



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

VITÓRIA PAIVA LOPES E SILVA ANDRADE

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO EXPRESSÃO DA
QUESTÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE A POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA GESTANTES ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR/BA**

Salvador

2025

VITÓRIA PAIVA LOPES E SILVA ANDRADE

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO EXPRESSÃO DA
QUESTÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE SOBRE A POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA GESTANTES ADOLESCENTES NO
MUNICÍPIO DE SALVADOR/BA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social do Instituto de Psicologia e Serviço Social, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosemeire Maria Antonieta Motta Guimarães

Salvador

2025

Nada é pequeno se feito com amor.

Santa Teresinha do Menino Jesus

Dedico este trabalho a todas as mulheres que continuam escrevendo e lutando contra o patriarcado para que muitas outras possam ocupar estes lugares.

Em especial à minha avó Maria Raquel.

Mulher, avó, mãe e amiga.

Você estará sempre em nossos corações e memórias.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por Sua presença constante, que me fortaleceu nos momentos de desafio e iluminou meu caminho, guiando-me com esperança e fé durante toda essa trajetória acadêmica. Sem Sua graça, este trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, Fernanda e Márcio, e familiares, meu profundo reconhecimento e gratidão pelo amor, apoio e incentivo incondicional que me deram em todos os momentos. Vocês foram meu porto seguro, minha motivação diária para superar dificuldades e seguir em frente, mesmo quando as exigências pareciam maiores do que eu poderia suportar. Em especial à minha avó materna, Maria Raquel (*in memoriam*), que nos deixou muito cedo, a ponto de estar presente apenas no começo da minha formação universitária, mas que sempre me incentivou a ser uma mulher estudiosa e que conquistaria tudo aquilo que desejasse através dos estudos. Obrigada pelo tempo em que estive em minha vida e por todos os ensinamentos que carrego comigo no coração.

Ao meu noivo, e futuro esposo, Luan, que sofreu junto comigo as dores da escrita deste trabalho e ouviu pacientemente todas as minhas reclamações e indagações. Você é obra da graça de Deus em minha vida. Obrigada pelo acalento nos piores momentos e por aceitar dividir a vida comigo.

À minha orientadora, Professora Rosemeire Guimarães, que com paciência, dedicação e sabedoria, não apenas direcionou este trabalho, mas também me inspirou a olhar para além dos desafios, buscando sempre a excelência e o compromisso social. Sua orientação foi essencial para o amadurecimento do meu pensamento crítico e para a consolidação desta pesquisa.

Aos colegas e amigos do curso, que compartilharam comigo os percalços e as vitórias dessa caminhada, contribuindo com palavras de apoio, debates enriquecedores e, sobretudo, com a cumplicidade que só quem está na mesma jornada pode entender. A presença de vocês fez com que os momentos difíceis fossem mais leves e os bons momentos ainda mais memoráveis.

A minha amiga, Carol, que esteve presente em cada passo deste trabalho, sofrendo junto, quando preciso, e sonhando sempre voos maiores e melhores para minha caminhada pessoal e profissional.

A minha supervisora de estágio, Jacilene Trindade, que me permitiu tocar horizontes mais reais quanto à ação profissional da assistência social no âmbito da saúde e me guiou por

um ano e meio na caminhada do estágio de forma tão calorosa e amável.

Aos professores convidados, Professora Mariana e Professor João Paulo, por gentilmente terem aceitado participar da minha banca e se disponibilizado a lerem e avaliarem minha pesquisa.

Agradeço também aos autores, mas principalmente às autoras, cujas obras fundamentaram esta pesquisa, pela contribuição essencial para a reflexão crítica sobre a assistência social e as questões que envolvem a maternidade em contextos vulneráveis.

Por fim, dedico este trabalho a todas as mulheres, e em especial às adolescentes gestantes, protagonistas de suas histórias e da luta por direitos e dignidade. Que esta pesquisa possa contribuir para a construção de políticas públicas mais justas, acolhedoras e eficazes, que as reconheçam como sujeitos de direitos e agentes de transformação social.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte desta caminhada, o meu muito obrigado. Esta conquista é também de vocês.

ANDRADE, Vitória Paiva Lopes e Silva. **Gravidez Na Adolescência Como Expressão Da Questão Social: Uma Análise Sobre A Política De Assistência Social Para Gestantes Adolescentes No Município De Salvador/Ba.** Trabalho de Conclusão de Curso. Serviço Social. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2025.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a gravidez na adolescência como expressão da questão social, com enfoque na política pública de assistência social e seus programas voltados para gestantes, especialmente adolescentes, no município de Salvador-BA. A partir de uma revisão histórica sobre a construção social do ser mulher e da análise da legislação e programas sociais brasileiros, destaca-se a importância do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e suas ações para garantir proteção social e direitos às mulheres gestantes em situação de vulnerabilidade. Porém, a pesquisa evidenciou a ausência de programas específicos para adolescentes grávidas em Salvador, apesar do alto índice de nascimentos nessa faixa etária, apontando desafios estruturais como a insuficiência de recursos, a descontinuidade dos programas e a falta de intersetorialidade. Propõe-se, portanto, a implementação de programas municipais direcionados às gestantes adolescentes, com foco em acompanhamento social, autonomia, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, além de estratégias que respeitem os recortes de gênero, raça e território. O estudo reforça que a superação das desigualdades sociais e a promoção de uma maternidade digna dependem do fortalecimento das redes de proteção social, da escuta ativa das jovens e do investimento público qualificado haja vista este ser assegurado e amparado pelas legislações pertinentes e ter a devida fiscalização em bases de competência e compromissos firmados.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Assistência social; Políticas públicas; Município de Salvador; Questão Social.

ABSTRACT

This study aims to analyze teenage pregnancy as an expression of the social question, focusing on public social assistance policies and their programs aimed at pregnant women, especially adolescents, in the municipality of Salvador-BA. Drawing from a historical review of the social construction of womanhood and an analysis of Brazilian legislation and social programs, the study highlights the importance of the Unified Social Assistance System (SUAS) and its efforts to ensure social protection and rights for pregnant women in vulnerable situations. However, the research reveals the absence of specific programs for pregnant teenagers in Salvador, despite the high rate of births in this age group, pointing to structural challenges such as lack of resources, program discontinuity, and lack of intersectoral coordination. It is therefore proposed the implementation of municipal programs targeted at pregnant adolescents, with a focus on social support, autonomy, strengthening family and community bonds, and strategies that respect gender, race, and territorial differences. The study reinforces that overcoming social inequalities and promoting dignified motherhood depend on strengthening social protection networks, actively listening to young women, and investing in qualified public policies, given that these are guaranteed and supported by pertinent legislation and require proper oversight based on competence and committed governance.

Keywords: Teenage pregnancy; Social assistance; Public policies; Municipality of Salvador; Social question.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ADPF – ARGUIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL

BPC – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

CadÚnico – CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS

CIDACS – CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA A SAÚDE

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

eAPP – EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

ECA – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

eCR – EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA

eMULTI – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

eSB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

eSF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESPIN – EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL

eSRF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA E FLUVIAL

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IDEB – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

IWPR – INSTITUTE FOR WOMEN'S POLICY RESEARCH

LOAS – LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

MDS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOB/SUAS – NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

PHPN – PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNAISM – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PNAS – POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

PPNNS – PROGRAMA PRÉ-NATAL E NASCIMENTO SEGURO

SUAS – SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. BREVE INCURSÃO NA CONCEPÇÃO DO SER MULHER: DO PATRIARCADO À CONTEMPORANEIDADE	15
2.1 CAPITALISMO E CONTEMPORANEIDADE: UMA VISÃO SOBRE O SER MULHER	22
2.2 A LUTA DA MULHER NO BRASIL E A INFLUÊNCIA DO MOVIMENTO SUFRAGISTA SOBRE OS DIREITOS REPRODUTIVOS	28
3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL	36
3.1 CONTEXTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL	41
3.2 CENÁRIO ACERCA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA E NO MUNICÍPIO DE SALVADOR	50
4. POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO À MULHER GESTANTE	56
4.1 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA A MULHER GESTANTE	62
4.2 O QUE SE TEM A DIZER E ANALISAR ACERCA DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL VOLTADOS PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA?	68
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
6. REFERÊNCIAS	75

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um fenômeno social que apresenta diversas dimensões, atravessadas por múltiplos fatores como: economia, cultura e história. Todos esses elementos influenciam diretamente a vida das jovens e suas famílias. No Brasil, e especialmente em regiões com elevados índices de desigualdade social como o estado da Bahia e o município de Salvador, esse fenômeno evidencia as fragilidades estruturais e a persistência da exclusão social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, sendo esse o grupo etário utilizado para análise da gravidez na adolescência neste trabalho. Compreender a gravidez na adolescência como expressão da questão social, à luz da reflexão de Yamamoto (2008), implica reconhecer que ela não é um mero resultado de escolhas individuais, mas um reflexo de condições de vulnerabilidade, acesso restrito a direitos e ausência de políticas públicas efetivas.

No que diz respeito à temática, esta foi escolhida a partir de uma reflexão advinda de um seminário para a disciplina de “Política Social e Questão Social no Brasil”, onde tivemos que escolher uma expressão da questão social para apresentar para a turma. Nós, estudantes, escolhemos falar sobre a gravidez na adolescência, tema do qual, até o presente momento, no quarto semestre, não havia ainda sido tratado nem tido como exemplo em nenhuma das aulas com o tema da questão social e suas expressões. A partir desse momento e das pesquisas realizadas para apresentar o seminário, tivemos ciência da invisibilidade do tema, e assim nasceu o estímulo para pesquisar sobre a gravidez na adolescência como expressão da questão social e analisar as políticas públicas de assistência social voltadas a este público.

Ao analisar a gravidez na adolescência como expressão da questão social, este trabalho busca contribuir para o debate sobre a necessidade de implementação efetiva de políticas públicas integradas. Quando analisado sob essa perspectiva, tendo como base a política de assistência social, se faz necessário articulações intersetoriais e sensíveis às especificidades das adolescentes gestantes, especialmente aquelas marcadas por vulnerabilidades sociais, raciais e territoriais. A investigação da atuação da política de assistência social em Salvador/BA visa evidenciar como o Estado atua frente a essa realidade, ressaltando a importância de abordagens críticas e interseccionais que rompam com leituras moralizantes e individualizantes. Com isso, o trabalho pretende ampliar as possibilidades de inclusão social, garantia e acesso de direitos, além de colaborar com a formação profissional no campo do Serviço Social, reafirmando seu compromisso ético-político com a justiça e

equidade social.

Assim, este trabalho tem como objetivo geral compreender a gravidez na adolescência como expressão da questão social e analisar a política pública de assistência social voltada para este público. Para tal, adotaram-se como objetivos específicos identificar os programas e serviços que têm como público alvo às gestantes adolescentes no âmbito da política de assistência social no município de Salvador e investigar de que forma essas políticas têm respondido às demandas específicas dessa população.

Para a realização deste trabalho, adotou-se uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória, com a utilização da pesquisa bibliográfica e documental como principais procedimentos metodológicos. Conforme Gil (2008), a pesquisa bibliográfica baseia-se na análise de material já publicado, como livros, artigos científicos e documentos oficiais, possibilitando ao pesquisador aprofundar-se teoricamente no objeto de estudo. Já a pesquisa documental recorreu a fontes institucionais, como dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Ministério da Saúde (MS) e de documentos governamentais que tratam das políticas públicas de assistência social e saúde. Também foram analisados relatórios, publicações, decretos, leis e projetos de lei de órgãos estaduais e municipais, a fim de contextualizar a realidade local.

Além disso, o estudo foi orientado pelo método materialista histórico dialético, o qual permite analisar a realidade social em sua totalidade, considerando suas contradições, mediações e determinações históricas. Segundo Netto (2011), trata-se de um método que “recusa a aparência imediata dos fenômenos e busca desvelar suas determinações essenciais, inscritas na dinâmica contraditória da vida social” (Netto, 2011, p. 37). Assim, esse referencial teórico-metodológico possibilita compreender a gravidez na adolescência como uma expressão concreta das desigualdades estruturais produzidas pelo modo de produção capitalista, articulando dimensões de classe, raça, gênero e território. Essa abordagem metodológica permitiu construir um panorama crítico e fundamentado sobre a gravidez na adolescência como expressão da questão social e sua interlocução com a política de assistência social no município de Salvador.

Para isso, apresenta-se inicialmente uma reflexão sobre a condição da mulher ao longo da história, com ênfase nas transformações sociais do patriarcado à contemporaneidade e as implicações do capitalismo para a experiência feminina. Em seguida, discute-se o contexto da gravidez na adolescência no Brasil, com aprofundamento nos dados estaduais da Bahia e municipais de Salvador, revelando os desafios e particularidades regionais. Além disso, o

estudo aborda as principais políticas nacionais voltadas à atenção da mulher gestante, destacando os programas de assistência social e sua atuação frente às gestantes adolescentes. Por fim, busca-se compreender como essas políticas são implementadas localmente e quais os impactos e limitações enfrentados no município de Salvador.

2. BREVE INCURSÃO NA CONCEPÇÃO DO SER MULHER: DO PATRIARCADO À CONTEMPORANEIDADE

Desde 3.300 a.C., no Egito Antigo, o tema “ser mulher” é abordado de diferentes formas durante a linha do tempo da história. No mito da criação egípcia, o deus primevo Atum, nascido das Águas de Nun, gerou os deuses Shu e Thefnut, que geraram a deusa Nut (representante do céu) e o deus Geb (representante da terra), que seria seu irmão-marido. Desta união são gerados Osíris, Seth, Neftís e Ísis, os quatros principais deuses do Egito. Osíris, casado com Ísis, se torna o primeiro faraó e Seth se casa então com Neftís. A mulher é protagonista e muito importante na mitologia egípcia, como no mito das cheias do Rio Nilo, que nada mais seria do que as lágrimas da deusa Ísis em procura de seu irmão-marido, o deus Osíris, morto por seu irmão, o deus Seth (Palma, 2021).

As mulheres faraós foram muito poucas ao longo deste período, e apesar do papel da mulher ser levado mais em conta no Egito do que em outros povos da Antiguidade, a visão mais comum da mulher era como mãe, senhora da casa e administradora da propriedade. A relação entre Nut e Geb na mitologia, esclarece muito como os faraós levavam seus casamentos, e conseqüentemente de como a mulher se encaixava em um casamento. O faraó comumente tinha um harém (que não continha qualquer carga erótica) onde residia a rainha e onde as crianças reais eram educadas, além das mulheres escolhidas pela mãe do sultão. Vale ressaltar que as faraós deveriam ter sangue real e geralmente estas governavam o final de alguns períodos faraônicos (Palma, 2021).

A mulher como “senhora da casa” era crucial para os laços familiares no Antigo Egito. Ela era entendida como: “Aqueles mulheres que são casadas ou solteiras e vivem não somente da administração do lar, das compras de mantimento etc.” (Palma, 2021, p.9), mas também aquelas que eram escribas, sacerdotisas do templo, mães ou “moças da alegria” (estas tidas como disponíveis para todos os homens). Nesta época, os filhos, por exemplo, carregavam os sobrenomes de suas mães: “Nilo, filho da nept-per da casa de Cleópatra”. Isto mostra a importância das senhoras da casa para com a identidade e pertencimento de seus filhos na sociedade. A mulher no Egito é respeitada, de confiança e tratada como algo de valor, que tem seus desejos, prazeres, amores e “direitos” (Palma, 2021).

Esta mulher poderia adotar uma criança mesmo sendo solteira, se divorciar e ter por direito seus bens, ser médica ou sacerdotisa em algum templo, está última uma das funções mais valorizadas. Havia igualdade entre homens e mulheres na vida social, mas as mulheres eram levadas a se importar muito com sua aparência, modo de vestir, de se maquiar e perfumar para serem ainda mais valorizadas pelos homens. A figura da mulher no Antigo Egito, especialmente como mãe, de acordo com a mistificação do feminino e seu corpo, foi tomada como de grande importância pelos 3.000 anos de duração deste período, garantindo os direitos e deveres dessas mulheres (Palma, 2021). As mulheres egípcias então eram figuras dotadas de respeito e bastante valorizadas pela sociedade da época, em contraste com outros modelos de sociedade que existiram durante o mesmo período em espaços diferentes.

Na Antiguidade Oriental, também existia o povo mesopotâmico. A existência da Mesopotâmia compreende um período de 5.000 a.C a 539 a.C (cerca de quase 4.500 anos). As mulheres mesopotâmicas não podem ser generalizadas tão facilmente, pois na Mesopotâmia existiram diferentes culturas ao longo do tempo, então se fará um apanhado geral. O casamento na Mesopotâmia era arranjado pelo pai ou irmão mais velho da noiva, na ausência do primeiro. Porém o noivo também tinha possibilidade de escolher sua própria noiva, ou que seus pais o indicassem uma esposa. Em alguns escritos ainda diziam que as viúvas tinham a possibilidade de escolher seu novo marido (em casos onde não houvesse herdeiros), depois de voltar para a casa de sua família após a morte de seu esposo, em posse de seu dote. O casamento era tratado como uma transferência de bens: a família da noiva lhe concedia seu dote, destinado a esta com possibilidade de transmiti-lo posteriormente para seus filhos. O marido então entregava um “contradom” à família de sua esposa, que se tratava de um valor inferior ao dote da mulher e era entregue antes do dote em si (Lion; Michel, 2005).

O acordo matrimonial da Mesopotâmia contrai um adendo interessante, pois o dote da esposa não era recebido por seu marido ou a família deste como em outras civilizações. Outro ponto a se destacar neste período é que a noiva pode ficar na casa de seu pai pelo tempo referente ao espaço entre o pagamento do contradom e a consumação do casamento, e havia leis bastante severas para o homem que desflorasse a mulher comprometida com o contradom já pago, que chegavam até a pena de morte.

Sobre o divórcio, a forma de tratá-lo na Mesopotâmia varia de região para região. Em algumas cidades havia pena de morte para a mulher que o solicitasse e pagamento de uma

grande quantia a seu marido, em outras era empregado um gesto simbólico de cortar a franja do vestido de noiva da esposa, e em outras tanto a esposa como o marido poderiam solicitar o divórcio e continuar pessoas livres após este. Contudo, o procedimento para se separar era tido de diferentes formas nas distintas regiões e culturas (Lion; Michel, 2005).

A obtenção de filhos também conferia legitimidade ao casamento, com leis bastantes severas em caso de aborto voluntário. Fazendo um comparativo, ainda hoje o aborto voluntário é proibido e repudiado por muitos países. Esta mulher que é mãe é muito respeitada e honrada nesta cultura, sendo responsável pela educação de seus filhos. Lion e Michel (2005) trazem que, além de mães, estas mulheres também eram responsáveis pelo prazer de seu marido e por todos os afazeres domésticos (lavar, cozinhar, por à mesa, passar), o que ocupava bastante de seu tempo.

Havia ainda mais uma classificação da mulher, que advinha da mulher assíria, que fazia negócios (acordo com transportadores ou negócios com mercadores), tendo sua independência à parte de seu marido e de seu dote. Algumas ainda rendiam este capital através de empréstimos para terceiros. Em comparação com a sociedade atual, poderia se nomear esta mulher de empreendedora.

Na Antiguidade Ocidental ou Clássica (que diz respeito à Grécia e a Roma Antiga), na Grécia Antiga, que compreende de cerca de 2000 a.C. a 316 a.C., os direitos da mulher são bem diferentes da Antiguidade Oriental. A sociedade grega era orientada em torno da “*polis*” que era o espaço dos cidadãos, ditos iguais. A mulher porém não era uma cidadã e estava restringida a “*oikia*”, espaço que se resumia a casa, e não poderia jamais se desvincular desta e ascender à polis (Lois, 1999). O matrimônio era não só uma união de laços como também uma separação de todas as ligações que a mulher tinha com a família do pai, sendo tão severa que: “o casamento deu-lhe segundo nascimento. Doravante estará colocada no lugar de filha de seu marido.”(Coulanges, 1998, P. 42 *apud* Lois, 1999, P. 126). Dessa forma, a autora traz que a mulher era posse, dada de um homem para outro homem, que exercerá agora a função, além de esposo, de seu pai, caracterizando assim a incapacidade da mulher. Assim como na Mesopotâmia, a mulher também era sinônimo de troca de riquezas entre as famílias através do casamento, tratado como uma troca comercial.

Com o advento da necessidade de um espaço público, além da polis e “*oikia*”, há algumas modificações no matrimônio, família e consequentemente na forma de pensar a mulher nestes espaços. Havia 3 condições para ser pertencente a uma cidade: exercer autoridade a partir de maior riqueza na polis, pertencer a uma casa e ter um lote de terra. Então, a partir deste momento, os laços da mulher com a casa paterna passando a ser mantidos mesmo após o casamento, gera uma herança para seus filhos, gerando maior poder à família. Porém, a mulher continua num lugar de incapacidade, sendo usada apenas para produzir legitimidade (Lois, 1999).

De acordo com o que afirma Lois (1999), o modelo matrimonial é diferenciado em Atenas, em virtude do regime democrático instaurado por Sólon. Sólon, percebendo que a posse de terra só concentrava mais poder para uma minoria rica, resolveu então negar que o lote de terra seja critério para cidadania, como estava estabelecido até então. Além disso, para maior descentralização do poder da classe rica, Sólon abole dívidas públicas e privadas, pondo fim a escravidão de homens atenienses que foram feitos escravos pela dívida e proibindo que a dívida seja a motivação para futuras escravizações. Segundo a autora, Atenas não era de fato uma democracia real, mas um modelo de oligarquia atenuada, levando em conta que apenas uma parte dos cidadãos usufruía igualmente de privilégios perante a lei (Lois, 1999).

