravessadas por constrangimento, medo e responsabilidade excessivamente atribuída às jovens.

“Eu tinha lá em meus 14 ou 15 anos estava entrando na puberdade e meus pais falavam olha chegar uma fase que você vai namorar ‘Então, se você for namorar, usa camisinha, é não ficar beijando de boca em boca e não, tipo assim, se for pra festa não dividir copo com ninguém’. O básico do básico mesmo.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

“O meu pai sempre falava comigo, né? Desde os 14 [anos] ele me dava conselho, dizendo que era pra focar no estudo, né? E que em algum momento, se eu quisesse namorar, era pra falar com ele ou com a minha irmã, que era tipo como minha mãe, né? Aí ele sempre me dava conselho. (...) Sim, ele falava tipo ‘Não se entrega tão rápido, se um dia você começar a querer namorar, usa camisinha, conhece bem a pessoa antes de você ter um relacionamento’, esses tipos de conselhos. Também ele dava mais pra terminar os estudos, né? Para concluir, esse tipo de conselho.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, indígena, da região Norte, 19 anos, baixa renda)

Não ter passado por uma gravidez na infância ou na adolescência permitiu que muitas dessas jovens tivessem mais tempo para experimentar, refletir e reformular sua relação com a sexualidade ao longo da vida. Há relatos de jovens que iniciaram a vida sexual mais tarde, movidas pelo receio de engravidar ou pela forte internalização de discursos familiares e religiosos. Em outros casos, a iniciação sexual ocorreu cedo, mas não resultou em gravidez, muitas vezes mais por “sorte”, desinformação ou medo constante do que por garantia efetiva de direitos ou acesso pleno a métodos contraceptivos. Esse dado qualitativo é importante para a interpretação dos efeitos quantitativos: ele sugere que a diferença entre os grupos não é necessariamente de acesso à informação ou à contracepção, mas de circunstâncias específicas, o que coloca em perspectiva a leitura da gravidez na infância ou adolescência como resultado exclusivo de déficits individuais de conhecimento.

O acesso à contracepção aparece como elemento central nessa trajetória. Embora muitas jovens mulheres reconheçam que hoje existem métodos disponíveis no SUS, como preservativos, pílulas, injetáveis e, mais recentemente, o Implanon, o acesso efetivo nem sempre foi simples. Dificuldades burocráticas, falta de informação, ausência de profissionais especializados e desigualdade territorial são obstáculos recorrentes.

“ [Pesquisadora] *Como que você entende sobre os seus direitos sobre isso?*
[Entrevistada] *Não entendo. Não entendo. Eu tô até agora tentando colocar um DIU e aí eu não sei por onde vai, onde eu tenho que ir, se tem que pagar..”*

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, negra, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

“ *Eu não tenho certeza mas tem a farmácia popular que você pode eu acho que você pode ir em qualquer farmácia, privada mesmo, assim e conseguir alguns medicamentos e aí eu tinha a dúvida eu não tenho essa informação com certeza que anticoncepcional também tava na lista de medicamentos que você podia retirar gratuitamente. Eu lembro que eram doenças crônicas e eu não lembro se anticoncepcional também.”*

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, branca, da região Centro-Oeste, 22 anos, baixa renda)

Em vários relatos, o conhecimento sobre direitos contraceptivos não veio das instituições, mas da troca entre amigas ou da internet. Não ter vivido uma gestação precocemente, portanto, não significa necessariamente acesso pleno à informação, mas sim uma combinação de estratégias individuais, redes de apoio e circunstâncias específicas. Esse achado qualitativo tensiona a interpretação dos efeitos quantitativos sobre informação e educação reprodutiva: as diferenças entre grupos podem refletir menos acesso diferencial às instituições e mais a ativação diferencial de redes informais de informação, dimensão que os indicadores não capturam diretamente.

“ *Eu não aprendi na escola, e muitas vezes em casa. Eu escutei muito na rua e na internet, na época foi como a minha geração, né? Crianças com internet não monitorada pelos pais. (...) Aí, eu ia pesquisar e foi que eu fui sabendo sobre educação sexual, coisas que eu devo, não devo fazer. Aí que eu tinha dúvida com vergonha, porque eu sempre fui muito vergonhosa, hoje em dia, que eu perdi mais isso, que eu chegava para uma tia e perguntava. Mas foi assim na internet que eu fui aprendendo.”*

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, indígena, da região Norte, 23 anos, baixa renda)

No campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, essas jovens demonstram, ao longo do tempo, maior possibilidade de construir uma noção de sexualidade como escolha e como dimensão legítima da vida. Muitas relatam que só na vida adulta conseguiram afirmar limites, consentimento e o direito de dizer “não”. Algumas vivenciaram relações abusivas ou pressões sexuais na juventude, incluindo coerção para não usar preservativo ou para assumir responsabilidades desproporcionais pela contracepção, mas, diferentemente das jovens mães, tiveram mais espaço temporal e simbólico para romper com esses padrões sem a sobreposição imediata da maternidade.

“Eu já tive discussões com parceiros sobre (...) assim que eles não queriam, no caso transar com preservativo ou eles interferirem nos meus anticoncepcionais, tipo, falar que querem ou não querem que eu use anticoncepcionais. E aí, meio que todos eles, a conversa foi isso: ‘Não é da sua conta e você não vai saber sobre isso’. E deles quererem muito uma transparência minha, tipo, eu tenho para mim que a minha gestação é exclusivamente problema meu. Então, se eu engravidar de algum parceiro, atualmente, eu não sei se ele será comunicado sobre isso. Eu não tenho essa assim ‘ai super vou falar para ele o que está acontecendo’, porque eu acho que todos os momentos de algum estresse de, por exemplo, eu tinha um parceiro, e aí, a camisinha estourou, e aí, eu fui atrás de pílula do dia seguinte, foi um estresse tão grande para ele, ele entrou tão em parafuso, que uma coisa que era para ser muito simples muito prática e ficou muito cansativo muito estressante (...) é um estresse que hoje em dia eu não passo mais se alguma coisa eu resolvo sozinha porque é muito menos cansativo e é muito, é triste mas é muito melhor estar sozinha nesse momento de tomada de escolhas”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, branca, da região Centro-Oeste, 22 anos, baixa renda)

A sexualidade segue, contudo, profundamente atravessada por normas de gênero. Mesmo sem serem mães na infância ou adolescência, essas jovens relatam cobranças relacionadas ao “tempo certo” para ter filhos, à ideia de que a maternidade é um destino natural e à suspeição sobre mulheres que afirmam não desejar filhos. O corpo, especialmente o corpo de uma menina ou adolescente, continua sendo alvo de controle social: pela família, pela escola, pela religião e, em alguns casos, pelo próprio sistema de saúde. A diferença central é que, sem a experiência da gravidez na infância ou adolescência, elas dispõem de maior margem para questionar essas imposições e elaborar criticamente suas escolhas reprodutivas. Os resultados não são totalmente convergentes nesse ponto, indicando que o controle sobre a sexualidade feminina de meninas, adolescentes e jovens é estrutural e atravessa ambos os grupos. O que a gravidez na infância ou adolescência faz é torná-lo mais imediato, mais custoso e mais difícil de contestar.

Outro aspecto relevante é a diversidade de vivências de sexualidade. Jovens mulheres que se identificam como lésbicas, bissexuais ou que transitaram entre relações hétero e homoafetivas relatam dificuldades adicionais para afirmar seus di-

reitos sexuais, sobretudo em contextos familiares conservadores. Nesse grupo, a ausência da maternidade na infância ou adolescência parece ampliar, ainda que de forma desigual, as margens para processos de autoidentificação e experimentação da sexualidade, ao não impor, de forma imediata, responsabilidades de cuidado e reconfigurações familiares associadas à reprodução. Ainda assim, esses processos seguem atravessados por normas de gênero, controle familiar e pressões morais, o que faz com que a autonomia nesse campo seja frequentemente negociada e, em alguns casos, vivida de forma parcial ou silenciosa.

“[Familiares] sempre entenderam que eu era uma pessoa heterossexual, né? E nunca foi me perguntado muito sobre, eu também nunca senti vontade de conversar muito sobre. A minha família é muito religiosa e a dinâmica com relação a isso é muito estranha, falando em questão de orientação sexual (...). Toda vez que me envolvi afetivamente com mulheres não foi levada até minha família. Eu não sinto vontade de me declarar bissexual para eles, porque, se eu fosse heterossexual, eu não teria tido necessidade de fazer isso, então, eu nunca senti necessidade de falar assim “Eu gosto de mulheres também”. (...) Eu sempre fui orientada a ter medo disso, da grande consequência que poderia ser eu usar uma determinada roupa e ser abusada, eu não me cuidar e aí acabar engravidando e isso ia impactar minha vida para sempre. Eu saí, sabe, saí e questionaram, tipo assim: “Ah, você vai beber? Tome cuidado, tenha determinadas posturas quando for beber”. Algo que nunca aconteceu com meu irmão, por exemplo, eu tenho um irmão que é homem, nunca aconteceu com ele.”