A partir desta primeira mudança, Sólon introduz um novo modelo de casamento baseado em negar que a mulher e seu esposo sejam consanguíneos, sendo não mais esta filha de seu marido. Neste novo modelo, a mulher também não é de posse de seu pai em primeiro, ou seja, não é mais transferida a posse sobre a mulher no ato do casamento, mas sim o poder sobre ela. O dote e a mulher não se incorporam mais ao patrimônio do marido, podendo os dois em caso de divórcio, voltar para a família de origem (Lois, 1999).

Com estas mudanças era possível que mulheres ricas se casassem com homens pobres ou ao contrário, supondo uma “convivência democrática em Atenas” (Lois, 1999, p.132). Mas mesmo com todas estas mudanças, o acesso da mulher à comunidade cívica estava condicionado a dois fatores: ser filha legítima de cidadãos atenienses e casar-se com um homem que tivesse o título de cidadão ateniense; somente assim poderia ser cidadã ateniense. No entanto, mesmo com estes condicionantes, eram tidas como incapazes de praticar qualquer ato público, desconsiderando-as como cidadãs (Lois, 1999).

Do outro lado da Antiguidade Clássica, existia a Roma Antiga, período datado entre 753 a.C. a 476 d.C. Nesta civilização o destino da mulher era traçado desde seu nascimento. No momento em que as crianças nasciam em Roma, o genitor poderia erguer a criança em seus braços, simbolizando que a aceitava na família, ou não fazê-lo, significando que a criança deveria ser abandonada. O pai só era obrigado a aceitar a primeira filha do casal, podendo qualquer outra após esta ser abandonada, já que as mulheres traziam grandes encargos à suas famílias (Carvalho, 2022).

Com 8 dias de nascida, após comprovada a “viabilidade” da criança, iniciava-se um ritual no qual mãe e filho eram purificados com água lustral¹. Após a purificação, a criança recebia um nome que, segundo Carvalho (2022), sempre fazia referência ao pai; por exemplo, se o nome do pai fosse Cornelius, o da filha seria Cornelia, nome que a acompanharia mesmo após o casamento. Neste ritual também a mulher mais velha da família fazia votos de boa fortuna para o destino desta menina. Com a chegada dos 7 anos de idade, as meninas começavam a se alfabetizar na escola pública ou com um professor particular, e também sua mãe lhe ensinava a fiar e a governar uma casa, pois a partir desta idade já estavam aptas ao noivado (Carvalho, 2022). É importante salientar que a expectativa de vida nesta época era consideravelmente curta em relação aos padrões atuais, vivendo um romano de 25 a 30 anos, o que variava também de acordo com seu estilo de vida e condição econômica.

Era importante para os romanos de classes mais altas assegurar um casamento vantajoso, assim como a virgindade e a submissão de sua futura esposa. O noivado era celebrado com um encontro entre as duas famílias para acordar como se daria o casamento, bem como o valor do dote, e era uma oportunidade para que o noivo apresentasse sua futura esposa, geralmente com um anel de compromisso. Assim como nas outras culturas, os romanos também tratavam o casamento como um acordo financeiro e vantajoso para as famílias. De acordo com Carvalho (2022), a idade legal para que a mulher se casasse era aos 12 anos e o homem aos 14, idade que determinava sua aptidão para se casar. Aqui é trazido um ponto a se destacar: o homem sempre deveria ser mais velho que a mulher. Eles acreditavam que quanto mais nova a mulher, mais fértil ela seria e mais filhos geraria, e quanto ao homem, quanto mais velho, mais estabilizado financeiramente e maduro para assumir a chefia da família.

¹ “é a água utilizada nos rituais de purificação, destinada a limpar e santificar pessoas, objetos ou espaços, afastando influências negativas” (Ferreira, 2001, p.85).

Diferente da Mesopotâmia, em Roma, o dote da mulher pertencia ao seu marido, assim como ela própria, filhos e escravos, sendo conferido ao marido o poder de decidir pela vida ou morte de qualquer um destes. O direito ao divórcio, antes inconcebível para mulheres, só foi obtido com o fim da República Romana em 1 a.C., mas ainda assim seus bens e filhos ficaram sob a tutela do marido, já que sempre foram de sua posse. Se ficasse viúva, a mulher teria que esperar 10 meses para se casar novamente, já o homem poderia casar de imediato.

A Idade Média chega em 476 d.C. com a queda do Império Romano. Segundo Dias Nascimento 2025, “a sociedade feudal foi, sem dúvida, patriarcal” (p.85), mesmo a mulher sendo, neste período histórico, obrigada a circular apenas na esfera privada (casa paterna, casa marital ou convento). Assim, para cada sexo é conferido um papel para ser desenvolvido e assimilado em determinados espaços sociais de modo distinto entre homens e mulheres. Ordenado por princípios de separação entre a hierarquia e a valorização social do papel masculino e feminino, ao sujeito do sexo masculino foi atribuído a responsabilidade da produção da vida material na esfera pública ao passo que, ao sexo feminino, coube a reprodução e o cuidado da família, esfera privada (Hirata; Kergoat, 2007).

Autoras como Judith Butler (2003), Silvia Federici (2017) e Carla Akotirene (2021), tecem a crítica acerca do patriarcado compreendido como um elaborado sistema sociopolítico e cultural sustentado por relações de poder, dominação e controle dos sentidos e valores que estruturam a vida em sociedade. Tal sistema visa manter o status quo do homem branco, cisgênero e heterossexual em detrimento da mulher e de outros sujeitos historicamente marginalizados. Como afirma Bell Hooks: “O patriarcado é um sistema político-social que insiste que os homens são inerentemente superiores às mulheres” (2000, p. 18), operando, portanto, como alicerce de desigualdades estruturais que perpassam gênero, raça, classe e sexualidade. Esta visão é bastante difundida durante o período medieval pelas teorias misóginas antecedentes a esta época, segundo Dias Nascimento (2011), a partir de escritos de Aristóteles, São Paulo, Santo Agostinho e São Tomás de Aquino. Uma das teorias traz a figura da mulher associada ao mal e por muitas vezes comparada ao demônio, que está vinculada à tradição judaica na concepção da primeira mulher.

Segundo a antiga tradição judaica, a figura de Eva, criada a partir do homem, e que o levou a comer o fruto proibido, é tomada como responsável pela expulsão do Paraíso, trazendo desgraça para todas as mulheres por infinitas gerações. A figura de Eva era vista

como precursora do pecado e detentora de beleza profana. Esta é uma das ideias difundidas principalmente pelos homens da Igreja, colocando as mulheres como seres que apresentariam perigo espiritual e carnal. Então, o desprezo relacionado à mulher vem não só da filosofia e teologia, mas também de crenças alimentadas pelo baixo clero (Dias Nascimento, 2011).

Além da visão de que o corpo da mulher era contaminado a partir do pecado de Eva, a mulher também era tida como: “bruxa, serva de Satã, a mulher perversa que levaria os bons homens ao pecado” (Guimarães; Nunes, 2023, p. 153). De acordo com Guimarães e Nunes (2023), a justificativa para a “caça às bruxas” na Era Medieval parte justamente do cristianismo, religião oficial no período, tendo o corpo da mulher como lugar de imundície mundana, onde se concretiza o pecado da luxúria, e afastando os homens de Deus e fazendo um pacto com o Diabo.

Vale ressaltar porém que estas narrativas construídas acerca da mulher, foram tecidas a partir de pensamentos de homens celibatários e não se pode interpretar somente esta construção sem considerar outras fontes, por isso, Dias Nascimento (2011) traz fontes de mosteiros cistercienses² femininos de León, a noroeste da Espanha. Pelo que a autora percebeu em sua pesquisa a respeito destes mosteiros, existia um projeto feminino com a finalidade de construir um espaço de acolhimento para mulheres de família, no qual estas pudessem exercer um papel protagonista dentro da sociedade da época (feudal), longe dos homens, o que ainda continuava tendo uma conotação machista e seletiva. Estas religiosas eram exclusivamente mulheres nobres que viram no mosteiro uma oportunidade de estarem afastadas do controle familiar e administrar seus patrimônios como quisessem. Apesar de terem vivido numa época onde a visão sobre as mulheres era tão negativa, estas religiosas dos séculos XII e XIII não se intimidaram e nem a clausura respeitaram, virando as costas para as ameaças da Igreja, que não queria perder a credibilidade caso viessem a público escândalos como casos e filhos bastardos (Dias Nascimento, 2011).

Na mesma época, na Inglaterra e França, a mulher casada tinha a possibilidade de se engajar no comércio, respondendo por si como pessoa jurídica, e em caso de falecimento do marido, esta herdava seu negócio e poderia dirigi-lo segundo sua vontade. Entretanto, a penetração da mulher neste âmbito dependia de estar vinculada a um homem, sendo raras as mulheres solteiras neste espaço (Saffioti, 1976). A liberdade feminina era detida nas

² “Os cistercienses procuraram retornar a uma observância mais estrita da Regra de São Bento, rejeitando os excessos materiais e buscando uma vida de trabalho, oração e simplicidade” (Le Goff, 2003, p. 74)

atividades de mulher negociante, sendo elas consideradas inferiores e incapazes em qualquer outra esfera, justificando a tutela de um homem (seu marido ou não) e sua submissão. A mulher exerce então, algum papel econômico na vida familiar, sendo ainda inferior ao do homem, subsidiário, que imprime a falta da necessidade de excluí-la do sistema produtivo.

Ao percorrer os diversos períodos históricos, do Egito Antigo à Idade Média, torna-se evidente que a construção do ser mulher foi marcada por relações de poder atravessadas por estruturas patriarcais, religiosas, econômicas e culturais que moldaram seu papel social de forma desigual. Ainda que em alguns contextos, como o egípcio ou nos mosteiros cistercienses da Espanha medieval, haja registros de maior reconhecimento e protagonismo feminino, esses espaços foram seletivos e restritos a mulheres de determinados estratos sociais. Em contraposição, na maioria das sociedades analisadas, a mulher foi reduzida à função reprodutiva, considerada incapaz juridicamente e socialmente, e muitas vezes tratada como objeto de troca entre homens.

Essa trajetória revela como os discursos sobre o feminino foram construídos a partir da negação de sua autonomia e desejo, impondo-lhe uma identidade moldada por e para os homens, muitas vezes com base em justificativas religiosas ou morais. Entender essa historicidade é fundamental para ampliar a leitura crítica sobre as desigualdades de gênero.

2.1 CAPITALISMO E CONTEMPORANEIDADE: UMA VISÃO SOBRE O SER MULHER

A Idade Moderna, compreendida entre 1453 e 1789, inicia ao mesmo passo que o capitalismo: “O capitalismo foi a contrarrevolução que destruiu as possibilidades que haviam emergido da luta antifeudal” (Federici, 2017, p. 44). Tal sistema cruza com a história das mulheres em dado momento, assim é importante ressaltar que a luta anti feudal desde a Idade Média desperta o movimento de desafio às normas sexuais e relações equiparadas entre os gêneros. O capitalismo comercial ou mercantil³ chega ao passo do crescimento do comércio urbano, feiras e aparecimento de cidades mercantis, além do surgimento das burguesias mercantis que enriqueceram com o comércio.

³ “O capitalismo comercial, ou mercantil, caracteriza-se pela acumulação primitiva de capital, pela expansão das rotas comerciais e pela centralidade do comércio exterior na formação da economia capitalista.” (Hobsbawm, 2009, p. 45)

É necessário esclarecer que antes do capitalismo, a mulher nunca esteve alheia ao trabalho, ela, junto as crianças, tinham um papel fundamental na família enquanto unidade de produção. Saffioti (1976) diz que nas sociedades pré-capitalistas, embora seja a mulher política, social e juridicamente inferior ao homem, esta ocupa um importante papel econômico no sistema produtivo.

Esse modo de produção aparece trazendo condições muito adversas para a mulher, com uma desvantagem social de dupla dimensão. A primeira se situa a nível superestrutural, a capacidade da mulher era subvalorizada e esta subvalorização era justificada por mitos advindos da supremacia masculina e consequentemente da ordem social de que advinha; e a segunda, no plano estrutural, no qual a mulher era marginalizada quanto às funções produtivas, ficando na periferia do sistema de produção (Saffioti, 1976). Neste novo modo de produção, a mulher assume um papel nunca antes visto, determinado pelo sistema de produção social, que a inferioriza e a impede de realizar funções empíricas neste novo modelo. A mulher assume então um papel de elemento dificultador, porém é a sociedade que a coloca como obstáculo e assim sendo, impede sua realização plena.

Entretanto, não se tem uma uniformidade em relação às dificuldades impostas pela sociedade às mulheres nesta integração social, de forma que os obstáculos mudam de acordo com as necessidades da ordem social imperante, ignorando a necessidade que possam vir a ter essas mulheres de se realizarem através do trabalho, de forma que as oportunidades sociais oferecidas à elas depende, segundo a autora “do estágio de desenvolvimento atingido por suas forças produtivas” (Saffioti, 1976, p.36).

De acordo com a autora, os séculos de marginalização e inferiorização social das mulheres, foram muito úteis ao capitalismo, a fim de usá-las como mão de obra no trabalho industrial, permitindo que o novo modo de produção extraia dessas mulheres, que já vinham de muitos séculos de desvantagens sociais, o máximo de mais valia possível, com jornadas de trabalhos prolongadas e salários bem menores que os do sexo masculino.

A Primeira Revolução Industrial (1760-1840) chega então trazendo uma forte urbanização e desapropriação da fabricação que acontecia nos domicílios dos camponeses, separando o trabalho da posse dos instrumentos de trabalho, promovendo, segundo a autora, uma grande e crescente quantidade de pessoas vindas de uma economia que antes era do

campo ou burguesa, sendo assalariadas. A força de trabalho agora era mercadoria, sendo paga com salário. As mulheres e crianças, junto às máquinas, tiveram um espaço muito amplo, nas funções na fábrica, no início do capitalismo industrial. De acordo com Saffioti (1976), isto se explica pelo fato de que na fase de implantação do capitalismo, o trabalho humano foi fortemente substituído por máquinas, a fim do aumento do lucro e acumulação de capital, porém, pela costumeira submissão da mulher na sociedade, os homens perdiam seus empregos antes destas nas fábricas por serem mão de obra mais cara, além das mulheres serem um grupo mais fraco no que se tange à reivindicação social e assim, ficam mais vulneráveis à exploração.

Desta forma, o trabalho da mulher não nasce e cresce da vontade da sociedade de que estas mulheres estejam empregadas na indústria, mas do desejo de lucratividade e enriquecimento dos capitalistas, que utilizam a mulher como força de trabalho barato. Saffioti (1976) então afirma que: “É óbvio, portanto, que a mulher sofre mais diretamente do que o homem os efeitos da apropriação privada dos frutos do trabalho social” (p. 41), justamente porque a mulher se apropria de menor parte do que sua força de trabalho gera, pois é menor remunerada.

A autora ainda traz que o trabalho doméstico não assalariado, realizado pela mulher, auxilia a manutenção da força de trabalho feminina e masculina, minimizando a responsabilidade das empresas capitalistas sob o salário mínimo para subsistência do proletariado. A autora então traz a visão globalizadora que diz: “libertar a mulher de sua alienação é, ao mesmo tempo, libertar o homem de seus fetiches” (Saffioti, 1976, p.42).

Ao mesmo passo que o capitalismo se desenvolve, chega o Iluminismo, por volta de 1680, perdurando até 1789. O chamado “Século das Luzes” surgiu na Europa, como um movimento cultural, intelectual e filosófico que defende a ideia de que o conhecimento, a ciência e a razão deveriam ser os fundamentos da sociedade, em vez da autoridade da Igreja ou da Monarquia. Um nome feminino muito conhecido deste período foi Mary Wollstonecraft, que se destacou por defender os direitos das mulheres, e ser uma das pioneiras do pensamento feminismo moderno. Seu livro "A Vindication of the Rights of Woman", em português “Reivindicação dos Direitos da Mulher”, lançado já durante a Revolução Francesa em 1792, argumenta sobre as mulheres não serem naturalmente inferiores aos homens, que a posição de subordinação destas vem da falta de acesso à educação e defende a igualdade entre os gêneros para o avanço da sociedade.

Wollstonecraft desencadeou um movimento que só cresceu ainda mais durante à

Revolução Francesa que se deu no período de apenas 10 anos (1789-1799), mas trouxe mudanças significativas. A primeira delas se dá na mudança do Estado de monárquico-absolutista para republicano democrático, além de ser um marco para a divisão entre a Idade Moderna e a Idade Contemporânea (Dante, 2013). De acordo com a autora, as mulheres desta época não estavam tão bem representadas quantitativamente como os homens nos movimentos militantes, mas participaram ativamente do movimento (Souza, 2003, p.115 *apud* Dante, 2013, p.10), pedindo à luz dos ideais iluministas, igualdade de direitos, educação, liberdade, direito ao divórcio e etc. Em um aspecto de conquista de direitos, mas não no âmbito feminino, o divórcio por exemplo, se tornou direito garantido na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão em 1792, mas no ano de 1804 foi revogado por Napoleão Bonaparte.

Outro nome feminino importante neste período foi Olympe de Gouges, que publica em 1791 a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, em resposta à Declaração do Homem e do Cidadão em 1789. Esta Declaração defende a igualdade social e política entre os gêneros, além de liberdade de expressão e direito ao voto. Devido à seus posicionamentos em favor da liberdade, das mulheres e outras classes, Gouges foi presa e condenada à guilhotina pelos revolucionários instauradores do período de Terror (Dante, 2013).

Com a consolidação do capitalismo no século XIX, ocorreram muitas mudanças no modo de produção e organização do trabalho feminino, assim, a mão de obra feminina foi sendo transferida para as fábricas (Dalonso, 2008). Segundo Silva, Ferreira Neto e Correa (2022), as primeiras lutas por direitos trabalhistas por partes das mulheres se deram por volta do século XIX, em 1842 com o Coal Mining Act e em 1844 com Factory Act, que foram leis trabalhistas aprovadas na Inglaterra, protegendo mulheres e crianças do trabalho nas minas e reduzindo sua jornada de trabalho nas fábricas. Estas leis porém tiveram um efeito reverso, visto o reforço por parte masculina da mulher como sexo frágil, o que acarretou no seu afastamento do mercado de trabalho. Esta situação só se reverterá com a chegada da Segunda Guerra Mundial.

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) houve um reposicionamento das mulheres no mercado de trabalho e na sociedade, pois estas tiveram que ocupar os lugares dos homens que foram mandados para lutar na Guerra, em espaços como hospitais e indústrias, porém com o salário cerca de um terço menor que o dos homens na mesma função.

Inicialmente, estas mulheres, geralmente solteiras entre 20 e 30 anos, poderiam optar por trabalhar em indústrias que fabricavam munições, tanques e aeronaves, optar pela agricultura, ou por serviços territoriais uniformizados como Marinha ou Força Aérea. A partir da metade de 1943, cerca de 90% das mulheres solteiras e 80% de mulheres já ocupavam a dualidade entre o trabalho doméstico e a maternidade, e o trabalho essencial para a guerra na Grã-Bretanha (Heritage Calling, 2020, s. p.).

Este período rompeu de forma temporária as estruturas dos papéis sexuais, fazendo que o gênero não fosse um impeditivo para os “trabalhos pesados” que antes eram realizados em grande maioria pelos homens. Após este período, muitas mulheres retornaram ao trabalho doméstico, tendo a sua contribuição profissional, segundo o site inglês Heritage Calling, em grande parte ignorada.

No que tange à industrialização brasileira, esta se inicia no Nordeste entre os anos de 1940 e 1970, sobretudo com a indústria de tecidos de algodão na Bahia, sendo então as mulheres trabalhadoras das indústrias de fiação e tecelagem. No início do século XX entretanto, a mão de obra feminina foi sendo substituída pela masculina de forma progressiva (Dalonso, 2008). A autora ainda traz uma citação de Rago (1997), que diz:

Dessa forma, no momento em que a industrialização absorveu várias das atividades que eram exercidas na unidade doméstica &– a fabricação de tecidos, pão, manteiga, doces, velas &– desvalorizou os serviços relacionados ao lar. Ao mesmo tempo, a ideologia da maternidade foi revigorada pelo discurso masculino: ser mãe, tornou-se a principal missão da mulher num mundo em que se procurava estabelecer rígidas fronteiras entre a esfera pública, definida essencialmente masculina, e a privada, vista como lugar natural da esposa-mãe-dona de casa e de seus filhos (Rago, 1997 *apud* Dalonso, 2008, s.p.).

Percebe-se então que o discurso sobre a mulher como mãe e dona de casa é reforçado pela industrialização crescente, que absorve produções antes realizadas no meio doméstico. Tal processo contribuiu para consolidar uma divisão sexual do trabalho, na qual o espaço público, produtivo e assalariado passou a ser associado aos homens, enquanto às mulheres foi atribuída a responsabilidade pelos cuidados, pela reprodução da força de trabalho e pela manutenção da vida.

Essa lógica histórica ainda reverbera nas dinâmicas atuais do mercado de trabalho. Como analisa Federici (2017), “a casa se transformou no local de produção da mercadoria mais importante: o trabalhador. O trabalho doméstico é, portanto, trabalho produtivo” (Federici, 2017, p. 15). No entanto, esse trabalho segue sendo invisibilizado, não remunerado

e socialmente desvalorizado, sustentando uma estrutura econômica que se beneficia da exploração do tempo e da energia das mulheres.

Um levantamento do Institute for Women's Policy Research (IWPR), realizado em 2020, com base em dados da Pesquisa de Empregados da Lei de Licença Médica e Familiar de 2000 (FMLA) do Departamento de Trabalho dos EUA, combinadas com dados demográficos do Current Population Survey (CPS) do Census Bureau, indica que, sem acesso a licenças parentais remuneradas, quase 30 % das mulheres deixam o trabalho dentro do primeiro ano após o nascimento de um filho; já entre os homens esses índices são muito mais baixos. É possível então perceber que, até os dias atuais, a inserção da mulher no mercado de trabalho é ainda menor, mais precarizada e permeada por estigmas dos quais os homens geralmente não são alvo. Além disso, a mulher ainda precisa, em muitos casos, se dividir entre o trabalho doméstico e a maternagem, tendo esta que muitas vezes fazer uma escolha entre sua carreira e a possibilidade de maternar.

Tendo em vista toda esta recapitulação sobre o papel da mulher durante os períodos históricos, percebeu-se que “o cuidar de outrem” é um papel historicamente determinado pela sociedade patriarcal ao sexo feminino. Antes mesmo do nascimento, ainda na gestação, a construção social patriarcal molda os sujeitos para assumir apenas duas dimensões sociais, isto é, com base no sexo biológico: masculino ou feminino. Dessa forma, ao “gênero binário” da sociedade conservadora é imposto padrões sociais normativos de concepção de identidades de gênero calcado apenas em duas categorias biológicas.

Com essas análises, constata-se que o modelo de família nuclear burguês é estruturalmente representado pela figura do homem, o marido, o pai provedor, e a mulher, a esposa cuidadora da família e do lar. Assim, o cuidar é construído e cristalizado socialmente como uma característica natural inerente ao sexo feminino. Essa prescrição social fundada pela categoria sexo expressa um “ideal regulatório” (Foucault, 2006) que submerge os corpos a uma historicidade normativa, a partir da divisão sexual do trabalho estruturadas por meio de relações de poder assimétricas que reduz as práticas sociais - conjunto de hábitos e ações que uma sociedade estabelece a “papéis sociais” sexuados. Tal como afirma Judith Butler (2003):

Nesse sentido, pois, o "sexo" não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla. Assim, o "sexo" é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas (Butler, 2003, p.1).

Dessa forma, a autora traz então que o sexo é algo não puramente biológico, mas produzido e mantido por normas sociais, políticas e culturais, como já visto anteriormente, e reforçado por práticas altamente regulatórias, impostas a cada sexo moldando como devem ser de acordo com o inventário patriarcal.

As desigualdades de gênero são marcadas então pela ideologia naturalista a qual legitima a ideia de que as diferenças entre homens e mulheres são naturais e justificam a desigualdade de poder entre os sexos, desqualificando o gênero em relação ao sexo biológico, atribuindo valor às “práticas sociais” a “papéis sociais” sexuados, de maior ou menor valor como, por exemplo, o trabalho doméstico, no qual o cuidado dos afazeres domésticos e o cuidar da família são o destino natural da vida privada reservados às mulheres e meninas. Esse significado (hierarquia e valorização social) entre a diferença entre os sexos impõe ao gênero feminino cuidar de pessoas, isto é, o ato de cuidar de outrem se torna uma condição natural do sexo feminino. Essa determinação das relações sociais evidencia historicamente a divisão sexual do trabalho e as desigualdades estruturais e estruturantes que, inclusive, marcam as relações de gênero produzidas e reproduzidas por esse sistema hierárquico pelo qual o patriarcado exerce forte autoridade moral e ideológica até os dias atuais, utilizando-se muitas vezes de violência e opressão para conservação da hierarquia junto às relações de poder (Scott, 1994)..

Nesse sentido, depreende-se que a visão sobre o ser mulher é, para além de assimétrica, de cerceamento dos seus direitos, que vêm sendo regulados por homens desde sociedades muito antigas, e reproduzidos dentro da sociedade patriarcal e capitalista. Um desses direitos é o direito reprodutivo, que será abordado logo a seguir.

2.2 A LUTA DA MULHER NO BRASIL E A INFLUÊNCIA DO MOVIMENTO SUFRAGISTA SOBRE OS DIREITOS REPRODUTIVOS

O direito ao voto sempre foi uma questão muito cara ao patriarcado e reforço para a exclusão da mulher da sociedade. No Brasil, segundo Menuci (2021), a primeira Constituição escrita no Brasil Colônia, datada de 25 de março de 1824, já anulava as mulheres, junto a uma gama de pessoas não tidas como cidadãos (indígenas, negros, assalariados, escravos e pobres), do direito de votar. Ou seja, quem tinha direito ao voto seria o dito cidadão: homem, maior de

idade, branco e detentor de posses.

Com a Proclamação da República em 1889, Ruy Barbosa abole as províncias e dá lugar aos Estados, e promulga em 24 de fevereiro de 1891 a nova Constituição Brasileira, que estabelece que os cidadãos maiores de 21 anos teriam direito ao voto. A partir deste ponto então é necessário perceber que não havia nenhuma barreira jurídica que impedisse as mulheres de votar, porém a exclusão feminina intrínseca na sociedade brasileira a impedia de exercer seus direitos políticos. De acordo com Menuci (2021), esta exclusão se dava porque os homens entendiam que a conquista do voto era um marco muito importante para as mulheres e que estas não haviam feito nada para merecê-lo, ou ainda que estas deveriam se dedicar exclusivamente a serem mães e esposas.

Não obstante o movimento sufragista no mundo ter seu início no século XIX, no Brasil, só se esboçará nos primeiros anos do século XX, então há uma lacuna de tempo de quase 20 anos entre a promulgação da Constituição de 1891 até a fundação do partido político feminino em 1910. O Partido Republicano Feminino foi fundado por Leolinda Daltro, mulher baiana, que tinha o intuito de trazer à tona a discussão sobre o voto feminino dentro do Congresso Nacional. Menuci (2021) traz também que, em 1919, Bertha Lutz funda a Liga pela Emancipação Intelectual da Mulher⁴, que foi uma das organizações que ficou responsável pela direção do movimento sufragista no Brasil, se utilizando da divulgação da atuação feminista na mídia, a fim de pressionar o Congresso e informar as mulheres sobre seus direitos suprimidos.

Em 1928, houve a primeira eleição em que as mulheres votaram, porém esta foi anulada com a justificativa de que era preciso promulgar uma lei específica para o voto feminino. Logo mais, em 1929, rompendo os paradigmas, foi eleita a primeira mulher prefeita da América do Sul, na cidade de Lajes no Rio Grande do Norte. Alzira Soriano exerceu o cargo por 1 ano (Araújo, 1999 *apud* Menuci, 2021).

Em 24 de fevereiro de 1932, durante o governo do Presidente Getúlio Vargas, é assinada a prerrogativa do direito ao voto feminino. Esta prerrogativa, porém, só permite o voto da mulher com autorização do marido e que o voto ainda é facultativo, só se tornando obrigatório em 1946 (Coelho, 2014 *apud* Menuci, 2021). Dessa forma, neste primeiro momento, o voto feminino é restringido às mulheres casadas, sob autorização do marido,

⁴ Posteriormente denominada de Federação Brasileira pelo Progresso Feminino

solteiras com renda própria ou viúvas, reforçando mais uma vez a força do patriarcado na sociedade. Em 1934 é promulgada uma nova Constituição e nesta é garantido o direito da mulher ao voto sem a restrição de estado civil ou comprovação de renda, mas só em 1965 o voto torna-se obrigatório para as mulheres,

O Movimento Sufragista é um passo muito significativo da mulher brasileira na discussão de igualdade de gênero e para as discussões posteriores sobre direitos reprodutivos e sexuais. Pode-se dizer que as reivindicações no que tange a reprodução e sexualidade se deram a partir do século XVII no Ocidente, porém a discussão e conceitos sobre os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres no Brasil, é bem recente e teve início entre 1970 e 1980, afetada pelos acontecidos no período da Ditadura Militar e já caminhava junto com as demais demandas democráticas latentes (Corrêa e Ávila, 2003 *apud* Rodrigues, 2021).

Antes deste período, porém, em 1948, houve um grande marco para as relações de igualdade entre homens e mulheres, assim como nas decisões individuais, que foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esta Declaração garante a liberdade de homens e mulheres se casarem e formarem uma família, desde que respeitem uma idade mínima para se casar, e sem que haja interferências nas suas vidas privadas (família e lar), desapropriando o poder do Estado sobre às decisões individuais. Além desta Declaração, também aconteceu a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, em 1965, que garantiu a liberdade e igualdade ao acessar a saúde, como também nos âmbitos do matrimônio e formação da família; e o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, em 1966, que trouxe sobretudo a garantia da igualdade entre homens e mulheres. Segundo Rodrigues (2021), este último documento foi um marco importante, pois inspirou a Lei de Planejamento Familiar no Brasil.

O termo “Direitos Reprodutivos” nasce em 1979, com a criação da Rede Mundial pela Defesa dos Direitos Reprodutivos das Mulheres, pois só em meados do século XX os direitos e lutas feministas em prol dos direitos individuais em relação à reprodução humana se tornam mais intensos, como por exemplo o reconhecimento dos direitos dos indivíduos a escolha acerca de reprodução, na I Conferência Mundial de Direitos Reprodutivos, ocorrida em Teerã-Irã em 1968 (Rodrigues, 2021). A Organização das Nações Unidas (ONU) define direitos reprodutivos como:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos [...] esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.” (Programa de Ação da CIPD, 1994).

É preciso esclarecer que antes da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994 no Cairo, os direitos reprodutivos e direitos sexuais eram visualizados separadamente, como aponta Rodrigues (2021), e a partir da Conferência, estes se unem, passando a formar um campo apenas. Alguns autores fazem uma discussão sobre como a junção dos termos pode ter gerado possíveis retrocessos no âmbito dos estudos referentes à saúde reprodutiva e liberdade sexual no Brasil, pois os direitos reprodutivos fazem um caminho bem estabelecido juridicamente, enquanto os direitos sexuais ainda hoje enfrentam muitas barreiras, pois estão ancorados em perspectivas conservadoras, que privam a liberdade sexual da mulher, tomando o tema da sexualidade feminina como imoral.

Assim, no Art. 226, parágrafo 7º da Constituição Federal de 1988 está estabelecido que o planejamento familiar deve ser de livre escolha do casal (genitores) e o Estado deve assegurar recursos educacionais e científicos para execução deste direito. Este parágrafo é regulamentado pela Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 que diz em seu Art. 4º que: “O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade” (Brasil, 1996).

A referida Lei ainda deixa bem claro que é dever do Estado através do Sistema Único de Saúde (SUS), promover condições e recursos informativos, técnicos, científicos e educacionais (englobando aqui também o sistema educacional). No entanto, a Constituição brasileira mais atual é do ano de 1988, então antes deste período os direitos reprodutivos e sexuais eram bem restritos.

Um dos muitos desdobramentos dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil diz respeito à (des)criminalização do aborto voluntário. Está previsto no Código Penal de 1940 a pena de detenção de 1 a 3 anos para a mulher que provocar ou consentir aborto⁵, uma pena de detenção de 3 a 10 anos para outro sujeito, que não a gestante, que provocar aborto sem o

⁵ Art. 124. do Código Penal brasileiro: Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque

consentimento da gestante, e 1 a 4 anos com o consentimento da gestante⁶. O aborto só não é punível em casos em que não há outra forma de salvar a vida da genitora⁷ ou a gravidez for resultado de estupro e a gestante ou seu representante legal consentirem o aborto⁸. Somado a estes, em 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54/2004 a não penalização da interrupção terapêutica de feto anencéfalo, ou seja, aquele que é gerado com ausência parcial do encéfalo e da calota craniana do feto, que pode ser diagnosticada a partir das 12 semanas de gestação.

No entanto, houve um caso com bastante repercussão no ano de 2020, durante o mandato do Presidente Jair Messias Bolsonaro. Caso que passamos a relatar no parágrafo a seguir, ainda que brevemente, extraindo o que há de mais questionável, contraditório e absurdo na relação entre o que está na pauta do Direito e na dos costumes. E estes seguem reiterando uma moralidade que perpetua o modo de operar da sociedade patriarcal e misógina. No dia 08 de agosto de 2020, uma menina de 10 anos de idade procura o Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), em São Mateus – ES, junto à sua avó, a fim de realizar o aborto voluntário. Como atendimento de praxe, a equipe multidisciplinar fez algumas perguntas e a menina revelou que era violentada sexualmente pelo tio há pelo menos 4 anos, mas em vez da equipe encaminhar a adolescente para o procedimento, o encaminhamento foi feito para delegacia e um serviço de pré-natal. O encaminhamento mais cabível nesta situação seria para um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que acionaria outros órgãos como Conselho Tutelar e Ministério Público.

A recusa de profissionais de saúde em realizar o aborto legal, especialmente nos casos de gravidez resultante de estupro, quando não acompanhada de encaminhamento imediato a outro profissional ou serviço apto, configura abandono de paciente e violação do Código de Ética Médica. Conforme o Conselho Federal de Medicina (2019), é vedado ao médico abandonar o paciente sob seus cuidados, sendo a objeção de consciência permitida apenas se não houver prejuízo à continuidade do atendimento (CFM, 2019, arts. 7º e 24). Além da infração ética, tal conduta pode configurar crime de omissão de socorro, conforme previsto no artigo 135 do Código Penal Brasileiro, sobretudo quando a mulher ou adolescente encontra-se

⁶ Art. 125. do Código Penal brasileiro: Provocar aborto, sem o consentimento da gestante, Art. 127. do Código Penal brasileiro: Provocar aborto, com o consentimento da gestante

⁷ Art. 128. I do Código Penal brasileiro: se não há outro meio de salvar a vida da gestante

⁸ Art. 128. II do Código Penal brasileiro: se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal

em situação de grave vulnerabilidade física ou psicológica. Ademais, situações como essa podem ser interpretadas como violações aos direitos humanos, sobretudo ao direito à dignidade, saúde e não discriminação, conforme reconhecido pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2018).

Então, o Ministério Público do Espírito Santo (MPES) teve que intervir com pleito de demanda judicial a fim de garantir os direitos da adolescente, que foram notoriamente violados. A autorização para o procedimento veio no dia 14 de agosto daquele mesmo ano, concedida pelo Juiz Antônio Moreira Fernandes, da Vara da Infância e da Adolescência de São Mateus – ES. No dia 15 de agosto de 2020, a menina foi internada no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) para realizar o procedimento, mas a equipe do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Pavivis) se recusou a realizá-lo, mesmo com a decisão judicial, justificando que a gestação já teria se prolongado por 22 semanas e 4 dias, extrapolando 4 dias do tempo de até 22 semanas estipulado para abortos legais.

Com a recusa da equipe médica do Pavivis em realizar a interrupção, a adolescente foi transferida ao Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), em Recife – PE, dirigido pelo médico Dr. Olímpio Moraes Filho, obstetra, onde acontecem pelo menos 40 abortos legais por ano. Mesmo o caso correndo em segredo de justiça, um grupo de fundamentalistas religiosos, incluindo evangélicos e católicos, se concentrou de mãos dadas na frente do hospital para protestar contra a decisão de interromper a gestação da adolescente capixaba de 10 anos. A própria Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos na época, Damares Alves, se manifestou em suas redes sociais lamentando a decisão da Justiça ao autorizar o aborto. Alguns dias antes da realização do aborto, a então ministra enviou representantes do referido Ministério ao município de São Mateus para acompanhar as investigações (Khul, 2020).

Após diversas ameaças, inclusive na casa da família da adolescentes, e os protestos na porta do hospital dos fundamentalistas religiosos, a interrupção da gravidez foi realizada no dia 17 de agosto de 2020, garantindo o direito da adolescente de 10 anos, previsto no Código Penal de 1940.

Dessa forma, desde o período ditatorial, os direitos sexuais e reprodutivos da mulher vêm sendo disputados politicamente (Brandão e Cabral, 2019 *apud* Farias Rodrigues; Souza

Ferreira, 2024). De acordo com as autoras, o assunto mais mencionado pela ala conservadora, nos últimos cinco anos, seria a ideologia de gênero, de forma alienada, fazendo com que os direitos sexuais e reprodutivos sejam vistos por componentes da ala como deturpação da moral cristã. Partindo então deste ponto de vista, há três Projetos de Lei (PL), ligados a fundamentalistas religiosos, que visam legislar sobre o corpo da mulher e seus direitos reprodutivos.

O primeiro PL, nº 5435 de 2020, de autoria do Senador Eduardo Girão (PODEMOS/CE) dispõe sobre o Estatuto da Gestante e visa que o indivíduo que está sendo gerado tenha direitos desde o primeiro momento e tenha direito a nascer. Também visa criar um auxílio ao filho da vítima de estupro correspondente a quase 1 salário mínimo pago pelo Estado até que este complete 18 anos de vida⁹. O Projeto ainda prevê em seu Art. 9º que o genitor e o filho gerado a partir do estupro, devem ter proximidade prevista por lei e que o primeiro pode até chegar a pagar pensão alimentícia¹⁰. Segundo as autoras, houveram muitas discussões na internet e canais de debate discordando destes e outros artigos do PL e em de 22/04/2022 o próprio Senador retirou o Projeto.

Além desta PL, há também a PL 478/2007 e a PL 434/2021. A PL 478/2007, de autoria de Luiz Bassuma (PT/BA) e Miguel Martini (PHS/MG), visa criminalizar o aborto em qualquer situação, mesmo a de estupro, e responsabiliza o estado e a sociedade pela proteção da vida do nascituro, prevendo de 1 a 3 anos para qualquer tentativa de aborto, além de prever salário mínimo para a mulher que em caso de estupro que der continuidade à gestação (Farias Rodrigues; Souza Ferreira, 2024).

A PL 434/2021, da Deputada Chris Tonietto (PSL/RJ), católica e presidente da Frente Parlamentar Mista contra o Aborto e em Defesa da vida desde 2019, denominada de Estatuto do Nascituro, não se difere em muita coisa dos últimos dois Projetos de Lei citados acima,

⁹ Art. 11º Na hipótese de a gestante vítima de estupro não dispor de meios econômicos suficientes para cuidar da vida, da saúde, do desenvolvimento e da educação da criança, o Estado arcará com os custos respectivos de um salário-mínimo até a idade de 18 anos da criança, ou até que se efetive o pagamento da pensão alimentícia por parte do genitor ou outro responsável financeiro especificado em Lei, ou venha a ser adotada a criança, se assim for a vontade da gestante, conforme regulamento.

¹⁰ Art.9º § 3º Identificado o genitor da criança por nascer ou já nascida, será este responsável por alimentos gravídicos em pensão alimentícia nos termos do que determina a legislação. Art. 10º O genitor possui o direito à informação e cuidado quando da concepção com vistas ao exercício da paternidade, sendo vedado à gestante negar ou omitir tal informação ao genitor, sob pena de responsabilidade.

visando também assistência econômica ao nascituro e a criminalização do aborto, mesmo em caso de estupro.

A PL 478/2007 e 434/2021 ainda estão em tramitação, mas em caso de aprovação, violariam totalmente os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, controlando seus corpos, suas escolhas, desejos e usando de mecanismos jurídicos para negar o aborto legal sob qualquer hipótese.

A trajetória da luta das mulheres brasileiras evidencia que seus corpos e direitos foram, e continuam sendo alvos de disputas políticas, morais e jurídicas. Embora o sufrágio feminino tenha marcado um avanço histórico, os direitos sexuais e reprodutivos ainda enfrentam resistências profundas, sobretudo por parte de setores conservadores que tentam legislar com base em preceitos religiosos, negando a autonomia das mulheres. Casos como o da menina de 10 anos vítima de estupro revelam a fragilidade da efetivação desses direitos, mesmo quando amparados pela lei. Assim, garantir o acesso pleno aos direitos reprodutivos é defender o Estado laico, a dignidade humana e a liberdade das mulheres de decidirem sobre seus próprios corpos.

3. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL

A gravidez em si já é um momento ímpar na vida das mulheres, onde acontecem grandes mudanças não só para esta, mas também para o (a) parceiro/parceira e sua família. A gestação acontecer num momento de outras diversas mudanças que é a adolescência, traz diversas questões, inclusive maior risco para vida da mãe e da criança. Adolescentes mais jovens (de 10 a 14 anos) enfrentam um risco maior de complicações e morte como resultado da gravidez do que outras mulheres (Organização Pan-Americana da Saúde, 2025).

A gravidez na fase da adolescência é um tema que envolve e engloba vários outros, por isso faz-se importante entender e explicar o porquê será trazida como expressão da questão social. Antes de adentrar no debate sobre a gravidez como expressão da questão social, vale expor uma sucinta digressão acerca do movimento da própria questão social, a qual desvelou as expressões mais desumanas e violentas da sociedade desigual fundada no modo de produção capitalista. Nesse sentido, a questão social, segundo Marilda Iamamoto (2006), se compreende no nicho das desigualdades, que, por sua vez, são produzidas pelas contradições inerentes ao capital. A definição de Iamamoto revela que:

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (Iamamoto, 2006, p. 26)

Iamamoto traz neste trecho do livro a definição da questão social, mas também sua origem, que segundo ela, se dá no modo de produção capitalista, no qual é empregado a força de trabalho das classes subalternas, fazendo a produção social coletiva, mas os frutos, o produto deste trabalho, é algo privativo, que só uma camada da sociedade tem acesso: um monopólio.