(Entrevista com jovem mulher que não viveu gravidez na infância ou na adolescência, negra, da região Sul, 24 anos, alta renda)



Síntese Integradora

A integração das evidências sugere que a gravidez na infância ou adolescência opera sobre a sexualidade, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sobretudo por meio de um mecanismo de vulnerabilização estrutural anterior ao evento: a ausência de educação sexual consistente, o silenciamento familiar e escolar, o desconhecimento de direitos e a coerção nas relações afetivas não são consequências da gravidez na infância ou adolescência, mas condições que a tornam mais provável. Isso confere aos efeitos quantitativos nesse bloco um estatuto particular: mais do que desfechos, eles operam como indicadores indiretos de mecanismos estruturais prévios à ocorrência da gravidez.

Ao mesmo tempo em que os dados indicam efeitos robustos sobre estigma reprodutivo, ausência de educação reprodutiva e baixa informação sobre contraceptivos, as evidências qualitativas revelam que esses indicadores capturam apenas parcialmente o fenômeno: a coerção nas relações afetivas, a naturalização das pressões sexuais e a submissão ao controle institucional da fertilidade após a gestação são dimensões igualmente centrais que escapam à mensuração direta.

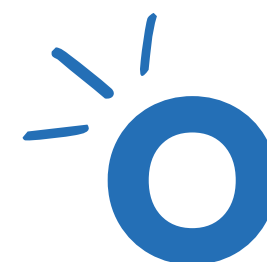
A ausência de efeito sobre autonomia relacional e violência introduz uma tensão analítica importante. Não porque esses fenômenos sejam inexistentes, mas porque muitas dessas experiências são naturalizadas no cotidiano dessas jovens, sendo vividas como parte esperada das relações afetivas e sexuais, e não como situações de violência ou violação de direitos. Isso faz com que não sejam necessariamente reconhecidas ou nomeadas como tais nos instrumentos quantitativos, tornando-as menos visíveis nos autorrelatos e deslocando para a análise qualitativa o papel de tornar esses mecanismos empiricamente legíveis.

Os resultados não são uniformes entre grupos: o controle moral sobre a sexualidade de meninas e adolescentes atravessa jovens que passaram ou não pela experiência da gravidez na infância ou adolescência, mas a gestação precoce o intensifica, o torna mais imediato e reduz drasticamente a margem temporal e simbólica para contestá-lo, na medida em que antecipa a responsabilização pelo cuidado, aumenta a vigilância social e familiar e desloca essas jovens para posições de menor poder de negociação em relações afetivas e institucionais. Diferença que não aparece nos indicadores binários, mas que é analiticamente central para compreender por que prevenir a gravidez na infância ou adolescência exige, antes de tudo, garantir às meninas e adolescentes informação, escuta, proteção e autonomia sobre seus corpos e suas vidas.



Síntese e Discussão dos Principais

Achados



s resultados indicam que os impactos da gravidez na infância ou adolescência são majoritariamente condizentes com as expectativas iniciais formuladas para cada dimensão, sobretudo em termos de educação, condições socioeconômicas e aspectos institucionais, ainda que em alguns casos os efeitos estimados sejam limitados ou indistinguíveis de zero.

Dimensão	Hipótese / Expectativa	Evidência causal
Educação	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a probabilidade de evasão escolar.	+24 p.p. na probabilidade de não estar estudando (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz a escolaridade alcançada ao longo da trajetória educacional.	+21 p.p. na probabilidade de até ensino fundamental (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz expectativas e metas educacionais.	+7 p.p. baixa valorização da educação (significativo)
Trabalho e Renda	A gravidez na infância ou adolescência reduz a probabilidade de inserção no mercado de trabalho, especialmente formal.	+50 p.p. na perda de emprego/ oportunidade por motivo de cuidado (significativo)
		+7 p.p. baixa valorização da carreira profissional (significativo)
		+7 p.p. não trabalha atualmente (não significativo, direção esperada)
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a inserção em ocupações precárias, informais e de baixa remuneração.	Efeito não significativo e sem direção esperada
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a dependência financeira de parceiros, familiares e políticas sociais.	+9 p.p. na dependência econômica de programas sociais (significativo)
		+4 p.p. na meta profissional de cuidar da casa e família (significativo)

Dimensão	Hipótese / Expectativa	Evidência causal
Trabalho e Renda	A gravidez na infância ou adolescência reduz a renda individual e aumenta a pobreza domiciliar.	● +22 p.p. na probabilidade de baixa renda domiciliar (significativo)
Saúde e Bem-Estar	A gravidez na infância ou adolescência diminui a saúde física.	● Efeito não significativo e sem direção esperada
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta vulnerabilidade no acesso a serviços de saúde.	● Efeito não significativo
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta sofrimento psicológico.	● Efeito não significativo e sem direção esperada
Família e Apoio	A gravidez na infância ou adolescência aumenta dependência de redes familiares para cuidado.	● +2 p.p. na dependência familiar (não significativo, direção esperada)
	A ausência de corresponsabilidade parental é maior na maternidade na infância ou adolescência.	● +9 p.p. de arranjo familiar monoparental (não significativo, direção esperada)
	A rede de apoio é de menor qualidade entre mulheres com gravidez na infância ou adolescência.	● +11 p.p. na probabilidade de contar com rede de apoio nunca ou raramente (significativo) ● +6 p.p. na probabilidade de não ter rede de apoio (significativo)
	Barreiras institucionais e estigma reduzem acesso a serviços.	● +24 p.p. de ter sofrido preconceito uma ou várias vezes (significativo)

Dimensão	Hipótese / Expectativa	Evidência causal
Autonomia e Agência	A gravidez na infância ou adolescência reduz autonomia econômica e decisão.	● +9 p.p. na baixa percepção de autonomia (significativo) ● +4 p.p. não tem ou tem pouco controle da renda (não significativo, direção esperada)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz planejamento de futuro.	● +3 p.p. não consegue ou pouco consegue planejar o futuro (não significativo, direção esperada)
	A gravidez na infância ou adolescência restringe controle sobre corpo e sexualidade.	● Efeito não significativo
Sexualidade e Direitos Reprodutivos	A gravidez na infância ou adolescência aumenta a estigmatização associada à sexualidade e à maternidade precoce.	● +24 p.p. na probabilidade de relatar ter sofrido preconceito (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência está associada à menor exposição à educação reprodutiva.	● +13 p.p. na probabilidade de não ter recebido educação reprodutiva (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência está associada ao acesso à informação e ao diálogo sobre contracepção.	● +9 p.p. baixa informação sobre contraceptivos (significativo) ● +9 p.p. ausência de diálogo familiar sobre sexualidade (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência aumenta o desconhecimento de direitos reprodutivos.	● +7 p.p. desconhecimento de direitos reprodutivos (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência está associada à redução da autonomia relacional e aumenta a exposição à violência.	● +2 p.p. na probabilidade de não ter autonomia (não significativo, direção esperada) ● +1 p.p. na probabilidade de exposição à violência (não significativo, direção esperada) ● +1 p.p. na probabilidade de baixa liberdade no relacionamento (não significativo, direção esperada)



Dimensão	Hipótese / Expectativa	Evidência causal
Sexualidade e Direitos Reprodutivos	A gravidez na infância ou adolescência está associada a maior relevância de normas culturais, familiares ou religiosas.	● Efeito não significativo
	A gravidez na infância ou adolescência está associada a maior incidência de uniões precoces.	● +19 p.p. na probabilidade de união antes dos 16 anos (significativo)
	A gravidez na infância ou adolescência reduz a busca por apoio após situações de violência.	● Efeito não significativo
Interseccionalidade	Efeitos são mais intensos por raça/cor ou etnia e contexto socioeconômico.	● Efeito significativo, porém, contraintuitivo, operando através de homogeneização por baixo



Educação

A dimensão educacional apresenta os efeitos mais consistentes e de maior magnitude. A gravidez na infância ou adolescência aumenta significativamente a probabilidade de evasão escolar (+24 p.p.) e está associada a menores níveis de escolaridade alcançada (+21 p.p.). Além disso, observa-se também impacto sobre a valorização da educação, com aumento de 7 p.p. na probabilidade de baixa valorização educacional, resultado estatisticamente significativo. Em conjunto, os achados indicam que a gravidez na infância ou adolescência afeta tanto os desfechos objetivos da trajetória escolar quanto dimensões subjetivas relacionadas à educação, ainda que com menor intensidade nestas últimas. Esse padrão converge diretamente com a literatura, que identifica a maternidade na adolescência como fator de interrupção da trajetória escolar e limitação das oportunidades futuras (Raya-Díez et al., 2024; Almeida e Aquino, 2011; Pontili e Lopes, 2015).

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa indica que a evasão escolar está fortemente associada à dificuldade de conciliar estudo e cuidado, especialmente na ausência de apoio institucional e familiar. Relatos recorrentes apontam para abandono escolar durante a gestação ou logo após o nascimento do filho, muitas vezes acompanhado de experiências de violação do direito à educação, como a estigmatização no ambiente escolar e a recusa de flexibilização e adaptação por parte das instituições. Além disso, observa-se uma reorientação de expectativas, na qual a continuidade dos estudos passa a ser percebida como menos viável ou prioritária diante das novas responsabilidades.

Trabalho e Renda

Os resultados sugerem que os impactos da gravidez na infância ou adolescência no mercado de trabalho operam principalmente por meio das restrições impostas pelo cuidado. Há um aumento expressivo de 50 p.p. na probabilidade de perda de emprego ou oportunidade por esse motivo, além de um aumento de 7 p.p. na baixa valorização da carreira profissional. Não se observa, contudo, efeito robusto sobre a condição de estar ou não trabalhando (+7 p.p., não significativo), nem evidência de aumento consistente da inserção em ocupações precárias. Por outro lado, há efeitos claros sobre a dependência econômica: aumento de 9 p.p. na dependência de programas sociais e de 4 p.p. na orientação para atividades domésticas como meta profissional. Esse conjunto de resultados se reflete em um efeito substantivo sobre a condição socioeconômica, com aumento de 22 p.p. na probabilidade de viver em domicílios de baixa renda. Esses achados dialogam com a literatura que aponta para

restrições à inserção produtiva e maior dependência econômica associadas à maternidade precoce, especialmente em contextos de baixa escolaridade (Raya-Díez et al., 2024; Santos et al., 2021).

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa indica que a principal barreira à inserção e permanência no mercado de trabalho é a sobrecarga de cuidado, frequentemente não compartilhada. Muitas jovens relatam a necessidade de abandonar ou recusar oportunidades de trabalho por falta de alternativas de cuidado infantil, além de trajetórias marcadas por inserções intermitentes e informais. Também emergem relatos de discriminação ou menor valorização no ambiente de trabalho, associados à condição de jovem mãe, o que contribui para expectativas profissionais mais restritas e maior dependência de redes familiares ou de políticas de transferência de renda.

Saúde e Bem-Estar

Na dimensão de saúde, não se identificam efeitos causais robustos. As estimativas para saúde física, acesso a serviços e sofrimento psicológico são indistinguíveis de zero e, no caso deste último, não segue a direção esperada. Esses resultados sugerem que, embora a literatura aponte possíveis impactos relevantes nessa dimensão, eles não são capturados de forma consistente pelos indicadores analisados neste estudo (Raya-Díez et al., 2024). Uma possível explicação seria assimetria de gênero em termos de cuidados com a saúde, especialmente sobressalente entre as mulheres.

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa sugere uma experiência ambivalente em relação à saúde e bem-estar. Por um lado, algumas jovens relatam aumento do senso de responsabilidade e motivação associado à maternidade; por outro, emergem relatos de sobrecarga emocional, cansaço e dificuldades de autocuidado, frequentemente secundarizadas frente às demandas do cuidado com o filho. Também são mencionadas barreiras de acesso e qualidade no atendimento em serviços de saúde.

Família e Redes de Apoio

Os efeitos da gravidez na infância ou adolescência são mais evidentes na reorganização das dinâmicas familiares e de apoio. Há também indícios de aumento da dependência de redes familiares (+2 p.p.) e de maior incidência de arranjos monoparentais (+9 p.p.), embora sem significância estatística. Em contraste, há evidência robusta de pior qualidade da rede de apoio: aumento de 11 p.p. na probabilidade de contar com apoio nunca ou raramente e de 6 p.p. na probabilidade de não ter rede de apoio. Além disso, destaca-se o aumento expressivo na experiência de preconceito

(+24 p.p.), indicando que barreiras sociais e institucionais são um componente relevante da experiência entre jovens mães. Esse resultado é consistente com evidências que associam a gravidez na infância ou adolescência a estigmatização social e fragilização das redes de apoio, especialmente em contextos de vulnerabilidade (Raya-Díez et al., 2024; Chacham et al., 2012).

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa indica que a gravidez na infância ou adolescência frequentemente leva a uma reconfiguração das relações familiares, com aumento da dependência de mães, avós e outras mulheres da família. No entanto, essa rede nem sempre se traduz em apoio consistente, sendo comum a coexistência de ajuda prática com conflitos, julgamentos ou sobrecarga compartilhada. Relatos de estigma e preconceito, tanto no âmbito familiar, quanto comunitário, aparecem de forma recorrente, contribuindo para isolamento social e fragilização dos vínculos.

Autonomia e Agência

Os resultados apontam efeitos mais modestos, porém relevantes, sobre autonomia. Há aumento de 9 p.p. na baixa percepção de autonomia, resultado estatisticamente significativo, sugerindo impacto na capacidade de decisão e controle sobre a própria vida. Outros indicadores, como controle da renda (+4 p.p.) e capacidade de planejamento do futuro (+3 p.p.), seguem a direção esperada, mas não apresentam significância estatística. Não há evidência de impacto sobre o controle do próprio corpo e da sexualidade. Esses achados dialogam parcialmente com a literatura, que aponta para restrições à autonomia econômica e à capacidade de decisão associadas à maternidade precoce, ainda que com variação importante conforme o contexto social (Raya-Díez et al., 2024).

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa revela que a engravidar precocemente pode tanto restringir quanto, em alguns casos, redefinir a percepção de autonomia. Muitas jovens relatam perda de liberdade e maior dependência de terceiros, especialmente em decisões financeiras e de rotina. Ao mesmo tempo, há narrativas que associam a maternidade a uma imposição de responsabilidades e maior sobrecarga de trabalho, resultando em um amadurecimento precoce, que viola o direito das gestantes e mães à infância e à adolescência. Esse cenário de violação, restringe ainda mais sua margem de tomada de decisões e construção de projetos de vida.



Sexualidade e Direitos Reprodutivos

Os resultados sugerem que os impactos da gravidez na infância ou adolescência na dimensão de sexualidade e direitos reprodutivos operam principalmente por meio de restrições ao acesso à informação, ao exercício de direitos e à vivência da sexualidade em contextos mais vulneráveis. Observa-se um aumento expressivo de 24 p.p. na probabilidade de relatar ter sofrido preconceito, indicando maior estigmatização associada à sexualidade e à maternidade precoce. Também há efeitos positivos e significativos sobre não ter recebido educação reprodutiva (+13 p.p.), baixa informação sobre contraceptivos e ausência de diálogo familiar (ambos em torno de +9 p.p.), além de aumento de 7 p.p. no desconhecimento de direitos reprodutivos, com evidência estatística mais moderada. Por outro lado, não se observam efeitos robustos sobre autonomia nas relações, liberdade no relacionamento e experiência de violência, cujas estimativas são pequenas e indistinguíveis de zero. Na amostra condicional, há aumento de 19 p.p. na probabilidade de uniões precoces (antes dos 16 anos), resultado consistente, enquanto a busca por ajuda após violência apresenta efeito negativo (-5 p.p.), porém inconclusivo. Em conjunto, os achados indicam que a gravidez na infância ou adolescência está associada a contextos mais restritivos em termos de informação, proteção e reconhecimento de direitos, ainda que parte dessas dinâmicas não seja plenamente capturada pelos indicadores analisados (Raya-Díez et al., 2024; Araújo et al., 2021; Chacham et al., 2012).

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa indica que a principal base dos resultados observados está na ausência de educação sexual consistente e no silenciamento familiar e escolar, que produzem um início da vida sexual marcado por desconhecimento sobre o próprio corpo, métodos contraceptivos e direitos reprodutivos. Esse contexto é atravessado por relações afetivas com assimetrias de poder, nas quais a negociação do consentimento e do uso de contraceptivos é frequentemente limitada, muitas vezes sob pressão emocional ou simbólica, o que contribui para a exposição a situações de vulnerabilidade. As narrativas também indicam que essas dinâmicas são frequentemente naturalizadas, sendo percebidas como parte esperada das relações, o que ajuda a explicar a ausência de efeitos estatísticos sobre autonomia relacional e violência. Além disso, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva aparece como tardio e desigual, com barreiras institucionais que restringem a autonomia das adolescentes e reforçam uma atuação predominantemente reativa dos serviços, após a ocorrência da gravidez. Em conjunto, esses elementos indicam que a gravidez na infância ou adolescência se insere em um contexto mais amplo de regulação da sexualidade e da reprodução, no qual a limitação do acesso à informação, à proteção e ao exercício de direitos desempenha papel central na conformação das trajetórias analisadas.

Interseccionalidade (raça/cor ou etnia e território)