A questão social emerge historicamente como resultado das contradições do modo de produção capitalista, especialmente a partir da Revolução Industrial, quando a força de trabalho assalariada passou a ser explorada de maneira intensa, gerando desigualdades profundas entre as classes sociais. Esse processo evidenciou formas extremas de exclusão, como o desemprego, a fome, a precarização das condições de vida e de trabalho, bem como o acesso desigual a direitos sociais básicos. Trata-se, portanto, de um fenômeno estrutural e contraditório, que expressa o antagonismo entre o capital e o trabalho. No Brasil, a questão

social é atravessada ainda por marcas históricas de escravidão, racismo estrutural e desigualdades regionais, de classe e de gênero, configurando múltiplas expressões da desigualdade. Assim, sua compreensão exige uma análise crítica que ultrapasse os efeitos imediatos e busque suas raízes nas estruturas sociais e econômicas (Iamamoto, 2006).

Santos (2017), traz ainda uma outra definição de questão social:

Quero dizer com isso que a “questão social” em si, a partir dessa concepção, não existe na realidade e, assim sendo, deve ser entendida como um conceito, cuja natureza é reflexiva, intelectual, (Pontes 1995) – e não como uma categoria. (Santos, 2017, p.18)

A citação propõe uma reflexão sobre a “questão social”, destacando que esta não deve ser concebida como um fenômeno concreto e estático na realidade, mas sim como um conceito construído socialmente para a compreensão das desigualdades e contradições inerentes às estruturas sociais. Nesse sentido, a questão social funciona como uma categoria analítica, um instrumento intelectual que permite a reflexão crítica acerca das condições sociais e suas complexidades. Santos (2017) evidencia, ao enfatizar essa perspectiva reflexiva e intelectual, a necessidade de interpretar a questão social como uma construção dinâmica, sujeita à análise crítica, e não como uma categoria rígida e imutável. Entende-se então que as expressões da questão social, são concretas, fazem parte e estão presentes na sociedade, comumente através das desigualdades. Geralmente uma pessoa nunca é atravessada apenas por uma expressão da questão social, mas sim por duas ou mais. Isto chamamos de interseccionalidade.

A interseccionalidade é um conceito desenvolvido originalmente pela jurista e professora norte-americana Kimberlé Crenshaw para analisar como as opressões estruturais, de raça, classe, gênero, entre outras, não atuam isoladamente, mas sim de forma combinada, gerando experiências singulares de subalternização e desigualdade. Esse conceito é fundamental para compreendermos como a gravidez na adolescência afeta especialmente meninas negras, pobres e periféricas, já que essas opressões se cruzam e produzem realidades muito específicas.

No Brasil, autoras como Lélia Gonzalez (1982, 1988), Sueli Carneiro (1995, 2000) e Laura Moutinho (2019) contribuíram significativamente para a reflexão sobre as intersecções entre raça, gênero e classe, abordando as desigualdades estruturais que atravessam a vida de mulheres negras. Neste trabalho, optou-se por centrar a análise em Carla Akotirene (2021), considerando suas contribuições no contexto das epistemologias negras e latino-americanas

para a compreensão da interseccionalidade. Em sua obra *Interseccionalidade* (2021), publicada na coleção *Feminismos Plurais*, coordenada por Djamila Ribeiro em parceria com a Editora Letramento e o portal Justificando, Akotirene problematiza a apropriação acrítica do termo, defendendo sua compreensão a partir da realidade das mulheres negras brasileiras. Para ela, interseccionalidade não é apenas sobre sobreposições de identidades, mas uma ferramenta de análise política e radicalmente comprometida com a transformação social. “A interseccionalidade não é uma sobreposição de marcadores sociais. É uma crítica contundente à falsa neutralidade do sujeito universal” (Akotirene, 2021, p. 31).

Com base nessa perspectiva, entende-se que a gravidez na adolescência não pode ser analisada de forma isolada, como se todas as meninas compartilhassem as mesmas condições sociais. Na realidade, as adolescentes grávidas atravessadas por pobreza, territorialidade e racismo enfrentam um cenário de muito maior vulnerabilidade. Essas experiências são moldadas por estruturas de poder que organizam quem tem acesso à proteção, ao cuidado, à dignidade e quem não tem.

Akotirene (2021) também denuncia que a produção do conhecimento dominante muitas vezes silencia ou invisibiliza essas realidades múltiplas. A autora nos convida a olhar para os corpos historicamente marginalizados, não como vítimas passivas, mas como sujeitos que denunciam a falência das políticas públicas universais e a necessidade urgente de estratégias específicas e interseccionais.

Assim, quando se olha para a gravidez na adolescência sob a lente da interseccionalidade de Akotirene, percebe-se que não se trata apenas de uma questão de saúde ou comportamento juvenil. Trata-se de uma violação estrutural, reforçada por um Estado que falha em garantir os direitos fundamentais dessas meninas, principalmente quando são negras e pobres.

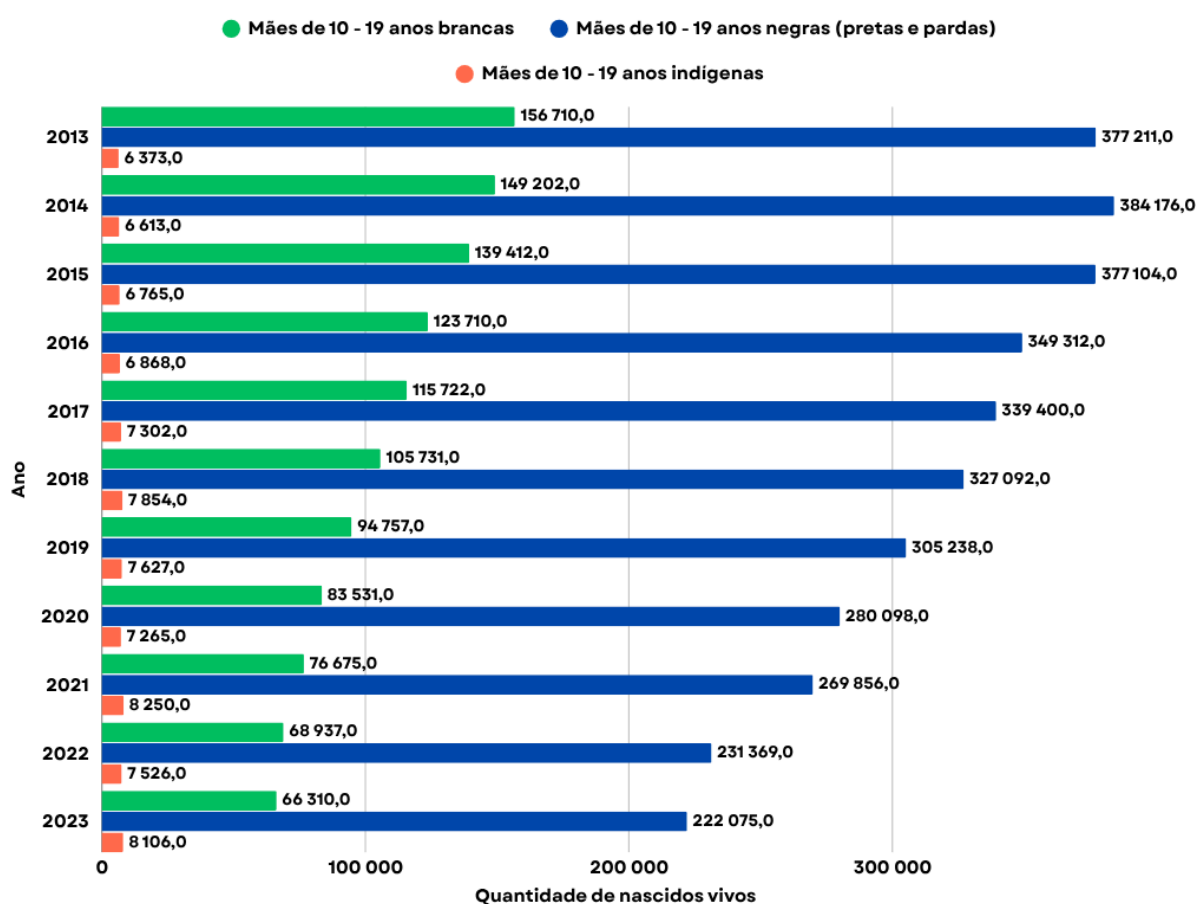
Essa leitura fortalece a crítica já feita por Santos (2017) sobre as particularidades da questão social no Brasil, e nos alerta para a importância de construir políticas públicas que levem em conta a complexidade das expressões da questão social, que não são homogêneas nem neutras, mas racializadas, generificadas e territorializadas.

O caso da capixaba de 10 anos violentada sexualmente pelo tio e gestando há 22 semanas o fruto dessa violência, citado no item 2.2, exemplifica do que se trata a expressão da questão social e a interseccionalidade. Majoritariamente, a gravidez na adolescência tem raça, cor e condição socioeconômica estabelecida. A menina, que se identificava como negra, vivia com a avó, que era ambulante, em condições de pobreza depois que sua mãe a abandonou.

Seu pai estava preso e o tio que a violentava era um ex presidiário, condenado novamente agora pelo crime de estupro de vulnerável e ameaça. A avó era tida como uma pessoa bastante responsável pela educação da adolescente, e só a deixava sozinha no momento em que ia trabalhar, quando acontecia a violência por parte do tio sofrida pela adolescente.

A questão da raça/cor é bem demarcada entre as adolescentes gestantes no Brasil, como se pode observar no gráfico abaixo:

Figura 1: Comparativo por raça/cor de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) no Brasil (2013-2023)



Elaboração própria (2025)¹¹

A análise dos dados de nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 e 19 anos no Brasil, no período entre 2013 e 2023, evidencia um cenário marcado por profundas desigualdades sociais, raciais e territoriais. De forma geral, observa-se uma queda

¹¹ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*.

significativa nos índices de gravidez na adolescência ao longo da década. Em 2013, somando todos os grupos raciais analisados (brancas, negras e indígenas), o número total de nascidos vivos era superior a 540 mil. Já em 2023, esse número caiu para cerca de 296 mil, representando uma redução de aproximadamente 45%.

Entretanto, essa queda não ocorre de forma homogênea entre os diferentes grupos raciais. As adolescentes negras (pretas e pardas) representaram, em todos os anos observados, a maioria absoluta dos nascimentos, com números muito superiores aos registrados entre adolescentes brancas e indígenas. Em 2013, foram 377.211 nascidos vivos de mães negras, frente a 156.710 de mães brancas. Já em 2023, os números caem para 222.075 e 66.310, respectivamente. Embora os índices estejam diminuindo entre as adolescentes negras, o ritmo de redução é mais lento, o que revela a persistência de desigualdades estruturais. Esse dado dialoga com a perspectiva da interseccionalidade defendida por autoras como Akotirene (2021) e Crenshaw (2021), ao evidenciar que meninas negras estão submetidas a múltiplas opressões de gênero, classe e raça, que influenciam diretamente suas trajetórias reprodutivas e de vida.

Por outro lado, a redução entre adolescentes brancas é mais acentuada, caindo de 156.710 nascidos vivos em 2013 para 66.310 em 2023, uma diminuição de quase 58%. Tal dado pode ser interpretado como reflexo do maior acesso a políticas públicas, informação, serviços de saúde e educação sexual de qualidade. Em outras palavras, a gravidez na adolescência entre jovens brancas tem sido mais eficazmente enfrentada pelas políticas de proteção social, evidenciando a influência do capital social e econômico no planejamento reprodutivo, algo que não é igualmente garantido a outras parcelas da população juvenil.

A situação das adolescentes indígenas, por sua vez, apresenta um padrão de estabilidade preocupante. Ao longo de toda a série histórica, os números oscilam um pouco, passando de 6.373 em 2013 para 8.106 em 2023. Apesar de apresentarem o menor número absoluto de nascimentos entre os grupos, a ausência de redução significativa acende um alerta para a invisibilidade histórica dos povos indígenas nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da juventude. Tal cenário reflete o descaso estatal com os territórios tradicionais e a ausência de ações efetivas que respeitem a diversidade étnica e cultural desses povos.

Esses dados demonstram que a gravidez na adolescência deve ser compreendida como uma expressão da questão social, nos termos de Yamamoto (2008), sendo produzida no contexto das desigualdades geradas pela lógica capitalista. A juventude negra, pobre e periférica segue sendo a mais afetada por essa realidade, não por acaso. A persistência de

altos índices de gravidez entre adolescentes negras e indígenas aponta para a necessidade urgente de políticas interseccionais que articulem raça, classe, território e gênero de forma integrada.

Portanto, os dados apresentados no gráfico não apenas demonstram a redução da gravidez na adolescência em números absolutos, mas também revelam quem são as adolescentes que continuam sendo mais vulnerabilizadas pelo processo de exclusão social e institucional. Com isso, reafirma-se o papel do Estado e das políticas públicas, em especial das políticas de saúde, assistência e educação na promoção de uma justiça social que alcance, de fato, todas as juventudes.

Assim, os dados apresentados não devem ser analisados de forma descontextualizada. Portanto, mais do que números, os dados sobre a maternidade precoce no Brasil expõem uma realidade estruturada na exclusão e na desigualdade. Eles refletem a face concreta da desigualdade social brasileira e convocam a atuação do Estado e da sociedade civil que deve ir além da responsabilização individual das adolescentes, apostando em políticas públicas integradas, com recorte interseccional e territorializado, que garantam os direitos sexuais e reprodutivos da juventude, com ênfase na promoção da equidade racial e de gênero.

3.1 CONTEXTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Prosseguindo com a análise sobre a gravidez na adolescência, já se faz oportuno estabelecer o conceito de adolescente utilizado no país. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Art. 2º, “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”, já a nível mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a faixa etária da adolescência como: “A adolescência é a fase da vida entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos.” Para este trabalho, será utilizada a definição da OMS por ser mais ampla.

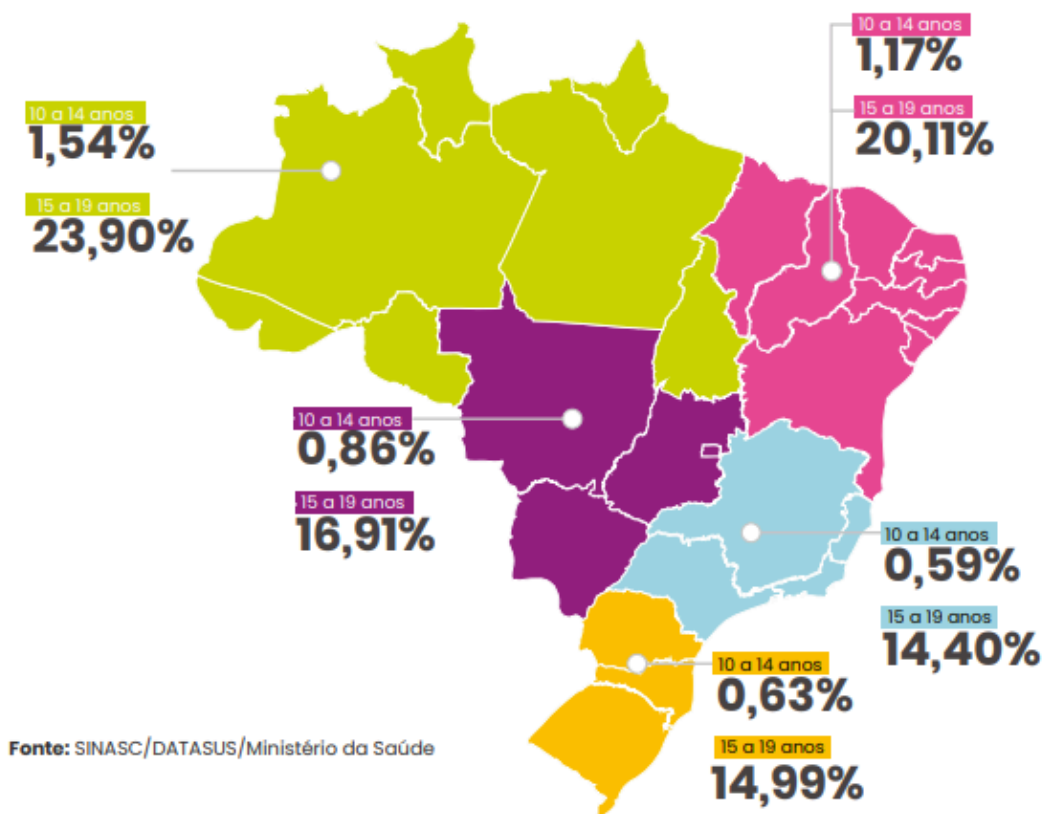
O ECA é o Estatuto vigente atualmente, mas entre 1927 e 1988 houveram um Decreto e uma Lei como referência para crianças e adolescentes chamado Código de Menores. O primeiro decreto de nº17.943-A ficou em vigência de 12 de outubro de 1927 a 1979 e foi a primeira legislação específica para infância e juventude no Brasil. A Lei nº 6.697, foi instituída em 10 de outubro de 1979, no meio da ditadura militar, com o objetivo de organizar a assistência, proteção e vigilância sobre crianças e adolescentes (então chamados de

"menores") que se encontrassem em situação considerada irregular, como abandono, pobreza extrema, orfandade ou prática de atos infracionais. As principais diferenças entre os dois foram a base legal/ideológica que do primeiro se voltou para o higienismo e com cunho moralista, e a segunda teve um caráter de tutela autoritária, visando a segurança nacional. Além disso, a lógica do primeiro foi assistencialista e tutelar, e da segunda com alta judicialização e repressão.

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 227, traz uma mudança radical de paradigma com o reconhecimento da criança e adolescente como sujeitos de direitos, estabelecendo o princípio da proteção integral e responsabilizando a família, a sociedade e o Estado por assegurar e priorizar os direitos das crianças e adolescentes. Então em 1990, a Lei nº 6.697 é revogada e em 13 de julho de 1990 entra em vigência a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e vigora até os dias atuais. O ECA substituiu os antigos Códigos de Menores e foi inspirado na Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU (1989). Esta Convenção constitui um marco histórico, pois se torna o primeiro instrumento jurídico internacional a reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. O ECA também reconhece as crianças e adolescentes como cidadãos em desenvolvimento, que têm direitos sociais, civis, políticos e culturais, além de consolidar o conceito de proteção integral. Além de tudo, ainda estabelece normas sobre medidas socioeducativas, saúde, direito à educação, lazer e adoção.

De acordo com dados compilados pelo CIDACS-Fiocruz (Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a saúde) e divulgados pelo UNFPA (Brasil, 2022), os nascidos vivos de mães adolescentes no ano de 2020, têm maior porcentagem nas regiões Norte e Nordeste em detrimento do Sul e Sudeste. A figura a seguir demonstra a porcentagem destes dados no recorte de uma década:

Figura 2 - Distribuição percentual de nascidos vivos de mães adolescentes por faixa etária, segundo macrorregiões do Brasil (2008-2019).¹²



A figura apresentada, elaborada com dados do SINASC/DATASUS/Ministério da Saúde, evidencia a distribuição percentual de nascidos vivos de mães adolescentes nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, por região do Brasil. A análise revela disparidades marcantes entre as macrorregiões brasileiras, apontando para o forte impacto das desigualdades sociais, econômicas e territoriais sobre o fenômeno da gravidez na adolescência.

A Região Norte apresenta os índices mais elevados do país, com 1,54% dos nascimentos advindos de meninas de 10 a 14 anos e expressivos 23,90% de adolescentes entre 15 e 19 anos. Esses dados revelam um cenário alarmante de iniciação sexual precoce e maternidade juvenil, muito provavelmente atravessado por fatores como baixa escolaridade,

¹² Figura retirada da Cartilha “Sem deixar ninguém para trás” do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2021, p. 7)

difícil acesso a serviços de saúde e reprodução de ciclos intergeracionais de pobreza. De forma muito parecida, a Região Nordeste aparece com 1,17% para a faixa de 10 a 14 anos e 20,11% para 15 a 19 anos, evidenciando que as duas regiões historicamente mais vulnerabilizadas do país concentram os maiores percentuais de gravidez precoce.

Opostas a isto, às Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam percentuais visivelmente inferiores. O Sul, por exemplo, registra 0,63% de nascimentos entre meninas de 10 a 14 anos e 14,99% na faixa etária de 15 a 19 anos. O Sudeste apresenta índices ainda menores: 0,59% e 14,40%, respectivamente. Tais números apontam para um acesso mais consolidado a políticas públicas de saúde, educação e proteção social, além de um contexto socioeconômico mais favorável, o que contribui para a redução da fecundidade entre adolescentes.

A Região Centro-Oeste, apresenta valores menores que as regiões Norte e Nordeste, mas maiores que Sul e Sudeste: 0,86% para a faixa etária de 10 a 14 anos e 16,91% para adolescentes de 15 a 19 anos. Apesar de não estar entre as com maiores porcentagens, ainda assim revela um percentual considerável de gravidez juvenil, demandando atenção para as desigualdades internas na própria região, especialmente nas áreas rurais e em territórios indígenas.

Essas diferenças territoriais indicam que a gravidez na adolescência no Brasil não é homogênea e reflete a forma como a expressão da questão social se manifesta de maneira desigual nos territórios. As adolescentes que vivem nas regiões Norte e Nordeste, em sua maioria pobres e residentes de áreas periféricas, são as mais afetadas por essa realidade. É importante ressaltar que tais vulnerabilidades não são inerentes à região nem ao seu povo, mas resultado de um processo histórico de marginalização econômica, exploração e exclusão social vinculado à lógica do capital no Brasil (Cardoso, 2010).