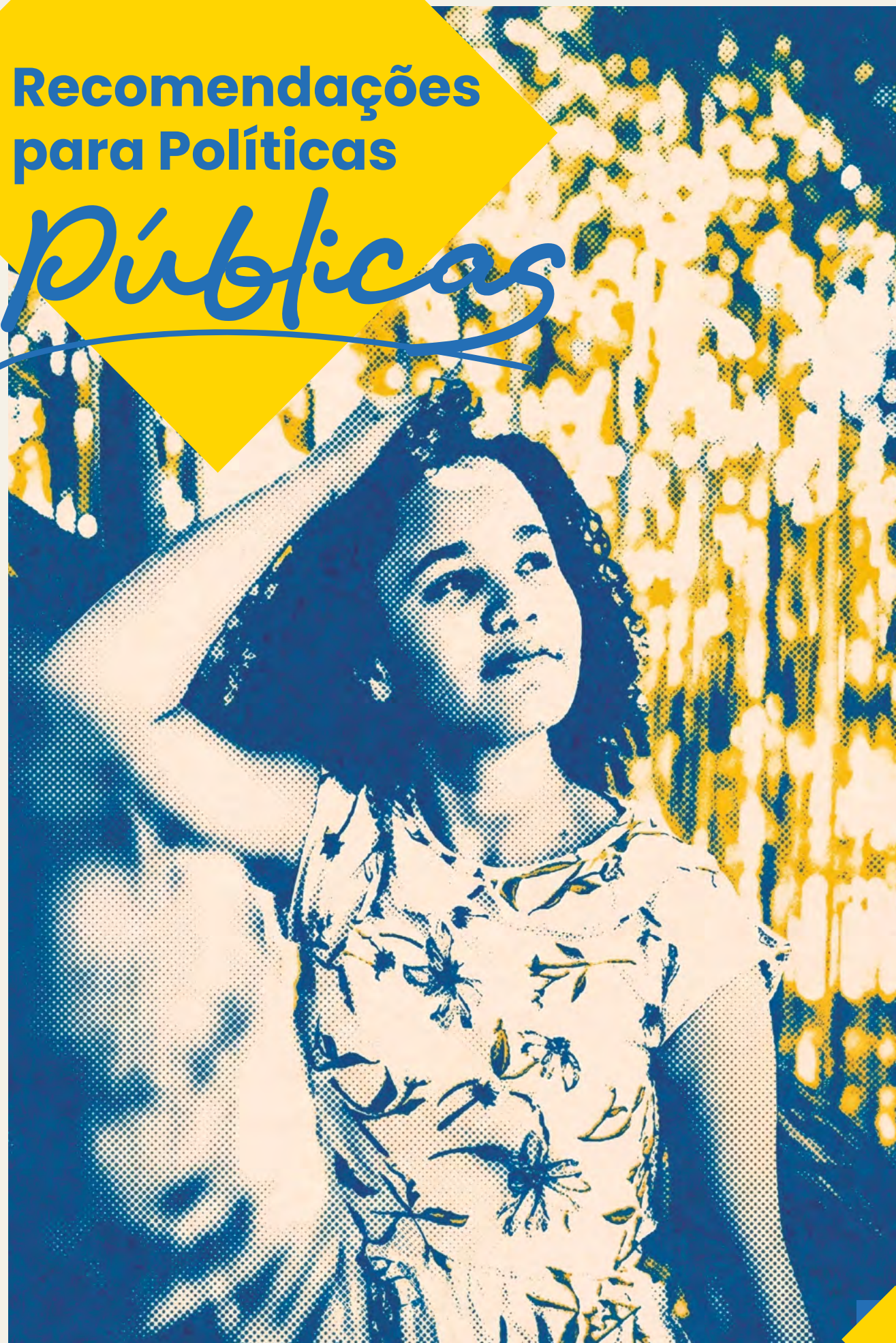
Os resultados mostram que os efeitos da gravidez na infância ou adolescência variam por raça/cor ou etnia e contexto socioeconômico, mas com um padrão específico: em vez de ampliar diferenças, a gravidez na infância ou adolescência tende a reduzir desigualdades relativas por meio de um nivelamento por baixo. Ou seja, grupos que partem de condições mais favoráveis experimentam uma interrupção da trajetória esperada, aproximando-se em seus desfechos de grupos que já se encontram em situações mais desfavoráveis. Esse padrão indica que a gravidez na infância ou adolescência atua como um fator de homogeneização de trajetórias em patamares inferiores, produzindo uma convergência com efeitos similarmente negativos entre grupos sociais distintos. Essa interpretação dialoga de maneira contraintuitiva com a literatura que posiciona a gravidez na infância ou adolescência como um fenômeno fortemente associado a desigualdades estruturais de renda, educação e território (Raya-Díez et al., 2024; Cruz, 2016; Santos et al., 2021).

Em termos de mecanismos, a evidência qualitativa indica que as experiências de gravidez na infância ou adolescência são fortemente mediadas por condições estruturais prévias, como acesso a serviços, oportunidades educacionais e suporte institucional. Em contextos mais vulneráveis, a maternidade de crianças ou adolescentes aparece como parte de trajetórias já marcadas por restrições, enquanto em contextos mais favorecidos ela é vivida como uma ruptura mais abrupta de expectativas. Ainda assim, em ambos os casos, observa-se convergência para limitações semelhantes em termos de oportunidades e bem-estar.



Recomendações para Políticas

Públicas



Educação

A permanência estudantil foi um dos principais desafios relatados pelas jovens entrevistadas. Questões como o estigma enfrentado, dificuldades em conciliar o trabalho de cuidado e a jornada escolar, exaustão devido às extensas horas de trabalho doméstico e de cuidado, falta de rede de apoio pessoal e institucional foram apontadas como motivos para evasão escolar.

Políticas públicas voltadas para o fortalecimento da educação e a permanência escolar, principalmente para meninas, são fundamentais tanto para o enfrentamento da gravidez na infância ou adolescência, quanto para mitigar os impactos dessa gestação na vida de meninas e jovens brasileiras. É necessário promover projetos que incentivem as meninas a construir projetos de vida para além da maternidade, oferecendo informações sobre os caminhos possíveis e orientação para que elas possam planejar seus percursos acadêmicos e profissionais.



“A política pública poderia ter melhores escolas, mais informação (...) Para mais pessoas terem um conhecimento científico e ter um norte, né? Porque muitas vezes as mulheres não têm norte (...) falta mais carência e falta de visão de futuro. E como, igual eu falei, repete muito a mãe engravidou, então passa a ser uma coisa, ser normal, mas na verdade não é, né? E daí elas têm esse prejuízo. E isso poderia ser evitado se tivesse política, por exemplo, de, ah, vamos melhorar as escolas, vamos dar mais oportunidade, entendeu? Duvido, guria, que ia ter, entendeu? As famílias terem uma vida digna, moradia digna, sabe?”

(Entrevista com profissional de saúde, região Sul)

As políticas para a educação também precisam considerar as especificidades das meninas gestantes e mães, garantindo o suporte necessário para que elas possam concluir seus estudos e usufruir do direito de continuar estudando. Nesse sentido, é necessário a ampliação do acesso às creches e de serviços de contraturno que operem durante o período das aulas. Além disso, pensar em políticas que diminuam a carga extenuante do trabalho doméstico e de cuidado não-remunerado.

É necessário maior investimento em políticas públicas na área da educação, visando a melhoria da qualidade do ensino na rede pública, da infraestrutura das es-

colas e a capacitação de profissionais de educação. Além de maior investimento na educação sexual e reprodutiva, é necessário aumentar o investimento na qualidade do ensino como um todo, garantindo que a escola seja um espaço acolhedor que ofereça as condições necessárias para que meninas e jovens possam planejar e realizar seus projetos de vida.

Investimentos voltados para a valorização docente (aprimoramento do piso salarial, progressão de carreira, formação contínua e rotina de trabalho), implementação de metodologias pedagógicas ativas e adaptadas ao contexto da comunidade escolar, financiamento redistributivo, que considere as condições socioeconômicas e demandas de alunos e territórios que estão inseridos são medidas essenciais para transformar o espaço escolar em um ambiente motivador e capaz de oferecer ferramentas para que as jovens criem e realizem seus projetos pessoais.

Um ponto importante é coibir práticas discriminatórias e estigmatizantes no espaço escolar, garantindo que a escola seja um espaço de acolhimento e desenvolvimento para meninas gestantes e mães. Estas precisam de ferramentas institucionais para se proteger em situação que, em última instância, as expulsam da escola ou comprometem seu desempenho e convivência escolares.

A perda do convívio escolar e com os amigos durante a gestação e após o parto gera um sentimento profundo de solidão e sofrimento. Investimentos em espaços de lazer, esporte e cultura para adolescentes e jovens de um modo geral, com ações específicas para o acolhimento de meninas e jovens mães também são importantes para fortalecer o vínculo social.

Além disso, é necessário qualificar os profissionais de educação e de saúde sobre os direitos das estudantes gestantes e mães, bem como garantir que as meninas tenham informações sobre esses direitos. A regulamentação do regime escolar especial, que garante o direito das estudantes à licença à maternidade e à amamentação também é fundamental, uma vez que embora seja garantido, a sua aplicação ainda carece de isonomia e critérios uniformes.

No nível superior, a extensão dos prazos para a conclusão dos cursos de graduação e cumprimento da exigência de bolsas acadêmicas para mães. Além disso, uma demanda é a oferta de bolsas de permanência específica para mães estudantes, possibilitando que elas permaneçam e concluam seus estudos. Também é necessário ampliação de vagas de moradia estudantil para estudantes mães, bem como de vagas nas creches universitárias.

Trabalho e Renda

A permanência estudantil e a escolarização são essenciais para a ampliação de oportunidades para jovens mães no mercado de trabalho, sendo um ponto importante de atenção. É necessário o desenvolvimento de políticas voltadas para orientação de qualificação profissional das jovens mães, bem como o fortalecimento das políticas já existentes.

A evasão escolar tem impactos significativos na vida profissional das adolescentes e jovens, empurrando-as para subempregos e situações de violência laboral. A baixa escolaridade mina as perspectivas e opções em relação ao mercado de trabalho.

A discriminação no mercado de trabalho, mesmo em casos em que a jovem é qualificada, é um entrave para sua inserção e aumento de renda. Apesar de políticas como a Política Nacional de Cuidados preverem o incentivo ao reconhecimento do trabalho de cuidado e valorização por meio da oferta de jornadas flexíveis, home office e outros, as jovens relatam experiências de discriminação.

São necessárias políticas mais efetivas para inserção profissional de mulheres mães de um modo geral, e políticas específicas para adolescentes e jovens que estão iniciando sua jornada profissional. Podem ser adotados incentivos para que instituições públicas e privadas contratem mulheres mães, bem como para a adoção de medidas inclusivas. Premiações e incentivos fiscais para empresas podem ser uma via, bem como a reserva de vagas em concursos e processos seletivos de instituições públicas.

Um ponto importante no caso das adolescentes e jovens é a criação e fortalecimento de políticas voltadas para o primeiro emprego. Uma atuação articulada entre escola, saúde e assistência social, buscando orientar e ajudar as jovens a mapear as possibilidades de rede de apoio e oportunidades em programas de qualificação, de primeiro emprego e Jovem Aprendiz pode ser uma estratégia. Também é necessário que os programas de primeiro emprego sejam adaptados para as demandas das jovens, contemplando jornadas diferenciadas e espaços de acolhimento para seus filhos.

Para algumas jovens, empreender é um desejo e uma alternativa à discriminação e incompatibilidade com as jornadas do mercado de trabalho. Um programa específico para jovens mães, que inclua a capacitação profissional e de gestão de negócios, orientação para formalização e financiamento com taxas reduzidas e editais de fomento, como acontece em outros programas de crédito e fomento, são estratégias interessantes para viabilizar esse desejo.

Por fim, a habitação aparece como uma demanda relacionada à conquista de estabilidade financeira, sendo, também, um elemento importante na conquista de autonomia e proteção das jovens e de seus filhos. As políticas públicas de habitação

geralmente priorizam as mulheres chefes de família. O “Minha Casa, Minha Vida”, por exemplo, já prevê uma pontuação maior para mães solo de crianças pequenas, é necessário ampliar a política, atendendo um número maior de beneficiárias.

A ampliação das políticas de habitação deve incluir a garantia de uma infraestrutura que atenda as necessidades das mães, assegurando o acesso às unidades de saúde, creches, escolas e mercados.

Trabalho Reprodutivo (doméstico e de cuidado)

Um dos principais empecilhos para a permanência e conclusão estudantil e a inserção no mercado de trabalho é a carga extenuante de trabalho doméstico e de cuidado enfrentada pelas mães. Essa é uma demanda das mulheres brasileiras de forma geral, mas que intensifica o impacto da gravidez na infância ou adolescência, uma vez que leva muitas meninas a interromperem os estudos, empurrando-as para trabalhos precários e com baixa remuneração e deixando-as mais vulneráveis à situação de violência doméstica e laboral.



Mas acho que tinha que ter algo voltado realmente para dar também, pensando depois, ah, a gestação aconteceu, mas para dar suporte. Porque uma adolescente que engravida cedo e que não tem uma rede de apoio social, ela vai ser mais propensa a não estudar, a viver sobre emprego, desemprego. Então acho que rede de apoio que vai envolver, desde uma gestação segura, que vai envolver uma assistência social, psicológica, médica, de enfermagem, que vai envolver uma assistência nutricional, que vai envolver um movimento reprodutivo consciente, um processo educacional para entender o que é uma gestação e os impactos disso e depois uma rede de apoio para o cuidado daquela criança, aquela adolescente precisa estudar.”

(Entrevista com profissional de saúde, região Norte)

É fundamental avançar nas políticas de universalização da oferta de vagas nas creches, Centros de Educação Infantil (CEIs) e Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEIs), bem como na ampliação da oferta do período integral de forma descentralizada. Essa é uma política urgente não apenas para possibilitar o acesso à educação das mães, mas para garantia dos direitos das crianças na primeira infância.

Há, também, uma demanda pela ampliação de espaços de acolhimento e de horários mais compatíveis com a rotina de trabalho e estudos das mães. Essa é uma questão delicada, uma vez que implica na conciliação entre a necessidade das mães por maior apoio em relação ao cuidado e os direitos das crianças, principalmente as crianças pequenas, ao descanso, o convívio familiar e a educação infantil (Amaral; Maia; Soares, 2025).

Existem iniciativas que podem inspirar políticas neste sentido. Em Botucatu/SP, algumas unidades de creches oferecem horários expandidos para trabalhadores do comércio, funcionando aos sábados e até as 22h em datas comemorativas, quando as jornadas costumam ser maiores.

As Cuidotecas, que fazem parte do Plano Nacional de Cuidados, tem como objetivo oferecer um ambiente seguro de acolhimento e cuidado de crianças entre 3 e 12 anos nos horários que excedem o período escolar e apoiar responsáveis que precisam trabalhar ou estudar. Em 2026, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) inaugurou uma Cuidoteca para filhos de estudantes de graduação e pós-graduação, servidores e trabalhadores terceirizados no período noturno.

Incentivos para que os estados e municípios façam a adesão ao ProJovem e ofereçam Salas de Acolhimento de acordo com as necessidades do corpo discente. As Salas de Acolhimento são previstas pelo Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), voltado para a qualificação de jovens entre 18 e 29 anos que não concluíram o ensino fundamental. Além do espaço de acolhimento para as crianças, o programa também conta com um auxílio financeiro. Estender o espaço para estudantes regulares também é recomendado, permitindo que as adolescentes possam continuar seus estudos após o fim da licença maternidade.

Essas iniciativas precisam ser acompanhadas por políticas mais amplas, principalmente no que diz respeito às jornadas de trabalho remunerado e não remunerado.

Neste sentido, é necessário fortalecer as ações previstas na Política Nacional de Cuidados, como o incentivo da adoção de medidas que promovam a compatibilização entre o trabalho remunerado e as demandas pessoais e familiares de cuidado.

Em relação à carga de trabalho doméstico, é necessário ampliar os esforços em relação ao combate às desigualdades de gênero, combatendo o senso comum de que as mulheres devem ser responsáveis pelo “serviço de casa”, promovendo ações que incentivem a corresponsabilidade e a redistribuição do trabalho. A concentração do trabalho doméstico nas meninas e mulheres têm um impacto significativo não apenas na sua escolarização e inserção no mercado de trabalho, mas também em sua saúde física e mental.

Além de programas educativos para a redistribuição do trabalho no espaço doméstico, é possível ampliar e fortalecer outras iniciativas que têm um impacto positivo na redução da sobrecarga. Uma delas é a implementação das lavanderias públicas, um dos projetos previstos pelo Plano Nacional de Cuidados. As lavanderias contam com salas multiuso e brinquedotecas, além do espaço de lavagem e secagem, oferecendo oficinas e cursos, promovendo a qualificação e senso de pertencimento.

Saúde e Bem-Estar

Os dados sobre o eixo saúde e Bem-Estar apontam a necessidade de superar o modelo de assistência estritamente biomédico e adotar uma abordagem de cuidado integral e humanizado, que considere as particularidades da maternidade precoce e das jovens enquanto sujeitos, não se limitando à saúde sexual e reprodutiva.

Em relação às adolescentes, é necessário um fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, incluindo práticas de busca ativa. Garantir a existência de profissionais capacitados para identificar, orientar e acompanhar as adolescentes, principalmente em situação de vulnerabilidade também é uma das demandas apontadas pelos profissionais de saúde entrevistados.

É interessante adotar estratégias que aproximem as adolescentes dos serviços de saúde, incluindo visitas domiciliares, ações em espaços alternativos, como escolas e praças públicas, que englobam atividades educativas, check-ups, rodas de conversa e a divulgação sobre os serviços disponíveis no SUS e como acessá-los. Ações específicas de saúde mental também são essenciais.

A integração entre Saúde e Educação aparece como uma estratégia eficaz para o enfrentamento da gravidez na infância ou adolescência e garantia de acesso aos serviços de saúde de uma forma mais integrada com o cotidiano e realidade das adolescentes. Nesse sentido, o fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE) é uma

via para ampliar o acesso das adolescentes aos serviços de saúde e a identificação de suas demandas pelas equipes responsáveis, reduzindo as barreiras geográficas e burocráticas que muitas vezes afastam as adolescentes.



A escola tem que ser um ponto chave para a educação sexual. Então, é um espaço onde você tem várias crianças e adolescentes, onde você consegue prevenir abuso e identificar. E, ao mesmo tempo, trabalhar com a educação sexual, com os métodos preventivos, trabalhar com a prevenção da gravidez na adolescência, com o adolescente de modo geral. Eu acho que a escola, o PSE, para mim, deveria ser obrigatório. Eu acho que, depois que a gestação acontece, o giro, ter essa equipe multiprofissional, deveria ser essencial. E, principalmente, porque com esse giro eu poderia trabalhar com o movimento reprodutivo, evitando uma nova gestação.”

(Entrevista com profissional de saúde, região Norte)

Outro ponto importante, já previsto pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, é a promoção da autonomia em relação ao próprio cuidado. Essa promoção inclui tanto o estímulo para que as adolescentes participem ativamente do cuidado com a saúde, a escuta ativa e o monitoramento em relação àquelas que buscam atendimento desacompanhadas.

A criação de protocolos e materiais de divulgação e educativos sobre direitos, intervenções, tratamentos e métodos disponíveis, palestras e rodas de conversa que busquem não apenas reforçar a importância da prevenção ou a rotina de cuidados com as filhas e filhos, mas que incentivem as meninas e jovens a elaborarem projetos de vida a partir dos seus desejos, perspectivas e necessidades.

A saúde mental aparece como uma das áreas de maior carência e invisibilidade. É importante destacar que as demandas relacionadas à saúde mental não se limitam ao atendimento clínico, incluindo questões como maior suporte emocional, sobrecarga e isolamento social. O sofrimento mental e emocional das jovens não pode ser visto apenas como um transtorno individual, mas parte de um contexto social de vulnerabilidade e marginalização.