Desde o período colonial e posteriormente durante a formação do Estado-nação, essas regiões foram estruturadas para atender aos interesses produtivos e financeiros de centros urbanos e regiões mais industrializadas, gerando desigualdades profundas em acesso à terra, educação, saúde e renda, cujos efeitos se perpetuam até os dias atuais (Souza, 2009). Portanto, a análise regional da gravidez na adolescência permite compreender que não se trata apenas de uma escolha individual, mas de uma expressão concreta da desigualdade estrutural brasileira.

Levando em consideração que no ano de 2020 o número de adolescentes gestantes (10 a 19 anos) ultrapassou a marca de 380 mil, segundo dados do DATASUS, no ano de 2021, foi

lançado o Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência, fruto de uma construção que começou em 2019, quando a Lei nº 13.798/2019 foi aprovada, Lei esta que instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.

A então Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência teve origem a partir do projeto de Lei do Senado nº 13 de 2010, proposto pela Senadora Marisa Serrano (PSDB/MS), e foi acrescida no Art. 8-A, da Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), prevendo que:

Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência. (BRASIL, 1990, art. 8º-A)

Segundo dados da Fiocruz (2024), esta medida reduziu em 2023 cerca de 33% gestações de adolescentes de 10 a 19 anos, redução inédita desde 2018. Os números refletem uma mudança significativa no padrão de ocorrência de gravidez nessa faixa etária, registrando-se um decréscimo expressivo em relação aos anos anteriores. Essa tendência, inédita nos últimos cinco anos, evidencia uma alteração estatística relevante no cenário demográfico da adolescência no país.

De acordo com o Ministério da Saúde (2023), a gravidez entre 10 e 14 anos pode trazer diversos riscos à mãe e ao bebê, devido ao processo de desenvolvimento da gestante, como “risco de abortamento grave, hemorragias, anemia grave, eclâmpsia, depressão pós-parto, parto cesáreo, prematuridade e malformações” (Brasil, 2023, seção Saúde da Mulher). Dessa forma, o Decreto nº 11.074 de 18 de maio de 2022, Capítulo II, Seção 1, Art. 125-E define a finalidade do Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência como:

O Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência tem como finalidade mitigar as doenças e os agravos físicos e psicoemocionais decorrentes da iniciação sexual precoce e os riscos da gravidez na adolescência (Brasil, 2022, p.1).

Este Plano também propôs um trabalho intersetorial entre os Ministérios da Cidadania; Educação; do extinto Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que se chama agora Ministério das Mulheres; e da Saúde, vista a gama de setores da vida das adolescentes afetadas pela gravidez precoce. Um dos pontos principais que são abordados neste Plano é a Educação Sexual, que orienta os adolescentes a tomarem decisões entendendo suas opções

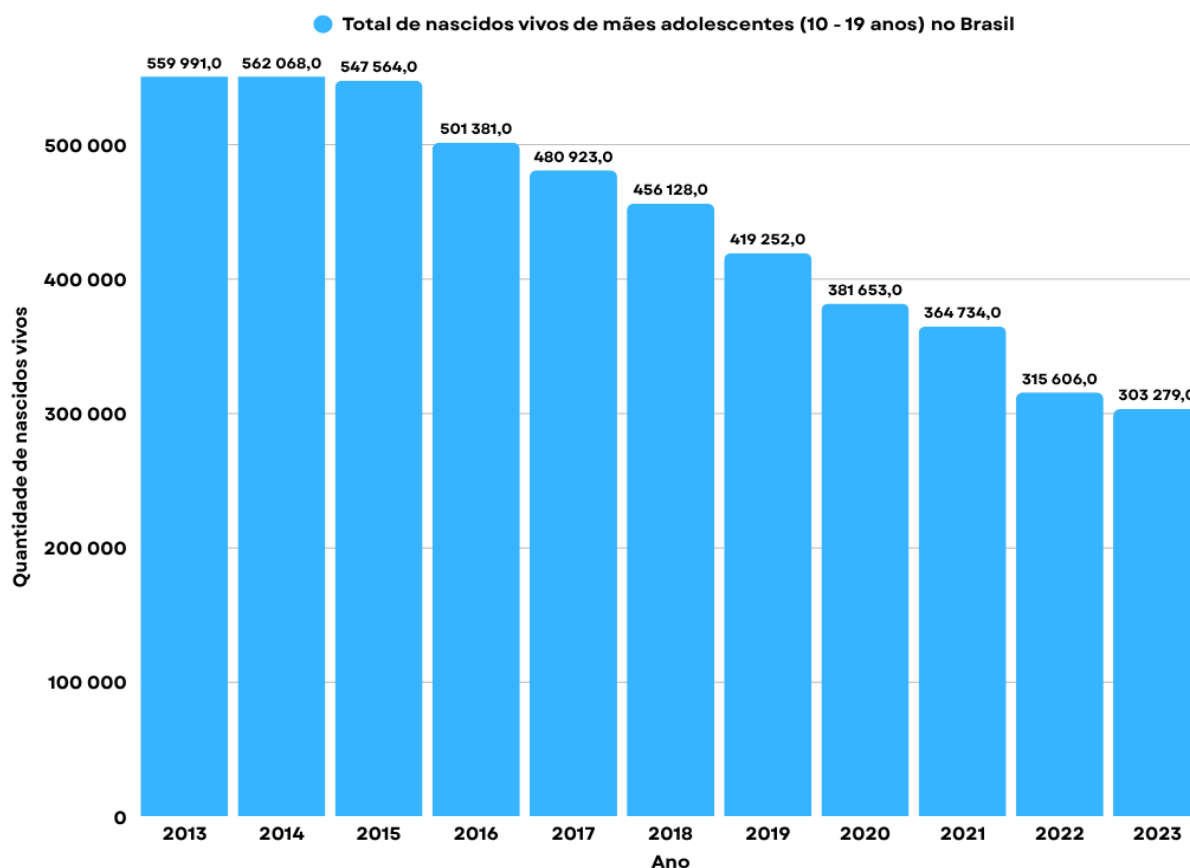
sobre a saúde sexual e reprodutiva, sendo as escolas os principais pontos de informação sobre os riscos das doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planejamento familiar (Brasil, 2022).

Outro ponto fundamental do Plano é o apoio familiar, para que haja diálogo entre as famílias, visto que este vínculo parental é de suma importância no desenvolvimento da adolescente, podendo influenciar em suas tomadas de decisão. Em uma das diretrizes do Plano está a participação da família e o fortalecimento de vínculos, a fim de pensar em subsídios sobre conteúdo também para a família, esta que convive diretamente com a adolescente no ambiente domiciliar (Brasil, 2022)..

A intencionalidade de adesão deste documento é voltada para os estados e municípios brasileiros, mas também tem o objetivo de incentivar a cooperação de entes governamentais e não governamentais para expansão do diálogo e das ações voltadas ao fortalecimento da comunicação para com crianças, adolescentes, suas famílias e a sociedade em geral.

Não obstante, o país revela um índice preocupante de gestações no período da adolescência nos últimos 10 anos, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), é de quase 4 milhões e meio de nascidos vivos de mães adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, como mostra o gráfico a seguir:

Figura 3: Total de nascidos vivos de mães adolescentes (10 - 19 anos) no Brasil.



Elaboração própria (2025)¹³

Vale salientar que estes dados são apenas do quantitativo de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos e assim, pode haver um número de adolescentes grávidas que são acometidas por óbito fetal, aborto espontâneo, bebês natimortos ou optam, em caso de estupro, pelo aborto legalizado, que não são contabilizadas nestes números.

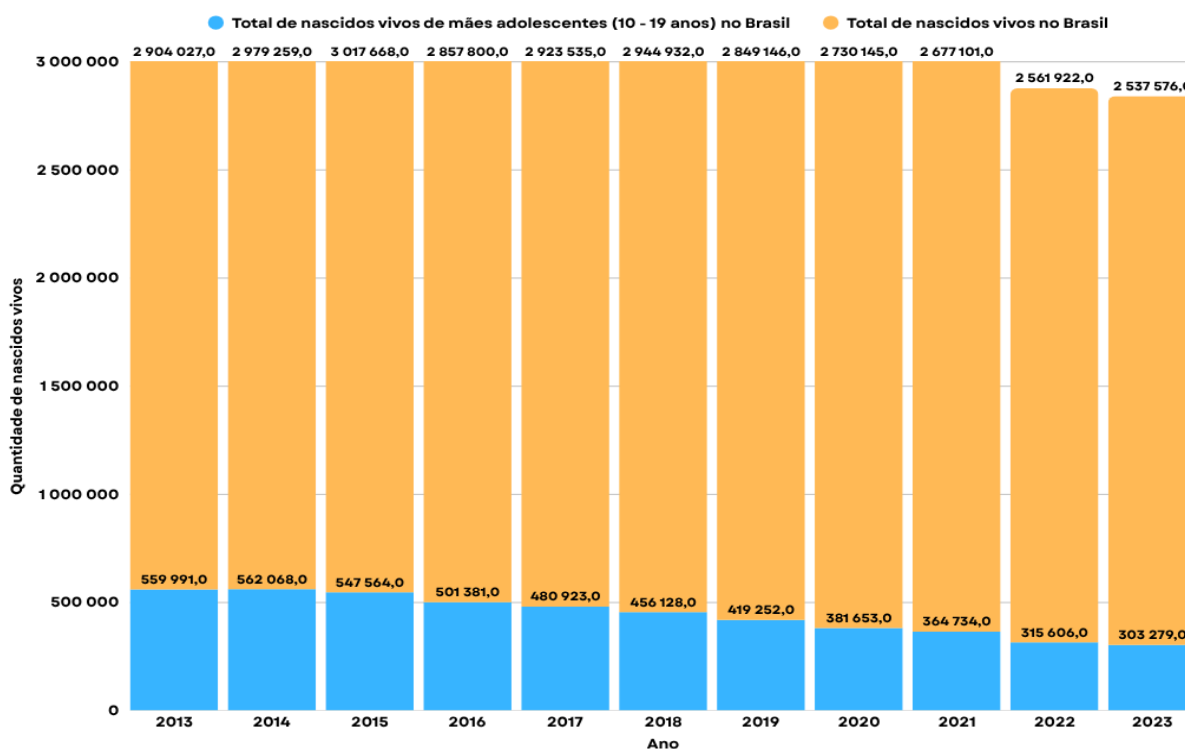
A análise da evolução dos nascimentos de filhos de mães adolescentes ao longo da última década já evidencia uma tendência de queda expressiva nesse fenômeno, conforme demonstrado no gráfico anterior. No entanto, para compreender com maior profundidade o peso da gravidez na adolescência no contexto demográfico brasileiro, é fundamental observar sua relação proporcional com o total de nascidos vivos no país.

Dessa forma, o próximo gráfico apresenta não apenas os dados absolutos de nascimentos de mães adolescentes entre 10 e 19 anos, como também os compara ao total geral de nascidos vivos no Brasil no mesmo período. Tal perspectiva permite visualizar o quanto as

¹³ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*

gestações na adolescência representaram, em média, dentro do conjunto de nascimentos nacionais:

Figura 4: Comparativo entre o total de nascidos vivos no Brasil e o total de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos).



Elaboração própria (2025)¹⁴.

Na Figura 4, pode-se observar que o número de nascidos vivos de mães adolescentes com faixa etária entre 10 e 19 anos vêm sendo reduzido com o passar dos anos, e segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a taxa de escolarização de adolescentes de 15 a 17 anos vem aumentando, quase 10%, e a de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais vem diminuindo, quase 2%, nos 10 últimos anos, o que pode ser um fator determinante para a diminuição dos índices de gravidez na adolescência, que pode ser resultado da transversalização das políticas públicas (saúde, educação e assistência social).

Embora os números de gestações tenham demonstrado uma redução considerável nos últimos anos, atualmente o número de adolescentes gestantes de 10 a 19 anos em comparação ao número de mulheres grávidas de todas as faixas etárias no Brasil é ainda um pouco mais de 10%.

¹⁴ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*

Ao verificar, sob a linha de análise tanto histórica, quanto legislativa, os dados estatísticos revelam a gravidez na adolescência, como uma expressão da questão social bem complexa no Brasil. Os dados apresentados evidenciam um cenário em constante transformação, com avanços significativos nas últimas décadas, principalmente no que diz respeito à queda do número de nascimentos de mães adolescentes. Essa redução, embora expressiva, não deve ser interpretada como resolução definitiva do problema, mas sim como reflexo da atuação de múltiplos fatores articulados, como a ampliação da escolarização, a criação e fortalecimento de políticas públicas intersetoriais e a promoção de estratégias educativas voltadas à saúde sexual e reprodutiva.

A evolução do marco legal, saindo de uma lógica tutelar e higienista para uma abordagem de proteção integral e reconhecimento dos adolescentes como sujeitos de direitos, também demonstra uma mudança paradigmática fundamental para compreender o fenômeno. A implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), somada à criação de planos como o Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência, representam conquistas importantes no enfrentamento dessa realidade, ainda que seus efeitos demandem tempo, investimento contínuo e engajamento social para que se concretizem de forma plena.

Contudo, o contexto brasileiro ainda impõe desafios significativos. A gravidez precoce persiste com mais força entre adolescentes de regiões historicamente vulnerabilizadas, como o Norte e o Nordeste, e entre jovens negras e pobres, o que evidencia a necessidade de uma abordagem interseccional. Os dados, portanto, mostram não apenas um fenômeno demográfico, mas uma denúncia da desigualdade social, do racismo estrutural e das falhas históricas do Estado em garantir direitos fundamentais.

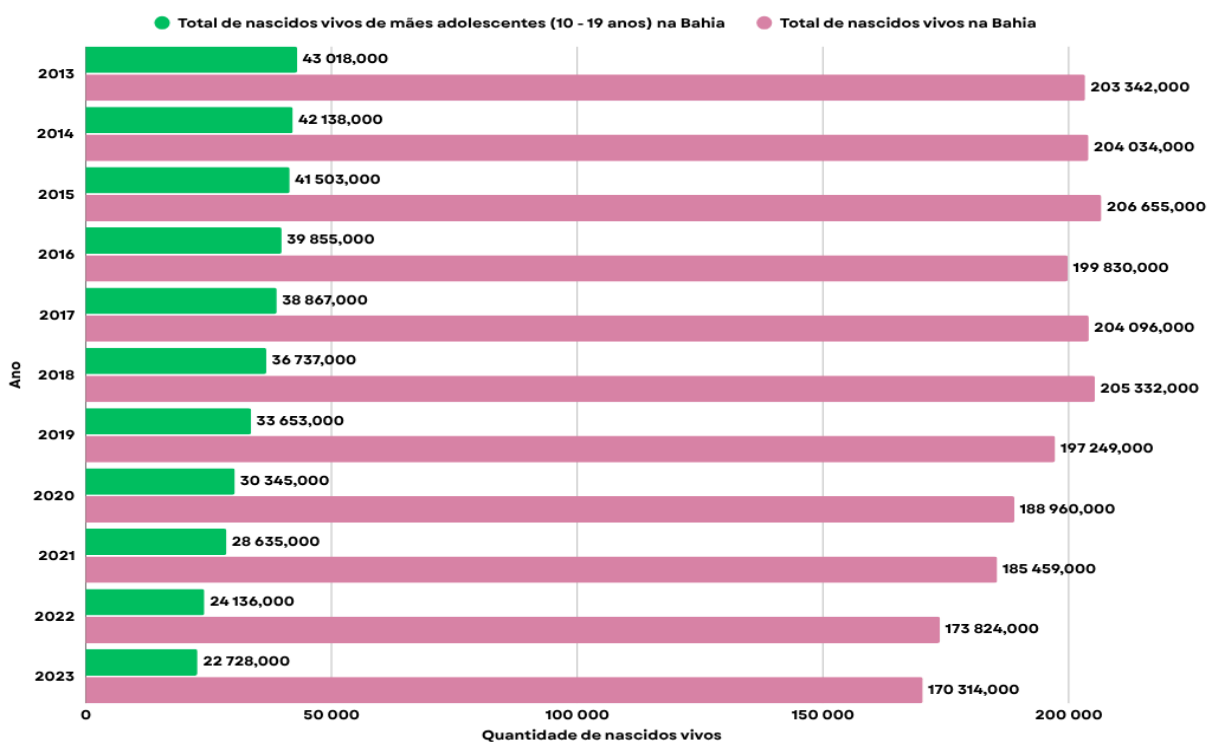
Neste sentido, é essencial que a gravidez na adolescência seja compreendida para além dos números: como um fenômeno social que reflete as contradições do modelo capitalista e patriarcal brasileiro, exigindo do poder público, da sociedade civil e, especialmente, das políticas sociais, uma resposta ética, crítica, estruturada e contínua. Reconhecer as adolescentes como protagonistas de seus direitos é um passo decisivo na construção de uma sociedade mais justa, equitativa e democrática.

3.2 CENÁRIO ACERCA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA E NO MUNICÍPIO DE SALVADOR

A Bahia é o quarto estado mais populoso do Brasil, de acordo com dados do Censo de 2022 realizado pelo IBGE, contando com 14.141.626 milhões de habitantes. Destes, 13.686.642 são adolescentes do sexo feminino com idades entre 10 e 19 anos.

Segundo dados da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), no ano de 2023, 13,4% das pessoas que se tornaram mães na Bahia eram adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos, ou seja, a cada 1.000 adolescentes no Estado, 22,6 se tornaram mães neste ano. Vale ressaltar que no ano referido 171,4 mil de mulheres, com idades entre 10 e 49 anos, se tornaram mães na Bahia (Bahia, 2024). O gráfico abaixo mostra dados sobre mães adolescentes (10-19 anos) a partir de dados extraídos do DATASUS:

Figura 5: Comparativo entre o total de nascidos vivos e de mães adolescentes (10-19 anos) na Bahia.



Elaboração própria (2025)¹⁵.

No estado da Bahia, os dados relacionados à gravidez na adolescência acompanham a tendência de queda observada no cenário nacional. O gráfico apresentado, que compara o total de nascidos vivos com os nascidos vivos de mães adolescentes entre 10 e 19 anos, entre os anos de 2013 e 2023, evidencia uma redução significativa dos casos ao longo do período analisado. Em 2013, foram contabilizados 43.018 nascimentos de filhos de mães adolescentes, num total de 203.342 nascimentos no estado. Já em 2023, esse número caiu para 22.728, dentro de um total de 170.314 nascidos vivos, o que representa uma queda superior a 47% no número de gestações entre adolescentes no intervalo de dez anos.

Ainda que o total de nascidos vivos também tenha diminuído de forma geral, a Bahia continua no ranking entre os cinco estados que detêm o maior número de nascidos vivos de mães adolescentes na última década, segundo dados do DATASUS. O total de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos representa quase 14% do número total de nascidos

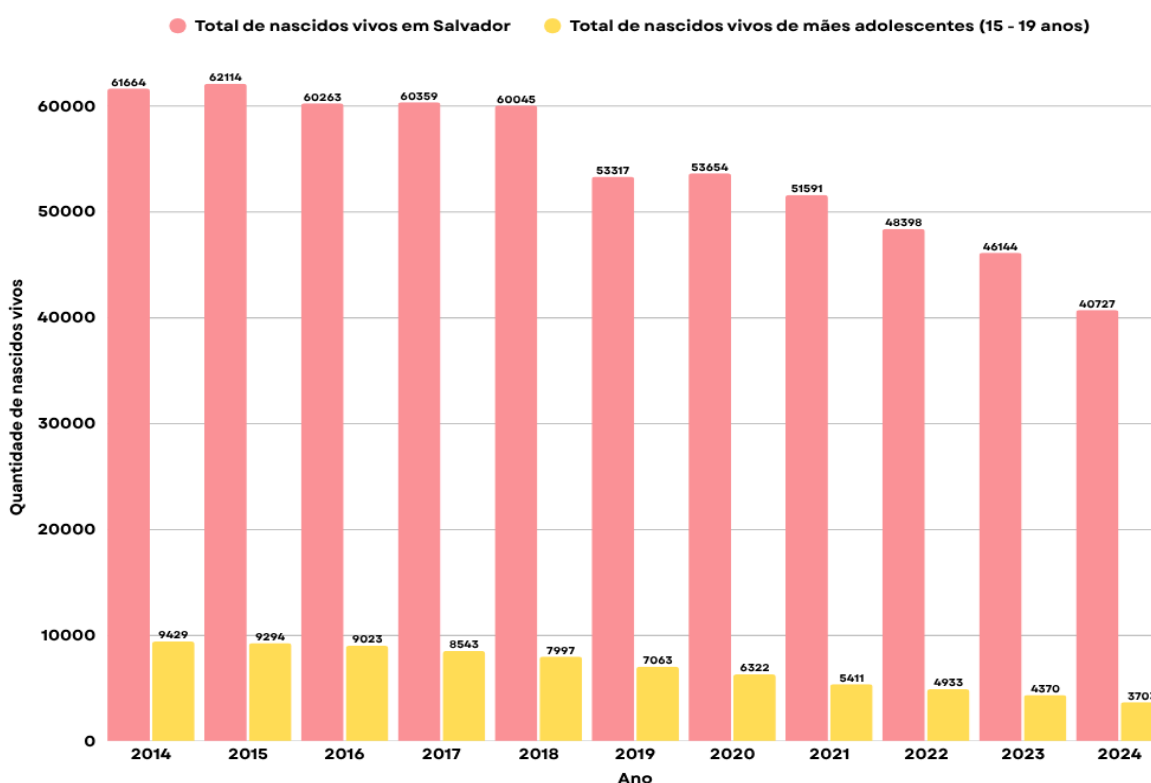
¹⁵ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC*

vivos no Estado.