Em relação ao atendimento clínico, uma demanda é pela inclusão do atendimento psicológico na rotina de consultas pré-natal. Embora em algumas localidades seja possível conseguir um encaminhamento para atendimento psicológico quando o

médico identifica um quadro de sofrimento emocional, a inclusão de atendimento na rotina de consultas pode auxiliar as meninas gestantes a lidar com os impactos da gestação em suas vidas e construir seus projetos de vida.

Outra demanda é pela criação de grupos de apoio mediados por psicólogos ou assistentes sociais que funcionem como um espaço onde as adolescentes possam compartilhar experiências e dificuldades, bem como estabelecer vínculos com outras meninas passando pela mesma situação. Ter um espaço de escuta e de troca é uma forma de reduzir a sensação de isolamento que muitas relatam terem sentido após engravidarem.

Além disso, é preciso reforçar a qualificação de profissionais de educação e saúde e coibir atitudes discriminatórias nas unidades e serviços de saúde.

Novamente, a necessidade de repensar a distribuição do trabalho doméstico e de cuidado ocupa um papel fundamental para a promoção da saúde mental e qualidade de vida das jovens. Políticas que incentivem a parentalidade compartilhada, a paternidade responsável e a divisão equilibrada dos trabalhos domésticos são importantes, bem como a criação de equipamentos públicos que ofereçam suporte, aliviando a carga sobre as jovens.

Por fim, os dados evidenciam a urgência de políticas de enfrentamento à violência obstétrica, estabelecendo protocolos de humanização mais rigorosos, capacitação e sensibilização de profissionais de saúde e mais transparência e divulgação dos direitos das gestantes e canais de denúncia.

É preciso assegurar o direito das meninas a informações prévias sobre seus direitos quanto à definição do plano de parto, métodos de alívio da dor e liberdade de posição, à recusa de procedimentos, acompanhante durante o parto e alojamento conjunto. Além disso, oferecer informações sobre violência obstétrica e canais de denúncia, tendo em vista que muitas só se reconhecem vítimas de violência meses ou anos depois do episódio.

Também é preciso criar instrumentos de identificação e monitoramento das denúncias de violência obstétrica, preferencialmente de forma centralizada, possibilitando a identificação de equipamentos, unidades e regiões críticas e a elaboração de medidas de combate adaptadas para o território. Uma vez reconhecida a violência, é necessário assegurar que as adolescentes e jovens receberão o acolhimento e suporte necessários, incluindo atendimento psicoterapêutico e jurídico.

Sexualidade e Direitos Reprodutivos

Em relação aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, é preciso ampliar a educação sexual nas escolas, transformando-a em um tema rotineiro, transversal e parte indissociável da construção dos projetos de vida de adolescentes, reforçando a importância da corresponsabilidade. Políticas públicas específicas voltadas para a promoção da educação sexual e de gênero para meninos também é urgente, tratando não apenas questões relacionadas à prevenção, mas também consentimento, responsabilidade e igualdade de gênero.

A educação sexual e reprodutiva deve superar o paradigma biologizante, incluindo discussões sobre o exercício livre, informado e seguro da sexualidade; direitos sexuais e direitos reprodutivos; métodos de prevenção à gravidez e ISTs; planejamento reprodutivo; consentimento; prazer; autonomia; violência sexual e um olhar crítico aos papéis de gênero e a moral sexual que incide sobre meninas e mulheres. Ela deve ser acompanhada de um fortalecimento do PSE e uma aproximação entre os serviços de saúde e a educação, tanto no oferecimento de informações e orientações sobre métodos de contracepção e prevenção, quanto no acolhimento e criação de estratégias de proteção das estudantes gestantes ou mães.

Campanhas e programas de educação sexual e reprodutiva voltados para a sociedade em geral são importantes, visando mitigar os constrangimentos e violações aos quais as jovens estão sujeitas, que restringem o exercício de seus direitos. Incluir principalmente a família na discussão sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos aparece como fundamental, uma vez que ela exerce um papel significativo na negação de informações, insumos e ações de educação sexual nas escolas e unidades de saúde. Inserir a família na discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes de um modo geral é fundamental, tendo em vista a importância que um ambiente familiar acolhedor e aberto ao diálogo promove um exercício saudável da sexualidade e reduz as barreiras de acesso.



Então, assim, muitas das vezes eles não deixam os adolescentes nem assistirem o PSE sobre a educação sexual. Então a gente tem que, antes de ação, tem que estar levando um papel para os pais, estar assinando, concordando. Então, assim, muito dos pais que não deixam é a questão da religião ali que não permite. (...) Então, assim, esses pais, eu queria muito conversar com eles, assim, tu tá na verdade tirando um direito do teu filho. Você está tirando um direito de conhecer, de buscar informação científica, de ganhar, né, ali.”

(Profissional de saúde, região Sul)

As políticas voltadas para a promoção da autonomia e do exercício de direitos por adolescentes e jovens devem ser acompanhadas por ações de conscientização das famílias, principalmente os responsáveis, sobre a importância do acolhimento, diálogo e proteção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais das adolescentes. Incluir as famílias nas ações de prevenção, educação em sexualidade e em direitos reprodutivos e direitos sexuais pode reduzir as barreiras que essas meninas e adolescentes encontram quando buscam apoio, informação ou exercer seus direitos.

As políticas de educação sexual e reprodutiva precisam superar o viés biologicizante e restrito às disciplinas de biologia, por exemplo, e englobar questões como consentimento, prazer, responsabilidade, planejamento, direitos e violência, com o objetivo de fortalecer a autoestima e oferecer ferramentas para que adolescentes possam exercer sua sexualidade de forma consciente e segura.

Também é necessário um investimento maior em ações voltadas para os meninos e homens, que, muitas vezes, são negligenciados nos projetos voltados para a educação sexual. Desenvolver e fortalecer políticas de conscientização e educação de meninos e homens em relação aos papéis e violências de gênero, bem como sobre a importância do exercício responsável da paternidade.

Também é necessário garantir a oferta contínua de métodos contraceptivos diversos nos territórios, especialmente nas UBSs, espaços onde as meninas e jovens geralmente procuram atendimento em saúde. A falta de insumos e a interrupção de sua oferta intensifica a vulnerabilidade dessas meninas e jovens e impede o planejamento reprodutivo. Esse oferecimento deve ser acompanhado da capacitação de profissionais acerca das opções disponíveis, da importância de informar as meninas e jovens sobre essas opções e respeitar suas decisões acerca da adesão ou não.

“O que dificulta é que elas nem sabem o que eu estou falando. O que é esse planejamento familiar? O que elas não sabem? Então, aí tem essa curiosidade, são poucos também os agentes que vão pegar e falar assim tem essa gama aqui de opções, você pode fazer esse planejamento assim, pode escolher isso assim, não tem isso.”

(Entrevista com profissional de saúde, região Sudeste)

O oferecimento de informações e acesso a Métodos de Longa Duração (LARC) também aparece como uma estratégia eficaz, uma vez que não depende da disciplina diária das adolescentes e possibilita o manejo no consultório, sem a necessidade de exposição durante a aquisição, que pode causar situações de constrangimento e repressão. Nesse sentido, ampliar a oferta de LARCs nas UBSs, garantindo o acesso no território é fundamental. Além disso, é necessário garantir o direito de adolescentes acessarem a contracepção sem a obrigatoriedade de acompanhamento do responsável, respeitando sua privacidade.

“Eu penso que devia estar nas televisões, sabe, na internet, pra todo lado, divulgando. Para adolescentes, a partir de 14 anos podem buscar unidades de saúde sozinhos. Eu estou até com uma ideia, quem falou isso aí, de colocar, pediu isso pra ver se a gente coloca na televisão ali. Para uma forma de divulgar, né? Porque para que não fique só preso na questão das ações do PSE, mas sim outro meio de comunicação para estar divulgando essa informação.”

(Entrevista com profissional de saúde, região Sul)

Embora os LARCs sejam métodos recomendados para adolescentes, a promoção desses métodos deve ser sensível às implicações de raça/cor ou etnia e classe que muitas vezes acompanham as iniciativas institucionais de imposição do método a grupos específicos, ferindo a autonomia reprodutiva e afetando desproporcionalmente adolescentes, mulheres jovens, negras, pobres e em situação de exclusão social. O fornecimento dos LARCs e métodos definitivos, com a laqueadura, não raro são impostos a meninas e mulheres marginalizadas. É necessário reconhecer a face coercitiva dessas práticas e adotar medidas de fiscalização, protocolos e garantir que as meninas tenham conhecimento sobre seus direitos, inclusive à recusa, e ampliar os canais de denúncia.

Em relação à interrupção legal da gravidez, recomendamos a criação de programas específicos voltados à garantia do acesso ao direito, que inclua campanhas de conscientização em relação à concepção de estupro de vulnerável e o respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos de crianças e adolescentes, medidas de facilitação do acesso aos serviços que oferecem a interrupção da gestação, como subsídios para o deslocamento, assessoria jurídica e canais de denúncia e acionamento

da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, bem como a criação de espaços seguros de acolhimento às vítimas, especialmente nos casos em que os agressores são familiares e/ou residem na mesma casa.

Outra medida urgente é a descentralização dos equipamentos que disponibilizam o serviço de interrupção legal da gravidez, já que a distância e o custo de deslocamento são impeditivos para que meninas e mulheres acessem seus direitos. Essa descentralização deve ser acompanhada pela fiscalização dos equipamentos, buscando garantir o cumprimento dos protocolos já definidos, muitas vezes desrespeitados pelas equipes de saúde.