Um indicador que pode explicar a redução no número de partos de mães adolescentes entre 10 e 19 anos, são a redução na taxa de fecundidade, em razão de um maior nível de instrução, segundo o IBGE (2022). De acordo com Dados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), a Bahia registrou redução da taxa de abandono escolar que era de 11,5% em 2021 e passou a ser de 5,4% em 2023.

Partindo para o panorama da capital baiana, o Município de Salvador conta hoje com uma população total de 2.417.678, de acordo com dados do último Censo do IBGE, o que representa cerca de 17% da população total do Estado e configura a cidade com maior número de habitantes. Quanto à população de adolescentes do sexo feminino representam 145.107 mil habitantes da população total do Município, estando 75.261 mil na faixa etária de 15 a 19 anos (IBGE, 2022). O gráfico abaixo permite analisar a comparação entre o número total de nascidos vivos em Salvador e o total de nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos:

Figura 6: Comparativo entre o total de nascidos vivos e de mães adolescentes (15-19 anos) em Salvador.



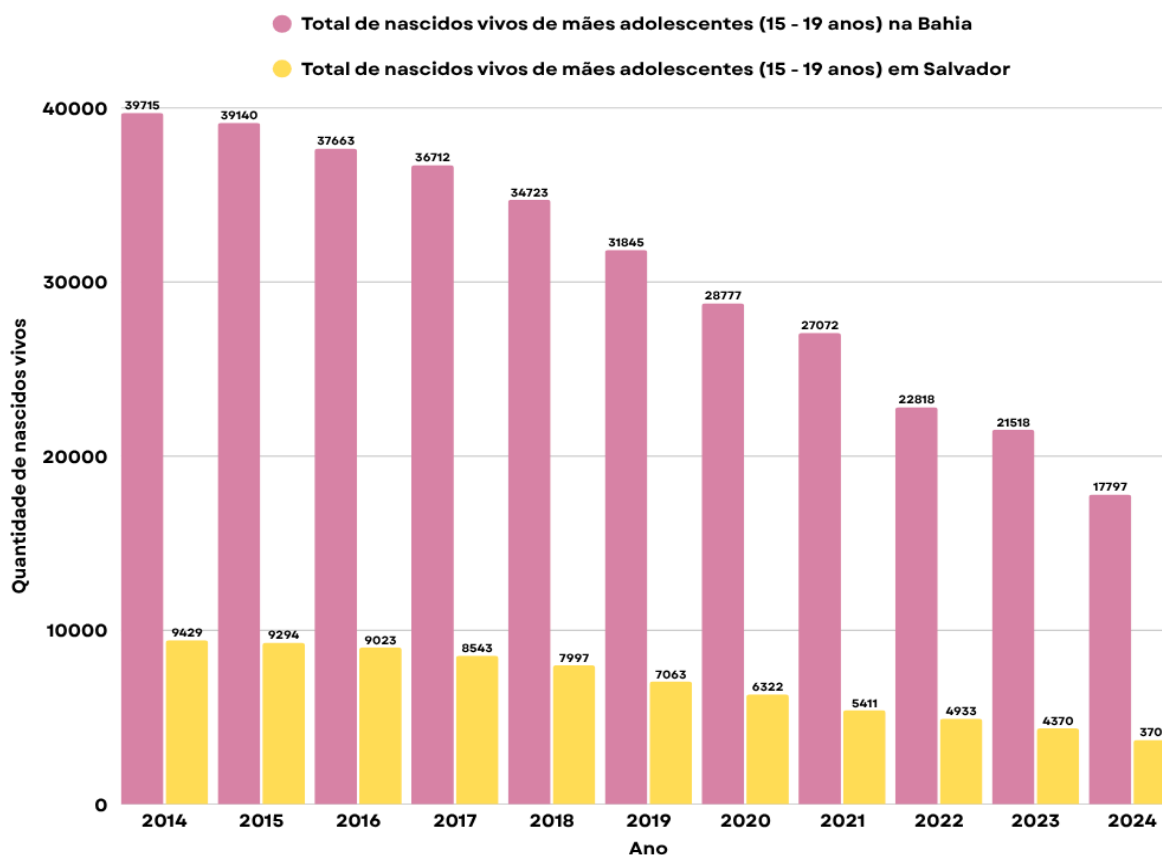
Elaboração própria (2025)¹⁶

¹⁶ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.].

Foram utilizados os dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, pois o DATASUS não permite filtrar os dados por Município, apenas por Unidade Federativa, porém os dados do Painel fornecem uma faixa etária inicial de 0 a 14 anos, que abrange mais crianças que adolescentes, e para melhor análise dos dados escolhi utilizar a faixa etária de 15 a 19 anos apenas.

Como pode ser observado então na Figura 6, Salvador segue a mesma tendência estadual de queda no número absoluto de partos entre adolescentes de 10 a 19 anos. Entretanto, mesmo com essa redução, a proporção de adolescentes mães sobre o total de nascidos vivos na cidade permanece alta, sobretudo em bairros periféricos onde há maior incidência de pobreza, acesso restrito a serviços públicos e baixa escolarização. Essa realidade fica ainda mais evidente ao compararmos os dados de Salvador com os dados gerais do estado da Bahia.

Figura 7: Comparativo entre nascidos vivos de mães adolescentes (15-19 anos) na Bahia e em Salvador.



Elaboração própria (2025)¹⁷

¹⁷ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.].

A análise da Figura 7 revela que Salvador concentra uma proporção significativa dos nascimentos entre adolescentes no estado. Por representar 17% da população baiana, a capital mantém índices de maternidade adolescente que contribuem de maneira expressiva para os números estaduais. Isso reforça a tese de que a gravidez precoce é atravessada por fatores estruturais que se acentuam nas grandes cidades, como desigualdade de renda, acesso precário à saúde sexual e reprodutiva e ausência de políticas públicas intersetoriais.

Um dado relevante é a relação entre gravidez na adolescência e escolarização. Segundo o IBGE (2022), o aumento do nível de instrução é um dos principais fatores que contribuem para a queda da taxa de fecundidade em todo o país. Na Bahia, os dados de escolaridade mostram que adolescentes com menor acesso à educação formal são justamente as mais vulneráveis à gravidez precoce. Isso não apenas compromete a trajetória educacional e profissional dessas jovens, mas perpetua o ciclo de pobreza intergeracional.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2022, apenas 56% das adolescentes baianas de 15 a 17 anos estavam frequentando o ensino médio na idade adequada, enquanto 18% já estavam em defasagem escolar e 26% haviam abandonado temporariamente os estudos ou estavam fora da escola (IBGE, 2023). Essa evasão escolar, muitas vezes, está diretamente relacionada à gravidez precoce, falta de apoio familiar, violência doméstica ou responsabilidades com o cuidado de irmãos mais novos, todas expressões da questão social que atravessam o cotidiano dessas jovens.

A cidade de Salvador, por sua vez, apresenta bolsões de vulnerabilidade social onde a interseccionalidade se torna evidente: meninas negras, moradoras da periferia, com acesso precário a direitos básicos, são as mais afetadas pela gravidez precoce. Como já discutido no capítulo anterior, a interseccionalidade, segundo Akotirene (2021), não se limita à sobreposição de opressões, mas denuncia a ação estruturante de sistemas de poder que atuam simultaneamente sobre os corpos racializados e feminizados.

Nesse sentido, os dados apresentados não são apenas estatísticas, mas reflexos de um modelo social excludente. A gravidez precoce em Salvador e na Bahia não pode ser compreendida como uma mera consequência de escolhas individuais, mas como uma expressão concreta da questão social, marcada pela violação de direitos, desigualdade de gênero e racismo estrutural.

É urgente que as políticas públicas voltadas à juventude, saúde e educação atuem de forma articulada e intersetorial, garantindo acesso à informação, serviços de saúde

reprodutiva, acolhimento psicossocial e programas de permanência escolar. Apenas dessa forma será possível romper com o ciclo de exclusão e desigualdade que atinge tantas meninas e adolescentes no estado da Bahia e, particularmente, em sua capital.

Embora a Bahia como um todo apresente altos índices de gravidez na adolescência, Salvador evidencia um recorte ainda mais alarmante desse fenômeno. Essa realidade torna-se mais grave quando se observa a interseção entre raça, gênero e território, compondo um quadro de exclusão que atinge sobretudo meninas negras, periféricas e em condição de extrema pobreza.

Na comparação entre o estado da Bahia e o município de Salvador, observa-se que, embora Salvador represente apenas 17% da população baiana, concentra aproximadamente 20% dos nascidos vivos de mães adolescentes (Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, 2024). Isso indica que a capital possui uma taxa proporcionalmente maior de gravidez precoce em relação ao restante do estado, o que pode ser explicado por fatores como urbanização desordenada, violência comunitária, insuficiência de serviços de saúde reprodutiva e fragilidade nas redes de proteção social.

Ademais, o impacto da gravidez precoce sobre os indicadores educacionais e socioeconômicos é expressivo. Segundo o IBGE (2022), a taxa de fecundidade das adolescentes de 15 a 19 anos na Bahia foi de 56,4 filhos por mil adolescentes, um dos índices mais elevados entre os estados do Nordeste. Salvador acompanha essa tendência, com distritos sanitários como Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras e São Marcos apresentando as maiores taxas de nascimentos entre adolescentes. Nesses territórios, os desafios de acesso à educação, saúde, lazer e segurança são ainda mais intensos.

Esses dados evidenciam que a gravidez na adolescência deve ser compreendida como um fenômeno estrutural. Nesse contexto, é fundamental destacar que a ausência de informação qualificada, o preconceito nas unidades de saúde e a invisibilidade das necessidades das adolescentes são fatores que contribuem para a perpetuação desse cenário.

A Bahia e Salvador reproduzem esse quadro, com uma cobertura ainda insuficiente da Estratégia Saúde da Família (ESF) em determinadas regiões, além de barreiras culturais e institucionais no atendimento às jovens. Essa ausência de cuidado prévio reforça a necessidade de políticas públicas mais acessíveis, acolhedoras e eficazes.

Dessa forma, a situação em Salvador não pode ser analisada de maneira isolada, mas sim como reflexo e ampliação dos problemas enfrentados em nível estadual. A concentração de população, a desigualdade territorial e a precarização dos serviços públicos na capital

intensificam os fatores de risco para a gravidez precoce.

Portanto, ao correlacionar os dados entre Bahia e Salvador, percebe-se que as políticas públicas devem ser pensadas a partir das especificidades territoriais, reconhecendo que, embora o problema esteja presente em todo o estado, assume características particulares nas zonas urbanas da capital. A resposta estatal precisa ser articulada entre saúde, educação e assistência social, com foco na promoção da equidade e na redução das desigualdades que atravessam as trajetórias das adolescentes.

Como destaca Iamamoto (2008), a atuação do Estado no campo das políticas sociais deve se orientar pelo princípio da universalização dos direitos, sem desconsiderar a historicidade das desigualdades. Logo, enfrentar a gravidez na adolescência em Salvador implica considerar os contextos sociais e territoriais que a produzem, bem como investir em políticas públicas que atuem não apenas na consequência, mas principalmente nas causas estruturais que colocam essas jovens em condição de vulnerabilidade.

4. POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO À MULHER GESTANTE

As políticas públicas no Brasil constituem um conjunto de ações planejadas e regulamentadas pelo Estado, por meio de leis, programas e recursos financeiros, com o objetivo de responder às necessidades sociais e promover o desenvolvimento local. Essas políticas refletem as prioridades estabelecidas pelos órgãos governamentais e são fundamentais para a transformação das condições sociais, embora seus resultados possam divergir das intenções iniciais.

Segundo Teixeira (2002), as políticas públicas podem ser analisadas a partir de diferentes aspectos, tais como o grau de intervenção e o alcance dos seus benefícios. Elas podem ser estruturais, quando visam a mudanças profundas nas relações sociais, econômicas e políticas, ou emergenciais, que buscam respostas imediatas a situações específicas e temporárias. Em relação à abrangência, as políticas podem ser universais, direcionadas à totalidade da população, ou segmentadas, voltadas para grupos específicos com necessidades particulares. Além disso, quanto à função social, podem ser classificadas em políticas distributivas, que proporcionam benefícios diretos a indivíduos ou grupos; redistributivas, que promovem a realocação de recursos para reduzir desigualdades; e regulatórias, que estabelecem normas e regras para o funcionamento das relações sociais.

Assim, as políticas públicas são instrumentos essenciais para a organização social e para a garantia de direitos, podendo atuar tanto na promoção da equidade quanto na manutenção da ordem social, dependendo do seu desenho e aplicação.

Segundo Behring e Boschetti (2009), “a política social é uma política pública, ou seja, uma política de Estado, que atua no âmbito da reprodução social, tendo como uma de suas principais funções a reprodução da força de trabalho” (p. 25). Essa definição evidencia que a política social não pode ser compreendida de forma isolada ou apenas como ação benevolente do Estado, mas sim como um dos instrumentos essenciais para a manutenção das relações sociais sob o capitalismo.

As autoras explicam que a política social surge historicamente como resposta às contradições da chamada questão social, ou seja, das desigualdades geradas pelo modo de produção capitalista. Nesse sentido, ela cumpre funções contraditórias: ao mesmo tempo em que busca atenuar as expressões mais cruéis da desigualdade, também serve à reprodução das relações de dominação e exploração, sendo atravessada por disputas entre os interesses das classes sociais. Behring e Boschetti (2009) apontam que a política social está profundamente

condicionada pelo nível de organização da classe trabalhadora e pela correlação de forças presente em cada momento histórico.

Além disso, as autoras destacam que, no contexto neoliberal, a política social passa por um processo de mercantilização e focalização, com forte redução do papel do Estado e transferência de responsabilidades para a sociedade civil e o setor privado. Essa lógica transforma direitos em serviços mínimos, oferecidos apenas a quem comprova extrema pobreza, o que enfraquece a universalidade das políticas públicas e acentua as desigualdades sociais já existentes.

As políticas nacionais para atenção à mulher gestante estão concentradas em sua maioria no âmbito da saúde. Atualmente existem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Lei do Acompanhante, a Rede Cegonha (desde 2024 chamada de Rede Alyne¹⁸), Estratégia Saúde da Família e, como já discorrido no item 3.1, o Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004, provavelmente é o documento mais completo na atenção à saúde da mulher dentre os citados acima. Ela tem o intuito de promover atenção integral à saúde da mulher em todas as fases da vida, com enfoque no pré-natal, parto e puerpério (Brasil, 2004). Segundo o Ministério da Saúde, a política faz parte do Plano Plurianual da União para 2024 a 2027 e seu objetivo principal é “integrar as mulheres no meio social, político e comunitário” (Brasil, [s.d.]). Além disso, esta política possui um diferencial quanto à sua atuação na prevenção da gravidez precoce, planejamento familiar e direitos sexuais e reprodutivos.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), popularmente conhecido com Programa Pré-Natal e Nascimento Seguro (PPNNS), foi instituído em 2000 pela Portaria GM nº 569 em 1º de junho, em resposta ao Compromisso Social pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, prevendo um trabalho articulado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal (Brasil, 2000). Tendo o PHPN como objetivo:

O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o

¹⁸ "O nome Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, carioca, preta, de origem humilde, que morreu grávida de seis meses por desassistência no município de Belford Roxo em 2002. Por conta disso, o Brasil tornou-se o primeiro caso no mundo de uma condenação em corte internacional por morte materna evitável, reconhecida como violação de direitos humanos das mulheres a uma maternidade segura" (Brasil, 2024)

incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2000)

A fundamentação do Programa parte do princípio que a humanização e a assistência obstétrica e neonatal é imprescindível para parto e puerpério adequados, fazendo a integração dos direitos de cidadania e das práticas técnico-assistenciais. A Portaria estabelece um montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais para o desenvolvimento dos componentes previstos no PHPN (Brasil, 2000), com a maior parte deste valor sendo oriundo do orçamento do Ministério da Saúde, que em 2001 foi de R\$ 25,6 bilhões de reais (Barros, 2004 *apud* Dahmer, 2004). Este Programa foi de extrema importância na época de sua criação e ainda continua sendo, uma importante ferramenta na articulação da política pública de saúde para garantir o direito à maternidade segura..

No que diz respeito à Lei do Acompanhante, esta foi instituída em 2005, pela Lei nº 11.108. A Lei garante que a gestante seja acompanhada por uma pessoa de sua escolha, indicada por ela, em todo período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2005). À primeira vista a Lei parece simples, mas ela está diretamente ligada com a redução de casos de violência obstétrica, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” realizada pela Fiocruz. De acordo com dados da pesquisa, as mulheres apontam menor ocorrência de práticas violentas por parte da equipe, como violência verbal (gritos e xingamentos), procedimentos não autorizados e não ter informações sobre a condução sobre seu corpo (Leal *et al.*, 2014). Aparentemente, a presença de um acompanhante inibe práticas autoritárias e abusivas, fortalecendo o protagonismo da mulher..

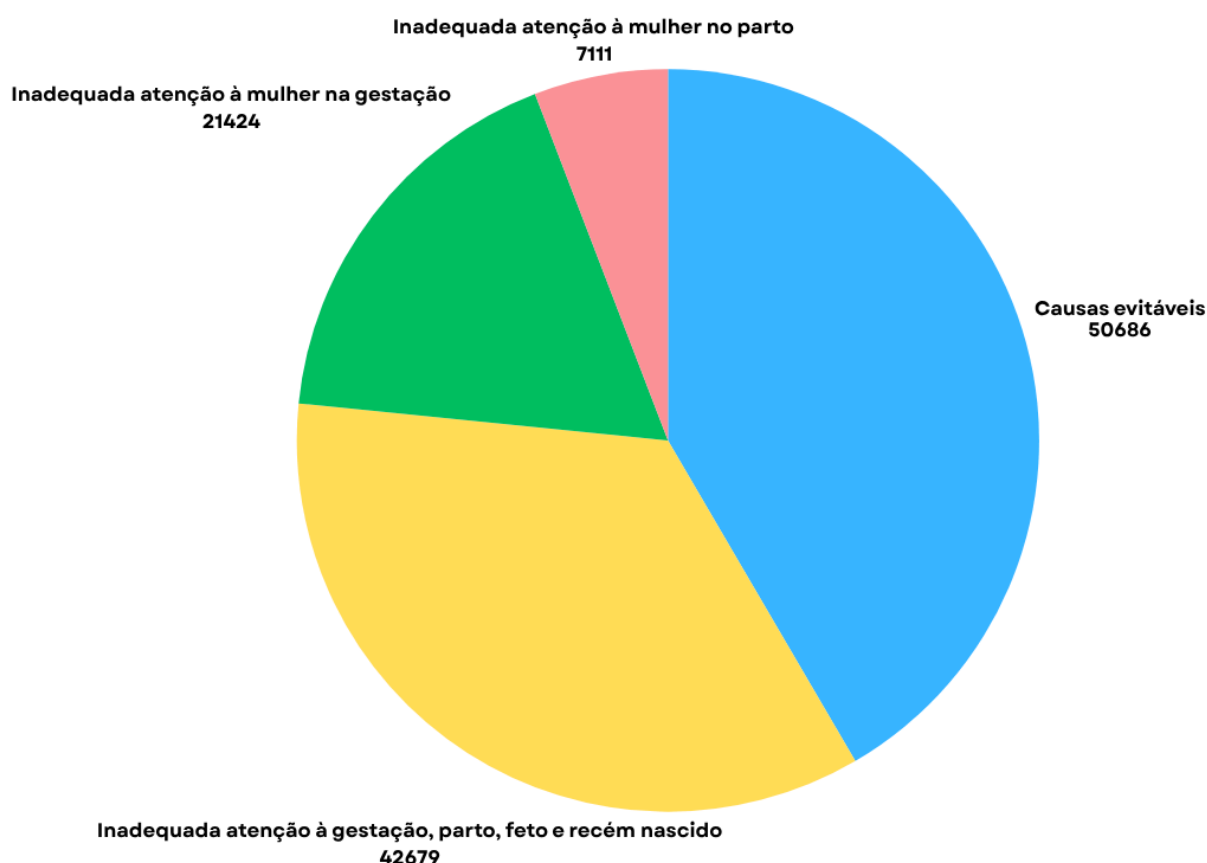
O programa Rede Alyne é uma criação da Portaria 1.459/2011 e traz em seu primeiro artigo sua definição:

A Rede Alyne, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Alyne (Brasil, 2011, Art. 1º).

A Rede Alyne tem por objetivo implantar um novo modelo de proteção à saúde da mulher e da criança, focando na atenção ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança (0 a 2 anos); estruturar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, assim garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; e visa reduzir a morte de mães e crianças, com enfoque no componente neonatal (Brasil, 2011).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, [s.d.]), a mortalidade infantil e fetal no país por causas evitáveis, inadequada atenção à gestação, parto, feto e recém nascido, inadequada atenção à mulher na gestação e inadequada atenção à mulher no parto, são números ainda preocupantes, como mostra o gráfico a seguir:

Figura 8: Quatro indicadores de causas de mortalidade infantil e fetal no Brasil (2024).



Elaboração própria (2025)¹⁹

O gráfico apresentado demonstra que no último ano, 50.686 crianças e fetos morreram decorrente de causas evitáveis, assim como 42.679 das mortes advém de atenção inadequada à gestação, parto, feto e recém nascido, 21.424 foram decorrentes da atenção inadequada à mulher na gestação e 7.111 mortes por atenção inadequada à mulher no parto. São dados ainda alarmantes em detrimento dos objetivos do programa Rede Alyne.

¹⁹ **Demonstração gráfica de dados extraídos de:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]

A gestante no Brasil ainda conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é “um modelo inovador que coloca a saúde no centro das necessidades da pessoa, da família e do território” (Brasil, [s.d.]), substituindo o modelo tradicional centrado no atendimento ambulatorial, desempenhando um papel crucial no que diz respeito à reorganização da Atenção Primária à Saúde (SAPS), alinhada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além de objetivos como a redução da mortalidade infantil, ela também visa a promoção da equidade, atuando para minimizar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assistindo populações historicamente invisibilizadas, contribuindo assim para melhor qualidade de vida da população, aumento da eficiência do SUS, além do fortalecimento da saúde nos territórios por meio do aumento das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, [s.d.]).

Estruturada para atender à diversidade e singularidade das necessidades de saúde da população brasileira, a ESF se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais e considera as especificidades territoriais, culturais e sociais, desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (Brasil, [s.d.]).

Assim, as equipes trabalham de forma integrada e complementar seguindo a orientação de estreitar os vínculos com as famílias e as unidades de saúde, e o arranjo desta equipe depende do que está previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entre estas, pode-se citar: a Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipes Multiprofissionais (eMulti), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial (eSRF), Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) (Brasil, [s.d.]).

Ainda há uma modalidade de equipe secundária à Estratégia de Saúde da Família, diferente da Equipe de Saúde da Família na formação e carga horária e atendimento às especificidades e características de determinados municípios, segundo as diretrizes da PNAB (Brasil, [s.d.]).

As políticas públicas voltadas à atenção à mulher gestante no Brasil representam um esforço importante na promoção da saúde materna e na garantia de direitos. Como visto, programas como o PNAISM, a Rede Alyne, o PHPN, além da Lei do Acompanhante e da Estratégia Saúde da Família, buscam garantir um cuidado mais humano e integral às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. Esses dispositivos mostram o compromisso do Estado com a saúde reprodutiva, ao mesmo tempo em que procuram enfrentar as desigualdades sociais e territoriais no acesso aos serviços de saúde.

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde materna e atenção à gestante, persistem desafios significativos. Dados do Ministério da Saúde (2023) e da Fiocruz (2024) indicam que muitas gestantes continuam enfrentando dificuldades de acesso a um atendimento de qualidade, principalmente em regiões socialmente vulneráveis, evidenciando desigualdades territoriais e limitações na execução das políticas (Iamamoto, 2007; Santos, 2017).

Além disso, a efetividade dessas políticas depende da participação social e da articulação entre setores governamentais, reforçando a necessidade de diálogo com a sociedade, escuta ativa das mulheres e fortalecimento dos vínculos entre profissionais de saúde, assistência social e comunidade (Akotirene, 2021; Santos, 2017). Investir na formação continuada das equipes de saúde e em condições adequadas de trabalho também é fundamental para garantir uma assistência segura e acolhedora (Iamamoto, 2008).

Dessa forma, garantir os direitos das gestantes e promover uma maternidade segura não deve ser visto apenas como uma responsabilidade do setor da saúde, mas sim como uma prioridade coletiva. Isso envolve o compromisso contínuo de toda a sociedade, com foco na justiça social e no combate às desigualdades. A consolidação de uma rede de cuidado eficiente, respeitosa e acessível é essencial para que todas as mulheres, independentemente de onde vivam ou da sua condição social, possam gozar da experiência da maternidade com dignidade e segurança.

4.1 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA A MULHER GESTANTE

No Brasil, os serviços de assistência social são organizados pelo sistema público chamado “Sistema Único de Assistência Social”, mais conhecido como SUAS. Definido pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome como:

Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal (Brasil, 2024)

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) surgiu a partir das diretrizes estabelecidas na IV Conferência Nacional de Assistência Social e foi institucionalizado pela

Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Sua estruturação foi consolidada em 2005, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), documento que define as atribuições dos entes federativos e os eixos centrais para sua implementação e consolidação como política pública (Brasil, 2024).

As ações de assistência social são organizadas em dois tipos de proteção social: básica e especial. A proteção social básica é voltada para prevenção de riscos sociais e pessoais, ofertando programas, serviços, projetos e benefícios a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, já a proteção especial é destinada a este mesmo público, porém que já se encontram em situação de risco, onde houve violação de direitos como violência sexual, abandono, mau tratos e etc (Brasil, 2024).

O SUAS, sob coordenação do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, é estruturado com base na gestão compartilhada entre o poder público e a sociedade civil. Nesse modelo, a definição das ações e a destinação dos recursos ocorrem por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), sendo acompanhadas pelos Conselhos de Assistência Social em âmbito nacional, estadual e municipal, que exercem função de controle social e fiscalização da política pública (Brasil, 2024).

O entendimento constitucional da assistência social no Brasil está previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que abrange ações direcionadas à família, maternidade, infância, adolescência, idosos, pessoas com deficiência e inserção no mercado de trabalho. Os princípios norteadores dessa política incluem a universalização do acesso, o respeito à cidadania, a igualdade na oferta dos serviços, a transparência, a descentralização, a participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas, além da primazia da responsabilidade estatal na condução dessas ações (Brasil, Lei nº 8.742, 1993).

A mulher gestante, especialmente em situação de vulnerabilidade social, deve ser considerada como público prioritário nas políticas públicas de assistência social. A gravidez, enquanto processo natural e transformador, também é atravessada por desafios significativos quando ocorre em contextos de pobreza, exclusão social, baixa escolaridade e ausência de suporte familiar. Nesse cenário, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), estruturado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é um instrumento fundamental para assegurar direitos e garantir proteção social a essas mulheres.

De acordo com Sposati (2009), a assistência social deve ser compreendida como uma política pública que se responsabiliza pela proteção de indivíduos em situação de vulnerabilidade, com foco na garantia de direitos e na superação das desigualdades. Nesse

sentido, o atendimento às gestantes insere-se como prioridade, uma vez que a maternidade em contextos vulneráveis tende a acentuar desigualdades preexistentes.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é ofertado obrigatoriamente em todos os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e tem como objetivo central o fortalecimento da função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos familiares e comunitários, promovendo o acesso a direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. O serviço prioriza famílias em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas que são beneficiárias de programas de transferência de renda, benefícios assistenciais ou que possuem pessoas idosas e/ou com deficiência entre seus membros.

A atuação do PAIF se dá por meio de trabalho social contínuo com as famílias, realizando atendimentos, visitas domiciliares, encaminhamentos para outros serviços, ações comunitárias e atividades coletivas voltadas à escuta e troca de vivências. Além disso, o programa também articula campanhas, eventos e ações educativas sobre temas como trabalho infantil, violência comunitária, falta de acessibilidade, entre outros. Para ter acesso ao serviço, as famílias devem procurar o CRAS mais próximo de sua residência (Brasil, 2024).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), assegura um salário mínimo mensal a idosos com 65 anos ou mais, bem como a pessoas com deficiência de qualquer idade, desde que comprovem impedimentos de longo prazo – de natureza física, mental, intelectual ou sensorial – que dificultem sua participação plena e igualitária na sociedade (Brasil, 2024). Para ser beneficiário do BPC a renda familiar por pessoa do grupo familiar precisa ser igual ou menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, ou seja, cada pessoa tenha renda de até R\$379,50 reais considerando o salário mínimo atualmente no país, no valor de R\$1.518,00 reais. Além do requisito de renda, as pessoas com deficiência precisam se submeter a avaliação médica e social no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (Brasil, 2024).

É válido esclarecer que o BPC não é um benefício destinado às gestantes, porém elas podem acessá-lo em caso de deficiência. Além disso, é importante destacar que não é permitido acumular o BPC com outros benefícios previdenciários, como o auxílio-maternidade. Portanto, se uma gestante já recebe o BPC, ela não poderá acumular com o auxílio-maternidade.

Dentro do Programa Bolsa Família, existe um benefício específico para mulheres gestantes, chamado oficialmente de Benefício Variável à Gestante (BVG). Ele é popularmente

conhecido como “Bolsa Gestante” e integra as ações de proteção social à maternidade dentro do programa. O BVG é uma complementação de renda mensal destinada às gestantes pertencentes a famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, cadastradas no Cadastro Único e beneficiárias do Programa Bolsa Família. O Benefício Variável à Gestante pode ser pago em até nove parcelas, e o Benefício Variável Nutriz, para mulheres lactantes, é concedido por até seis parcelas. Ambos os valores são somados ao repasse mensal durante o período gestacional e de amamentação (Brasil, 2024). O valor do BVG, de acordo com as regras atualizadas do novo Bolsa Família (Lei nº 14.601/2023), é de R\$50,00 por parcela, somando-se ao valor fixo da família.

Para ter acesso ao benefício, a gestante deve realizar o acompanhamento pré-natal pelo SUS, manter os exames e consultas atualizados conforme o calendário da gestação e estar vinculada a uma unidade de saúde para garantir o monitoramento adequado durante esse período.

Outro programa de relevância no campo da assistência social é o Programa Criança Feliz foi instituído em 2016 através do Decreto nº 8.869, pelo Governo Federal e alterado pelo Decreto nº 9.579/2018. Atualmente é gerido pelo Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), e executado pelos municípios dentro da SUAS, através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) (Brasil, 2025). O Criança Feliz tem como público prioritário gestantes, crianças de 0 a 3 anos e suas famílias inscritas no Cadastro Único (CadÚnico); crianças de até 6 anos e suas famílias beneficiárias do BPC 2; crianças de até 6 anos afastadas do convívio familiar por medida protetiva prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); e crianças de até 6 anos inseridas no CadÚnico que perderam pelo menos um de seus responsáveis familiares, seja qual for a causa da morte, durante o período Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19 (Brasil, 2025).

O Programa tem como propósito central promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e acompanhamento do desenvolvimento infantil integral, especialmente nos primeiros anos de vida. Entre seus objetivos, destacam-se o apoio à gestante e à família durante a preparação para o nascimento, o fortalecimento dos vínculos afetivos no exercício da parentalidade e a mediação do acesso às políticas públicas necessárias para a garantia de direitos. Além disso, o programa visa integrar e fortalecer ações intersetoriais voltadas para gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias, contribuindo para a articulação entre as áreas da saúde, educação e assistência social (Brasil, 2025).

A principal estratégia metodológica do Programa Criança Feliz é a realização de visitas domiciliares às famílias cadastradas, especialmente aquelas inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Essas visitas são realizadas por profissionais capacitados (visitadores) que atuam diretamente no ambiente familiar, favorecendo a construção de vínculos, a escuta qualificada e o reconhecimento das especificidades de cada núcleo atendido. Essa proximidade permite identificar tanto as potencialidades quanto as vulnerabilidades presentes no cotidiano das famílias, possibilitando intervenções mais ajustadas à realidade de cada território (Brasil, 2025).

Por meio dessa abordagem, o programa atua com foco na prevenção, proteção e promoção do desenvolvimento infantil, reconhecendo o papel central da família na garantia de cuidados e estímulos durante a primeira infância. As orientações oferecidas visam fortalecer os vínculos familiares e comunitários e ampliar a consciência parental sobre o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança. Estudos que avaliam o programa indicam que as visitas domiciliares são eficazes para promover competências parentais e apoiar a formação de um ambiente saudável e seguro para o crescimento das crianças (Brasil, 2025).

A articulação entre as políticas públicas de assistência social e saúde tem sido uma diretriz fundamental na formulação de ações voltadas às mulheres gestantes. A integração entre o SUAS e o SUS é essencial para a criação de redes de apoio que garantam a proteção social e o acesso aos serviços de saúde, como pré-natal, parto humanizado e atenção no puerpério. A atuação conjunta permite também o acompanhamento de casos mais complexos, onde há riscos à saúde física e mental da mulher ou do bebê, viabilizando encaminhamentos para os serviços da proteção especial ou mesmo para políticas habitacionais, educacionais ou de inserção produtiva (Brasil, 2024).

Um exemplo de atuação integrada é a cooperação entre o Programa Criança Feliz e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), onde os profissionais do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e os visitadores do Criança Feliz compartilham informações e planejam estratégias conjuntas de apoio às gestantes e suas famílias. Essa sinergia contribui para o fortalecimento das ações e evita a duplicação de esforços, garantindo uma cobertura mais eficaz das políticas públicas.

Além disso, algumas iniciativas locais complementam a política nacional com programas regionais de apoio à gestante, como o "Mamãe Cheguei" em alguns estados e municípios, que oferecem enxovais, transporte para consultas e cestas básicas durante a

gestação. Tais ações reforçam o caráter territorializado das políticas de assistência social, adaptando as estratégias às especificidades de cada localidade e ampliando a efetividade das intervenções.

Também se evidencia o papel das organizações da sociedade civil no apoio às gestantes em situação de vulnerabilidade. ONGs, associações comunitárias e instituições religiosas atuam frequentemente em parceria com o poder público para suprir lacunas de atendimento, oferecer acolhimento e promover campanhas de conscientização sobre direitos reprodutivos, violência obstétrica e igualdade de gênero (Iamamoto, 2008; Santos, 2017). Essas iniciativas complementam as ações estatais, reforçando que a proteção à gestante não deve se limitar ao campo individual, mas envolve uma rede social ampla e intersetorial.

Para além das ações governamentais, o fortalecimento da rede comunitária e familiar revela-se essencial na proteção social da gestante. A maternidade deve ser compreendida como um fenômeno social que envolve múltiplas dimensões como: econômicas, emocionais e culturais, exigindo políticas que adotem uma perspectiva integral (Akotirene, 2021; Crenshaw, 2021). Nesse sentido, a presença de vínculos sociais fortalecidos pode ser determinante para o enfrentamento das dificuldades no período gestacional e pós-parto, garantindo suporte emocional, psicológico e afetivo, além do cuidado físico.

Apesar dos avanços das políticas públicas, ainda persistem desafios estruturais e conjunturais para sua efetivação plena. Entre eles, destacam-se a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a carência de infraestrutura adequada em regiões periféricas e rurais, a dificuldade de acesso aos serviços e a persistência de desigualdades sociais, raciais e de gênero (UNFPA, 2021). Além disso, a rotatividade de gestores, a descontinuidade de programas e a fragilidade nos mecanismos de monitoramento e avaliação comprometem a consolidação de uma rede eficaz de proteção social à gestante.

Diante desse cenário, é fundamental que a política pública de assistência social para a mulher gestante seja considerada prioridade no planejamento das ações governamentais. Isso envolve não apenas a ampliação do orçamento e a valorização profissional, mas também a formação continuada das equipes e o fortalecimento de instrumentos de monitoramento e avaliação, garantindo que os serviços sejam efetivos e alinhados às necessidades reais das usuárias (Iamamoto, 2008; Santos, 2017).

A escuta ativa das mulheres, especialmente aquelas em maior situação de vulnerabilidade, constitui elemento central para a construção de políticas ajustadas à realidade vivida. O fortalecimento do controle social por meio dos Conselhos de Assistência Social,

previsto pelo SUAS e pelo ECA, garante a participação da sociedade na formulação e fiscalização dessas políticas, promovendo maior legitimidade e efetividade das ações (Brasil, 1990; Akotirene, 2021).

Em suma, as políticas de assistência social voltadas à gestante representam um avanço no reconhecimento da maternidade como questão de responsabilidade coletiva, não apenas individual ou familiar. Ao assegurar direitos e proteção social desde o período gestacional, tais políticas contribuem para a mitigação de desigualdades históricas e estruturais, sobretudo entre mulheres em situação de pobreza e vulnerabilidade social (UNFPA, 2020). A consolidação de uma rede intersetorial de cuidados, o fortalecimento do SUAS, a valorização da família e da comunidade, e o respeito aos direitos das mulheres são pilares fundamentais para garantir uma maternidade segura, digna e protegida. Investir no suporte à gestante é, portanto, investir no desenvolvimento humano e social do país.

4.2 O QUE SE TEM A DIZER E ANALISAR ACERCA DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL VOLTADOS PARA ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA?

A cidade de Salvador na Bahia, com população de 2.417.678 habitantes, segundo o último censo do IBGE realizado em 2022, mas com uma estimativa para o ano de 2024 de 2.568.928 habitantes, conta com 28 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e 6 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para um território de 692.589 km², e 171 bairros. Os CRAS, segundo a Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer (SEMPRE), estão localizados nos bairros de: Bairro da Paz, Boca do Rio, Brotas, Cajazeiras, Calabetão, Castelo Branco, Centro Histórico, Engomadeira, Fazenda Grande do Retiro, Federação, Ilha de Bom Jesus, Ilha de Maré, Itapagipe, Itapuã, Lagoa da Paixão, Liberdade, Lobato, Mata Escura, Nordeste/Lucaia, Nova Esperança (CEASA), Paripe, Parque São Cristóvão, Pau da Lima, Plataforma, Rio Sena, São Cristóvão, Tancredo Neves (Narandiba), Valéria; e os CREAS são os da: Boca da Mata, Bonocô, Cabula, Fazenda Coutos, Curuzu, Garcia e Itacaranha.

Segundo reportagem do Banco Mundial, a política de Assistência Social em Salvador, coordenada pela SEMPRE atualmente abarca cerca de 600 mil famílias, o que reflete um número de mais de 1,5 milhões de pessoas, de acordo com dados do Município de Salvador.

Não são facilmente disponibilizados dados de quantas gestantes são assistidas pelos programas sociais na cidade, mas a informação que se pode coletar é que não há programas específicos para adolescentes gestantes no Município, mesmo com o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos Nacional apontar que no último ano foram nascidos pelo menos 183 bebês em Salvador de mães adolescentes na faixa etária de 00 a 14 anos, e 3.073 de mães adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos.

Os programas socioassistenciais geridos pela SEMPRE que têm como público alvo as gestantes no Município de Salvador são: Programa Mãe Salvador, Auxílio Natalidade, Articulação com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para gestantes com deficiência/Bolsa Família/ Programa Criança Feliz/Programa Pé de Meia/Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), além do atendimento nos CRAS e CREAS.

O Programa Mãe Salvador, articulado à Rede Alyne do Ministério da Saúde, é uma iniciativa do município de Salvador voltada para o acolhimento e acompanhamento de gestantes em situação de vulnerabilidade social. Criado com o objetivo de garantir atenção integral no pré-natal, o programa oferece transporte gratuito, orientação psicossocial e encaminhamento para políticas sociais, buscando assegurar um processo gestacional mais digno e protegido. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, “o Mãe Salvador proporciona às gestantes o Salvador Card, com até 30 passagens gratuitas, e garante o acompanhamento no pré-natal via SUS” (Salvador, 2024). Após a realização das sete consultas obrigatórias e exames complementares, as beneficiárias são encaminhadas aos CRAS para solicitar benefícios assistenciais, como o Auxílio Natalidade, fortalecendo a intersetorialidade entre saúde e assistência social.

Dados recentes demonstram o impacto da ação: em 2024, mais de 5.400 gestantes foram atendidas pelo programa, com cerca de 20 mil passagens distribuídas para garantir o comparecimento às consultas (Salvador, 2024). Isso evidencia um avanço significativo na efetivação do direito à saúde e à mobilidade para mulheres em situação de vulnerabilidade, principalmente nas regiões periféricas da cidade.

O Auxílio Natalidade foi instituído pela Lei nº 8.543/2014, junto a outros benefícios eventuais. Assim como o BPC, a renda familiar per capita deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, além de cadastro no CadÚnico realizado pela SEMPRE. O auxílio pode ser liberado em dinheiro ou por meio de itens como enxoval para o bebê, apoio à mãe em caso de natimorto, entre outros (Salvador, 2023). O Auxílio é definido como:

Auxílio Natalidade – É destinado à família em dificuldades e que possa suprir situações como atenção necessária ao recém-nascido, apoio à mãe em caso de natimorto e morte de recém nascido, apoio à família em caso de morte da mãe, apoio à mãe vítima de sequelas pós-parto ou outra situação relacionada ao nascimento do bebê. Poderá ser em valor (pecúnia) ou custeio de itens de enxoval. (Salvador, 2023).

Desde 2024, a prefeitura tem distribuído kits natalidade que incluem berço, colchão, banheira, fralda, roupinhas e outros itens essenciais (Salvador, 2024). A problemática de o Auxílio Natalidade não ser mais recebido em valor, mas sim em um kit padronizado para todas as gestantes traz uma importante reflexão sobre a utilidade desse kit para as gestantes, pensando que se por exemplo, for uma gestante que tem mais de um filho, já recebeu o kit natalidade da primeira vez e ainda o guarda, receber um outro kit exatamente igual seja menos útil do que receber um valor em dinheiro que poderia ser revertido em outros itens.

Uma outra problemática que permeia a assistência para adolescentes grávidas seria a de que estas ainda não teriam completado a maioridade, exceto aquelas com 18 e 19 anos, e não poderiam receber os benefícios em seu próprio nome, tendo assim que um responsável por esta, receber o benefício em seu lugar. Dessa forma, há uma lacuna entre a gestante adolescente e o benefício, pois estes responsáveis podem ou não repassar o benefício para a adolescente.

Como já abordado no item 2.3 deste trabalho, as adolescentes gestantes que acessam os programas sociais ofertados pela Assistência Social possuem características marcadas por recortes de raça, cor, renda e território, sobretudo em uma metrópole como Salvador, onde as desigualdades sociais se manifestam de forma ainda mais evidente.

Nesse contexto, torna-se essencial repensar as estratégias voltadas à prevenção e ao acompanhamento da gravidez na adolescência, não apenas sob uma ótica de contenção, mas de acolhimento e promoção de direitos. Uma alternativa viável seria reformular o formato de repasse do auxílio natalidade, substituindo os kits físicos por um valor em pecúnia, permitindo que as adolescentes tenham maior autonomia e flexibilidade para utilizar os recursos de acordo com suas necessidades reais. Além disso, seria mais eficaz que esses repasses fossem realizados em nome das próprias adolescentes, reconhecendo-as como sujeitas de direito.