Uma coisa que me choca aqui também é essa questão do conservadorismo, é o fato de que até os direitos ao aborto legalizado, a denúncia ao estupro de vulnerável, ele acaba sendo negligenciado pelos profissionais de saúde. Então, o profissional de saúde não faz o que deve ser feito por questões pessoais. Tanto que o aborto legalizado aqui em [Estado] é muito difícil. (...) Porque a gente tem poucos médicos e que ainda são selecionados a dedo que fazem um aborto legalizado. Porque a maior parte dos profissionais não fazem por questões ideológicas. Tudo bem que eles não fazem por questões ideológicas, é um direito dele. Mas você não informar a vítima, não dizer para ela que ela tem direito. Isso eu já vi em alguns momentos a vítima não ser informada. Ou ela saber do direito dela e ela ter o direito cerceado porque os profissionais dificultam.

(Entrevista com profissional de saúde, região Norte)

A pesquisa demonstra que a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de meninas e jovens é essencial não só para mitigar os impactos da gestação na infância ou adolescência, mas também para prevenir que essas gestações ocorram. Dessa maneira, instrumentos de monitoramento e fiscalização dos serviços de saúde reprodutiva e sexual para crianças e adolescentes necessitam ser criados, buscando identificar violações antes, durante e após a gestação ocorrer.

Autonomia e Direitos

Programas voltados para a conscientização da população em geral sobre as concepções de infância e adolescência, bem como sobre os direitos das crianças e adolescentes são essenciais, principalmente aqueles focados no combate à lógica punitivista que permeia as relações e práticas em torno da sexualidade de meninas adolescentes gestantes e/ou mães. Além de garantir o acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, é necessário compreender as especificidades e demandas de desenvolvimento dessas meninas, oferecendo condições para que elas possam viver a infância e a adolescência de forma plena.

O eixo de autonomia e direitos é transversal, uma vez que o pleno exercício dos direitos e autonomia das adolescentes e jovens mães depende de políticas que abarquem as demandas em relação à educação, trabalho, renda e saúde física e mental.

As políticas voltadas para a permanência estudantil e inserção no mercado de trabalho também são essenciais, uma vez que contribuem para a redução da dependência das jovens em relação à família e aos companheiros, principalmente daquelas em situação de violência. Diante dos relatos de violência evidenciados pelos dados quantitativos e qualitativos, é urgente um fortalecimento da Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, incluindo a formulação e execução de ações específicas para adolescentes e jovens mães.

Além disso, é necessário consolidar uma política específica que envolva as três esferas do governo e seus diferentes setores de combate ao casamento de crianças e adolescentes. A capacitação de profissionais de educação, saúde e conselhos tutelares, bem como protocolos de atuação conjunta é essencial para identificar e proteger crianças e adolescentes gestante ou mães vulneráveis, conscientizando as adolescentes e suas famílias sobre o impacto e a severidade das uniões na infância e na adolescência.

Embora muitas uniões sejam informais, é necessário um trabalho mais efetivo de conscientização e sensibilização de servidores públicos, especialmente no judiciário, em temas sobre violação dos direitos da criança e do adolescente, desigualdades e violências de gênero e o conceito de casamento infantil, buscando combater a formalização de uniões no contexto da gravidez.

A formulação e execução de políticas públicas para o combate à gestação precoce, bem como o fortalecimento de mães jovens exige que o Estado trate a gestação e a maternidade precoce não apenas como um problema de saúde, mas como um desafio de cidadania e igualdade de gênero. Além disso é necessário que as ações compreendam as meninas e mulheres jovens para além do período da gestação, oferecendo recursos para que a maternidade não signifique o fim de seus projetos individuais, mas como uma etapa da vida que conte com a corresponsabilização da família, sociedade e poder público.



Este estudo contribui para o debate público sobre gravidez na infância ou adolescência no Brasil ao oferecer evidências empíricas inéditas, em escala nacional, sobre seus impactos nas trajetórias de vida de jovens mulheres. Ao combinar análise quantitativa com abordagem qualitativa, o trabalho avança na compreensão do fenômeno como multidimensional, permitindo identificar não apenas associações descritivas, mas também estimativas causais mais robustas sobre seus efeitos.

Os resultados indicam que a gravidez na infância ou adolescência exerce impactos consistentes e substantivos sobretudo nas dimensões educacional e econômica. Observa-se uma interrupção relevante da trajetória escolar, com efeitos duradouros sobre o nível de escolaridade e as expectativas educacionais, bem como restrições significativas à inserção produtiva, especialmente mediadas pelas demandas de cuidado. Esses fatores se traduzem em maior dependência econômica e pior condição socioeconômica, reforçando a compreensão da gravidez na infância ou adolescência como um mecanismo de reprodução de desigualdades ao longo do ciclo de vida.

Por outro lado, os efeitos em outras dimensões, como saúde, autonomia e algumas dinâmicas familiares, mostram-se mais heterogêneos ou estatisticamente indistinguíveis de zero. Esse achado é relevante, pois sugere que nem todas as diferenças observadas entre jovens com e sem experiência de gravidez na infância ou adolescência podem ser atribuídas diretamente ao evento em si, mas também a condições prévias que estruturam essas trajetórias. Nesse sentido, o estudo reforça a importância de abordagens metodológicas que busquem isolar efeitos causais e evitem interpretações baseadas em variáveis pós-tratamento ou em análises condicionais potencialmente enviesadas.

Um dos achados mais relevantes diz respeito à dimensão interseccional. A gravidez na infância ou adolescência não apenas incide de forma desigual sobre diferentes grupos sociais, como também tende a reduzir diferenças iniciais entre eles por meio de um processo de “nivelamento por baixo”. Esse resultado sugere que a gravidez na infância ou adolescência atua como um fator de convergência de trajetórias em patamares mais baixos de bem-estar, interrompendo percursos potencialmente mais favoráveis e aprofundando situações já marcadas por vulnerabilidade. Trata-se de um achado com implicações importantes para políticas públicas, ao evidenciar que a prevenção e o enfrentamento da gravidez na infância ou adolescência devem ser pensados de forma articulada às desigualdades estruturais de raça/cor ou etnia, renda e território.

Do ponto de vista das contribuições, o estudo se destaca por três aspectos principais. Primeiro, pela utilização de estratégias de inferência causal aplicadas a dados originais de survey, o que permite avançar além de análises puramente descritivas. Segundo, pela integração com evidências qualitativas, que contribuem para a compreensão dos mecanismos subjacentes aos efeitos observados. Terceiro, pela incorporação de uma perspectiva interseccional, fundamental para interpretar a heterogeneidade dos impactos e evitar generalizações simplificadoras.

Não obstante, o estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a estratégia de identificação causal, baseada em técnicas de pareamento, depende da observação e adequada mensuração de variáveis pré-tratamento, não sendo capaz de eliminar completamente a possibilidade de viés por fatores não observados. Em segundo lugar, algumas dimensões analisadas podem estar sujeitas a limitações de mensuração, especialmente aquelas relacionadas a aspectos subjetivos, como autonomia ou bem-estar. Em terceiro lugar, a própria natureza transversal dos dados impõe restrições à análise de trajetórias ao longo do tempo, dificultando a captura de efeitos dinâmicos ou de longo prazo. Por fim, a análise de subgrupos e efeitos heterogêneos deve ser interpretada com cautela, especialmente quando baseada em amostras reduzidas ou em recortes que podem introduzir vieses de seleção.

Adicionalmente, é importante destacar os desafios operacionais enfrentados no trabalho de campo. A população de maior interesse, mulheres de 19 a 29 anos que vivenciaram gravidez precoce, representa uma fração reduzida da população brasileira, menos de 2%, o que impõe dificuldades relevantes para sua identificação e recrutamento em escala nacional. Esse desafio é agravado por se tratar de um grupo frequentemente invisibilizado em termos de acesso a espaços de poder e participação, em função de assimetrias etárias e de gênero, o que pode impactar tanto a captação quanto a disposição à participação na pesquisa. A realização de um campo nacional, portanto, exigiu estratégias específicas de mobilização e ampliação de alcance, que, embora tenham permitido a construção de uma amostra quantitativa representativa, ainda apresenta limitações em termos de tamanho amostral para a extração de conclusões mais robustas no que se refere à análise de resultados heterogêneos (em subgrupos daquela população), por exemplo.

Diante dessas limitações e desafios, o estudo aponta caminhos relevantes para pesquisas futuras. Avanços importantes podem ser alcançados por meio da utilização de dados longitudinais, que permitam acompanhar trajetórias ao longo do tempo e capturar efeitos dinâmicos da gravidez na infância ou adolescência. Além disso, o aprofundamento da análise qualitativa pode contribuir para elucidar mecanismos ainda pouco compreendidos, especialmente nas dimensões de autonomia, saúde e redes de apoio. Por fim, há espaço para investigações que explorem de forma mais detalhada os efeitos de políticas públicas, como acesso à educação, serviços de saúde sexual e reprodutiva e programas de transferência de renda, na mitigação dos impactos identificados.