Apesar de Salvador ser a capital com a maior população da Bahia e apresentar elevados índices de gravidez na adolescência, foi verificada uma preocupante ausência de programas sociais que atendam de forma específica e sistemática esse público. Embora a política municipal de assistência social conte com dispositivos importantes, como os Centros

de Referência da Assistência Social (CRAS), o Auxílio Natalidade e o Programa Criança Feliz, tais iniciativas não contemplam, de forma explícita, as singularidades da gestação na adolescência. Mesmo com os programas citados, a falta de programas específicos da política de assistência para adolescentes gestantes e a ausência de foco interseccional (gênero, raça e território) tornam o atendimento muitas vezes genérico e ineficaz.

Embora o orçamento destinado à política de assistência social em Salvador para o ano de 2025 ultrapasse os R\$ 374 milhões, conforme a Lei Orçamentária Anual (Salvador, 2024), a distribuição e a execução desses recursos ainda carecem de prioridade estratégica voltada às especificidades da maternidade na adolescência. O volume orçamentário, por si só, não assegura a efetividade da política de assistência social se não estiver vinculado a ações planejadas, integradas e sensíveis às expressões da questão social que impactam diretamente a vida das adolescentes grávidas. O que se verifica é que, apesar da existência de programas e serviços com alcance geral, há uma invisibilidade institucional quando se trata de atender, de forma específica e contínua, às necessidades desse público. Assim, a ausência de iniciativas que articulem ações de proteção social com fortalecimento de vínculos, autonomia e direitos sexuais e reprodutivos evidencia que o investimento público ainda não tem alcançado de forma equitativa os sujeitos que mais demandam atenção do Estado.

Ainda que esse valor represente um esforço do poder público para manter os serviços socioassistenciais ativos, sua execução precisa ser orientada por estratégias que priorizem populações historicamente vulnerabilizadas, como as adolescentes grávidas. Como afirma Costa (2013), quando as políticas ignoram as desigualdades estruturais e os marcadores sociais da diferença, elas contribuem para a reprodução da exclusão. A ausência de políticas focalizadas enfraquece a rede de proteção social para essas adolescentes, que enfrentam riscos agravados como evasão escolar, dependência econômica, ruptura dos vínculos familiares, violência obstétrica e abandono parental. Quando esses fatores não são enfrentados de forma estruturada e preventiva, acabam por reforçar o ciclo de pobreza e reproduzir desigualdades históricas.

Além disso, a inexistência de ações intersetoriais articuladas da assistência social, saúde, educação e juventude compromete a efetividade das políticas públicas, resultando em um atendimento fragmentado, descontinuado e com baixa resolutividade. É imprescindível, portanto, que a gestação na adolescência, especialmente nas periferias urbanas de Salvador, seja compreendida não como um desvio ou anormalidade, mas como expressão da questão social que atravessa o cotidiano dessas jovens. A política pública de assistência social eficaz

deve partir da escuta ativa, atenta e qualificada dessas adolescentes, valorizando e reconhecendo seus projetos de vida e promovendo sua autonomia e protagonismo. A criação de programas municipais de assistência social específicos para adolescentes grávidas com foco em acompanhamento social, fortalecimento de vínculos, incentivo à retomada escolar e inclusão social e profissional é uma medida urgente e necessária. A ausência dessas estratégias não apenas revela um vácuo institucional, mas também representa uma negação simbólica e estrutural do direito dessas jovens a uma maternidade digna, protegida e acompanhada pelo Estado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das políticas de assistência social voltadas para a mulher gestante no município de Salvador revela avanços importantes no que diz respeito à estruturação da rede de proteção social, mas também evidencia lacunas graves no atendimento de um público específico e particularmente vulnerável: as adolescentes grávidas. Embora existam programas e benefícios relevantes como o Programa Mãe Salvador, o Auxílio Natalidade, o Bolsa Família e o Programa Criança Feliz, verifica-se que essas ações não contemplam de maneira efetiva as especificidades da maternidade na adolescência, tampouco reconhecem as singularidades vividas por jovens negras, periféricas e em diversas situações de vulnerabilidade social.

A ausência de políticas públicas direcionadas especificamente às adolescentes grávidas contribui para reprodução de ciclos sem fim de empobrecimento, uma vez que a gestação precoce, nesses contextos, não é um evento isolado, mas sim expressões complexas da questão social. Quando a política falha em reconhecer os marcadores sociais da diferença como idade, gênero, raça, território e classe, ela acaba por reproduzir as mesmas desigualdades que deveria combater.

No caso das adolescentes grávidas em Salvador, além da invisibilização enquanto público prioritário, observa-se uma série de entraves operacionais e burocráticos que dificultam o acesso e a permanência nos programas já existentes. A exigência de que uma pessoa maior de idade represente legalmente a adolescente para o recebimento de benefícios como o Auxílio Natalidade, por exemplo, fragiliza a autonomia dessas jovens e pode dificultar o uso efetivo do recurso, especialmente em situações familiares omissas ou de violência velada. Da mesma forma, a substituição do valor pecuniário por kits natalidade padronizados ignora as especificidades de cada contexto familiar, limitando a liberdade de escolha e adaptação da adolescente às suas reais necessidades, o que compromete a efetividade da ação.

É importante destacar que a maternidade na adolescência, em contextos de desigualdade social, racial e territorial como o que se constata cotidianamente no município de Salvador, deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional que exige uma abordagem efetiva, responsável, intersetorial, transversal e participativa por parte da política de assistência social e seus programas. A interseccionalidade, conceito desenvolvido por autoras como Crenshaw e aprofundado no Brasil por Akotirene, permite evidenciar como as

múltiplas opressões operam de forma simultânea sobre essas adolescentes, tornando-as alvo de discriminações cruzadas e de maior vulnerabilidade social. Assim, políticas públicas que ignorem essas intersecções tendem a falhar em seu objetivo de promoção de equidade.

Diante desse cenário, é necessário e urgente propor a criação de um programa municipal específico para adolescentes grávidas em Salvador, que ofereça acompanhamento social qualificado, apoio financeiro em forma de pecúnia e não apenas em bens de consumo, incentivo à continuidade e reintegração escolar, formação para o mundo do trabalho e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Esse programa deve ser construído com base em escuta ativa das adolescentes, valorizando suas vozes, experiências e receios, por vezes comuns em jovens mães diante do que se afigura como o novo em suas vidas, e contando com a articulação direta entre as Secretarias de Assistência Social, Saúde, Educação e Juventude. A participação das adolescentes na construção, monitoramento e avaliação dessas políticas é fundamental para garantir que suas demandas reais sejam contempladas e respeitadas.

Necessário se faz que o orçamento público, como os mais de trezentos e setenta milhões de reais destinados à Assistência Social no exercício de 2025, seja planejado e executado com critérios de equidade, destinando recursos específicos para grupos socialmente vulnerabilizados, como o das adolescentes grávidas. Para isso, é imprescindível aprimorar os mecanismos de controle social, ampliar a transparência na execução dos programas e fortalecer o papel dos Conselhos Municipais como espaços de participação e deliberação democrática.

Por fim, é fundamental romper com a ideia de que a gravidez na adolescência é uma falha moral ou uma anormalidade a ser corrigida. É necessário reconhecê-la como um fenômeno social que demanda cuidado, proteção, respeito e protagonismo. A construção de políticas públicas eficazes para essa população, em especial a política de assistência social, para a qual essa pesquisa teceu indagações e debruçou-se em análises, deve caminhar para a afirmação da maternidade, enfatizando esta adolescente como uma cidadã de direitos, capaz de decidir, cuidar e ser cuidada, e na perspectiva de uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva.

6. REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen/Estação das Letras e Cores, 2021. (Coleção Feminismos Plurais)

BAHIA. **Quase metade das mulheres que se tornaram mães na Bahia em 2023 eram jovens entre 20 e 29 anos**. Governo do Estado da Bahia, 2024. Disponível em: https://www.ba.gov.br/comunicacao/2024/05/noticias/quase-metade-das-mulheres-que-se-tornaram-maes-na-bahia-em-2023-eram-jovens-entre-20-e-29-anos?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 3 jul. 2025.

BARROS, Flávio. **Financiamento da saúde no Brasil: a evolução dos gastos federais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 434, de 11 de fevereiro de 2021**. Institui o Estatuto do nascituro, que dispõe sobre a proteção integral do nascituro e dá outras providências. Apresentado por Chris Tonietto (PSL–RJ) e Alê Silva (Republicanos–MG). Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2270201>. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 478, de 2007**. Dispõe sobre o Estatuto do nascituro e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345103>. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-Brasil>. Acesso em: 9 jul. 2025.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 jun. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 11.074, de 19 de maio de 2022**. Institui o Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 maio 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11074.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 11.074, de 22 de junho de 2022**. Aprova o regulamento do Programa de Apoio ao Desenvolvimento de Municípios, de que trata a Lei nº 14.119, de 30 de março de 2021, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/D11074.htm. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Atualizado e disponível no site do Senado Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/527942/publicacao/39870011>. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir à parturiente o direito à presença de acompanhante. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019**. Altera a Lei nº 13.479, de 26 de agosto de 2017, para dispor sobre a distribuição das receitas dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jan. 2019.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113798.htm. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023.** Dispõe sobre o Programa Bolsa Família e revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jun. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14601.htm. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 jan. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 11 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção técnica para atenção integral a pessoas em situação de violência sexual: normas e orientações.** Brasília: MS, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 8 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 8 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde orienta boas práticas para prevenção da gravidez na adolescência.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/ministerio-da-saude-orienta-boas-praticas-para-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>. Acesso em: 13 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Atenção Primária. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **O que é o SUAS**. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/o-que-e>. Acesso em: 4 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **O Programa Criança Feliz**. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy_of_o-programa. Acesso em: 03 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Benefício Assistencial ao Idoso e à Pessoa com Deficiência (BPC)**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>. Acesso em: 03 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/protecao-e-atenc-ao-integral-a-familia>. Acesso em: 04 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família: benefícios e condicionalidades**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. **Plano nacional de prevenção ao risco sexual precoce e gravidez na adolescência**. Disponível em: https://www.tjes.jus.br/wp-content/uploads/plano-nacional_camp_gov_fed.pdf. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei n.º 5.435, de 2020**. Dispõe sobre o Estatuto da Gestante. Apresentado pelo Senador Eduardo Girão (PODEMOS–CE). Senado Federal: Brasília, 2020. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/145760>. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 4883, de 2020**. Dispõe sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Projetos/Ato_2019_2022/2020/PL/pl-4883.htm. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º 54/DF: interrupção da gravidez de feto anencéfalo – Acórdão.** Brasília: STF, jul. 2012. 433 p. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF54.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2025.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARDOSO, Fernando Henrique. **Formação do Brasil contemporâneo: séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

CARVALHO, Diana. **A mulher na Antiguidade Clássica. O caso da mulher romana.** A Pátria, Funchal, 2022. Disponível em: <https://apatria.org/historia/a-mulher-na-antiguidade-classica-o-caso-da-mulher-romana/>. Acesso em: 27 maio 2025.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217/2018, de 27 de setembro de 2018.** Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CIDH – COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Violência e discriminação contra mulheres no sistema de saúde na América.** Washington, D.C.: OEA, 2018. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/>. Acesso em: 8 jul. 2025.

CORREIA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva global.** In: Rodrigues, Maria Adriana Farias. Os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres em pauta: breve retrospectiva. Boa Vista: Boletim de Conjuntura – BOCA, v. 6, n. 16, p. 58–68, 2021. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/292>. Acesso em: 11 mai. 2025.

COSTA, Ana Alice. Políticas públicas e interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 3, 2013.

CRENSHAW, Kimberlé. **Cartografias marginais: interseccionalidade, identidades e violências contra as mulheres.** In: BERTH, João (org.). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. São Paulo: Bazar do Tempo, 2021. p. 380-400.

CRENSHAW, Kimberlé. **Sobre interseccionalidade: Eu queria criar uma metáfora cotidiana que qualquer pessoa pudesse usar.** Geledés, 11 jul. 2019. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/kimberle-crenshaw-sobre-interseccionalidade-eu-queria-criar-uma-metaphora-cotidiana-que-qualquer-pessoa-pudesse-usar/>. Acesso em: 13 fev. 2025.

DAHMER, Elenita Malta. Gastos públicos federais com saúde: para onde vai o dinheiro do SUS? **Revista Margem Esquerda**, n. 39, 2004. Disponível em: <https://www.margem.org/suscri/margen39/dahmer.html>. Acesso em: 2 jul. 2025.

DALONSO, Glaucia de Lima. Trabalhadoras Brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias. **Psicologia para América Latina**, n. 15, dez. 2008. ISSN 1870-350X. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2008000400003&script=sci_arttext. Acesso em: 1 jul. 2025.

DANTE, F. C. S. de O. **As mulheres na Revolução Francesa.** *Maiêutica – História*, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/HID_EaD/article/view/504. Acesso em: 29 jun. 2025.

DIAS NASCIMENTO, Maria Fernanda. Ser mulher na Idade Média. T.E.X.T.O.S de H.I.S.T.Ó.R.I.A.: **Revista do Programa de Pós-graduação em História da UnB**, v. 5, n. 1, p. 82–91, 2011. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/textos/article/view/27754>. Acesso em: 16 maio 2025.

FARIAS RODRIGUES, Maria Adriana; SOUZA FERREIRA, Ravena Maria. Justiça reprodutiva: O Estatuto do nascituro e a “erosão” dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil. **Revista Feminismos**, [S.l.], v. 12, n. 1, 2024.

DOI: 10.9771/rf.12.1.58684. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/58684>. Acesso em: 12 jun. 2025.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2017.

FIOCRUZ. **Campanha de prevenção à gravidez na adolescência: um chamado à reflexão e à ação de toda a sociedade**. Plataforma IdeiaSUS, 02 fev. 2024. Disponível em:
<https://ideiasus.fiocruz.br/postagem/campanha-de-prevencao-a-gravidez-na-adolescencia-um-chamado-a-reflexao-e-a-acao-de-toda-a-sociedade/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos V: Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 2. ed. 390 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), 2014. Disponível em: <https://nascernoBrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA BRASIL). **Gravidez na adolescência: direitos sexuais e reprodutivos das adolescentes e jovens**. Brasília: UNFPA Brasil. 2021. Disponível em:
<https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilha-unfpa-digital.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA BRASIL). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)**. Brasília: UNFPA Brasil. 2 jan. 2007. 105 p.

G1 GLOBO. **Relembre o caso da criança de 10 anos que fez aborto legal após estupro no ES.** G1 Espírito Santo, Espírito Santo, 25 jun. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espírito-santo/noticia/2024/06/25/relembre-o-caso-da-crianca-de-10-anos-que-fez-aborto-legal-apos-estupro-no-es.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, Amanda Jalloul; NUNES, Meire Aparecida Lóde. Bruxas e feiticeiras: um estudo iconográfico do corpo na Idade Média. **Coisas do Gênero: Revista de Estudos Feministas em Teologia e Religião**, v. 9, n. 1, p. 150–169, 2023. Disponível em: <https://revistas.est.edu.br/genero/article/view/2307>. Acesso em: 19 jun. 2025.

HERITAGE CALLING. **Women in the Workforce During the Second World War: Taking on Men's Roles.** *Heritage Calling*, 1 mar. 2020. Disponível em: <https://heritagecalling.com/2020/03/01/women-in-the-workforce-during-the-second-world-war-taking-on-mens-roles/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595–609, set./dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742007000300005>. Acesso em: 20 jun. 2025.

HOBBSAWM, Eric J. **A era das revoluções: 1789-1848**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

HOOKS, bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Trad. Ana Luiza Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 10. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social e política social**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Painel PNAD Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, [s.d.]. Disponível em: <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama – Salvador (BA)**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/Brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 20 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 4 jul. 2025.

INSTITUTE FOR WOMEN'S POLICY RESEARCH. **New study reveals paid family leave policies lead to 20% fewer women leaving the workforce**. 2022. Disponível em: <https://iwpr.org/new-study-reveals-paid-family-leave-policies-lead-to-20-fewer-women-leaving-the-workforce>. Acesso em: 04 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022: panorama – Indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=1>. Acesso em: 3 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades: Bahia – Nascidos vivos, por idade da mãe (15 a 19 anos)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/Brasil/ba/pesquisa/23/24248>. Acesso em: 3 jul. 2025.

LE GOFF, Jacques. **Os intelectuais na Idade Média**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S1–S31, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LION, Brigitte; MICHEL, Cécile. **As mulheres em sua família: Mesopotâmia, 2º milênio a.C.** Tempo, Niterói, v. 10, n. 19, p. 149–173, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/9bzdLZDb8wSmqHpCZjWZzCh/>. Acesso em: 27 maio 2025.

Lois, Cecília Caballero. A gênese da exclusão: o lugar da mulher na Grécia antiga. **Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, v. 20, n. 38, p. 125–134, 1999. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15515>. Acesso em: 7 maio. 2025.

MENUCCI, Julia Monfardini. **Movimento sufragista e a conquista do voto feminino no Brasil.** In: Congresso Nacional de Biodireito e Direitos Humanos, 2021, Ijuí. Anais [...]. Ijuí: UNIJUI, 2021. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conabipodihu/article/view/9326>. Acesso em: 17 jun. 2025.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Maternal health.** Pan American Health Organization, [S.l.], disponível em: https://www.paho.org/en/topics/maternal-health?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 1 jul. 2025.

PALMA, Quezia Marques. **A mulher no Egito Antigo: deusas, rainhas e senhoras da casa.** 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/91226474/A_mulher_no_Egito_Antigo_deusas_rainhas_e_senhora_s_da_casa. Acesso em: 20 maio 2025.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1976.

SALVADOR (Município). Prefeitura. **Lei Ordinária nº 9.827, de 2024**. Estima a receita e fixa a despesa do município de Salvador para o exercício de 2025 e dá outras providências. Salvador, 2024. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a2/ba/s/salvador/lei-ordinaria/2024/982/9827/lei-ordinaria-n-9827-2024-estima-a-receita-e-fixa-a-despesa-do-municipio-de-salvador-para-o-exercicio-de-2025-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 jul. 2025.

SALVADOR (Município). Prefeitura. **Mãe Salvador disponibiliza cerca de 20 mil passagens de transporte para gestantes**. Secretaria Municipal de Comunicação, 2024. Disponível em: <https://comunicacao.salvador.ba.gov.br/mae-salvador-disponibiliza-cerca-de-20-mil-passagens-de-transporte-para-gestantes/>. Acesso em: 04 jul. 2025.

SALVADOR (Município). Prefeitura. **Prefeitura entrega kits natalidade com berço e enxoval completo a 100 gestantes de Salvador**. Brado Jornal, 12 dez. 2024. Disponível em: <https://www.bradojornal.com/noticias/salvador/2024/12/12/prefeitura-entrega-kits-natalidade-com-berco-e-enxoval-completo-a-100-gestantes-de-salvador/>. Acesso em: 04 jul. 2025.

SALVADOR (Município). Prefeitura. **Rede Cegonha e Mãe Salvador já atenderam mais de 5 mil gestantes em 2024**. Secretaria Municipal de Comunicação, 20 maio 2024. Disponível em: <https://comunicacao.salvador.ba.gov.br/rede-cegonha-e-mae-salvador-ja-atenderam-mais-de-5-mil-gestantes-em-2024/>. Acesso em: 04 jul. 2025.

SALVADOR (Município). Prefeitura. **Salvador regulamenta concessão de benefícios eventuais**. Salvador: Secretaria Municipal de Comunicação, 2023. Disponível em: <https://comunicacao.salvador.ba.gov.br/salvador-regulamenta-concessao-de-beneficios-eventuais/>. Acesso em: 04 jul. 2025.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: Particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. In: REVEL, Jacques (org.). Jogos de escalas: a experiência da microanálise. São Paulo: EDUSP; EDUC, 1994. p. 313–342.

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA. **IDEB: abandono escolar diminui na Bahia**. 2024. Disponível em: <https://www.ba.gov.br/educacao/noticias/2024-11/761/ideb-abandono-escolar-diminui-na-bahia>. Acesso em: 9 jul. 2025.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos – Natalidade**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

SILVA, Maria Fernanda Muniz da; FERREIRA NETO, Arthur Leopoldino; CORREA, Rui César Públio Borges. Lugar de mulher: a inserção da mulher no mercado de trabalho regular. **Revista eletrônica do Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região**, Curitiba, v. 11, n. 112, p. 86–107, ago. 2022. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/212275/2022_silva_maria_lugar_mulher.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 1 jul. 2025.

SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. São Paulo: Cortez, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. **A assistência social no Brasil: uma política de seguridade**. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR-BA, 2002. Disponível em:

https://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 4 jul. 2025.

UNFPA BRASIL. **Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência.** Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/Brasil-ainda-apresenta-dados-elevados-de-gravidez-e-maternidade-na-adolescencia>. Acesso em: 13 fev. 2025.

WOLLSTONECRAFT, Mary. **A Vindication of the Rights of Woman.** Disponível em: <https://hist259.web.unc.edu/vindicationofrightsofwomen>. Acesso em: 29 jun. 2025.

WOLLSTONECRAFT, Mary. **Mary Wollstonecraft.** eBiografia, [s.l.], 2025. Disponível em: https://www.ebiografia.com/mary_wollstonecraft/. Acesso em: 29 jun. 2025.