Em síntese, os resultados reforçam a necessidade de compreender a gravidez na infância ou adolescência não apenas como um evento individual, mas como um fenômeno socialmente estruturado, cujas causas e consequências estão profundamente enraizadas em desigualdades de gênero, raça/cor ou etnia, renda e território. Nesse sentido, políticas públicas eficazes devem ir além de abordagens setoriais isoladas, articulando estratégias de prevenção, proteção social, permanência escolar e promoção da autonomia econômica, de forma integrada e orientada à redução das desigualdades.

Referências

ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; AQUINO, Estela M. L. A gravidez na adolescência e a conclusão da educação básica: um estudo entre jovens do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2386–2400, 2011.

AMARAL, Miriam Matos; MAIA, Tatiana Cristina Vasconcelos; SOARES, Gisele do Socorro Oliveira Mota. Creches noturnas: limites de um direito adultocêntrico. *Revista Aracê*, v. 7, n. 11, p. e10131, 1 nov. 2025.

ARAÚJO, Adryane Santos *et al.* Gravidez na adolescência: a influência dos antecedentes familiares e sociais na cidade de Anápolis – GO. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e24910615633, 29 maio 2021.

CARDIERI, Lígia. **Estudo Meninas Mães 2023. Atualização da análise de dados do SINASC/DataSUS 2021 para o estudo original da década de 2010-2019**. Porto Alegre: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Anis - Instituto de bioética; Portal Catarinas; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Grupo Curumin, 2023.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; MAIA, Mônica Bara; CAMARGO, Malco Braga. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 2, p. 389–407, 2012.

CRUZ, Mércia Santos da; CARVALHO, Fabrícia Jôisse Vitorino; IRFFI, Guilherme. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 243–266, n. 46, 2016.

MEINCKE, Sonia Maria Könzgen *et al.* Perfil socioeconômico e demográfico de puérperas adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 486–491, 29 set. 2011.

PONTILI, Rosangela Maria; LOPES, Janete Leige. Uma discussão da interrelação entre gravidez na adolescência e permanência na escola, a partir da aplicação do modelo Próbit. **Revista de Direito Brasileira**, v. 10, n. 5, p. 228–248, 1 abr. 2015.

RAYA-DIEZ, Esther *et al.* Risk Factors and Social Consequences of Early Pregnancy: A Systematic Review. **Sage Open**, v. 14, n. 3, p. 21582440241271324, jul. 2024.

SANTOS, Felícia Mariana; PAZELLO, Elaine Toldo; ANAZAWA, Leandro Seiti. Os Impactos da maternidade sobre os resultados socioeconômicos de curto prazo das adolescentes brasileiras. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 51, n. 1, p. 101–135, abr. 2021.

SOUTO, Rayone Moreira Costa Veloso *et al.* Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2909–2918, 2017.

ANEXO
Pareamento

Estratégia de Identificação

As estimativas apresentadas no estudo são baseadas em uma abordagem de pareamento (*propensity score matching*), com o objetivo de comparar jovens que passaram ou não pela experiência de gravidez na infância ou adolescência que sejam observacionalmente semelhantes em características anteriores ao evento da gravidez.

Para o pareamento, foram utilizadas as seguintes variáveis pré-tratamento:

- Idade
- raça/cor ou etnia
- Trajetória escolar
- Região
- Religião

Essa estratégia permite estimar um efeito⁵ médio do tratamento nos tratados (ATT – *Average Treatment effect on the Treated*) sob o pressuposto de ausência de confundimento não observado.

Variáveis que são afetadas pela própria gravidez (por exemplo: renda, abandono escolar, empregabilidade, número de filhos) não são utilizadas no pareamento, pois isso geraria viés de pós-tratamento. No entanto, essas variáveis são analisadas como desfechos, pois ajudam a compreender os mecanismos pelos quais a gravidez impacta a trajetória das jovens.

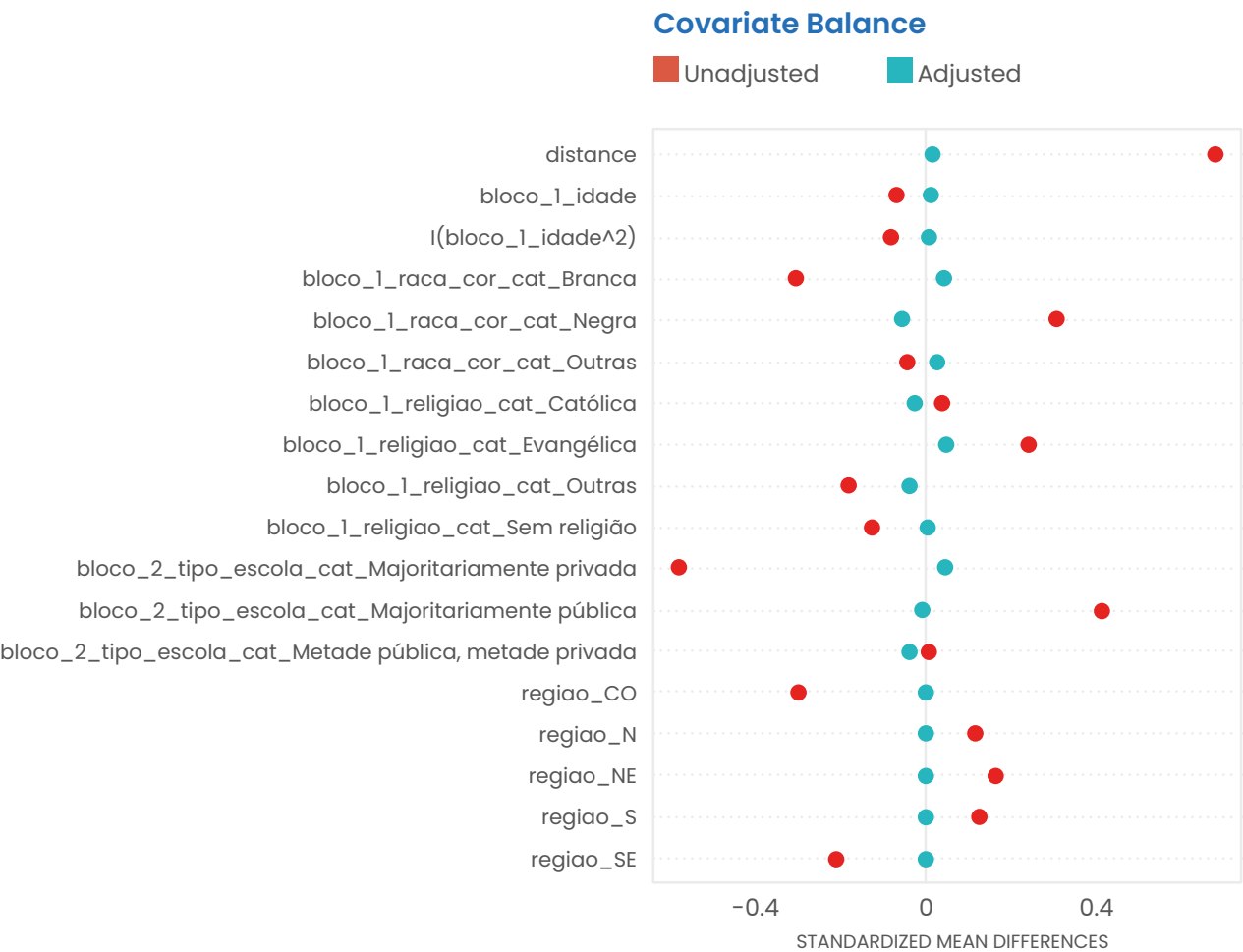
5. As estimativas foram calculadas considerando-se um intervalo de confiança de 95% e erro-padrão clusterizado por subclasse.

Especificação e Balanceamento

Foi utilizada a seguinte especificação para o escore de propensidade:

gravidez na infância ou adolescência = *idade* + *idade*² + *raça/cor/etnia* + *trajetória escolar* + *região* + *região* x *raça/cor/etnia* + *religião*

O resultado do balanceamento antes (*unadjusted*) e depois (*adjusted*) do pareamento são apresentados abaixo.



Como pode-se observar, a distância padronizada inicial de 0,6973 foi reduzida para 0,0196⁶.

6. O pareamento foi realizado através do software estatístico RStudio através do pacote MatchIt. O método utilizado foi o "nearest", com ratio igual a 3, sem reposição, com pareamento exato para região, considerando os pesos de pós-estratificação da survey e caliper igual 0,2 do desvio-padrão. Após o pareamento, o tamanho da amostra no grupo de tratamento ficou igual a 265 (de originais 275) e 661 no grupo de controle (de originais 1.121).

Diferença de Análise entre Amostra Total e Amostra Condicional

Os resultados são apresentados por tipo de amostra (total ou condicional) segundo a quantidade de respondentes, mais restrita em alguns casos, devido à estrutura ramificada do questionário (como no caso de perguntas realizadas apenas às mulheres que são mães ou estão empregadas, por exemplo):

- **Amostra total:** compara jovens semelhantes que passaram ou não por uma gravidez na infância ou adolescência para perguntas que foram realizadas para a totalidade das respondentes → fornece estimativas mais próximas de efeitos causais.
- **Amostra condicional:** compara jovens semelhantes que passaram ou não por uma gravidez na infância ou adolescência para perguntas que foram realizadas para a um subgrupo (mães, mulheres economicamente ativas, etc.) das respondentes → fornece estimativas observacionais por não possuir grupo de controle estável, devendo ser interpretados como: descrições de trajetória e evidências de mecanismos, uma vez que incorpora componente de seleção pós-tratamento.



