

## **Desigualdades raciais nas tendências da maternidade adolescente e no acesso ao pré-natal no Brasil, 2008-2019**

Racial inequalities in trends in adolescent motherhood and access to prenatal care in Brazil, 2008-2019

Desigualdades raciales en las tendencias de la maternidad adolescente y el acceso a la atención prenatal en Brasil, 2008-2019

Recebido: 15/12/2022 | Revisado: 29/12/2022 | Aceitado: 30/12/2022 | Publicado: 02/01/2023

### **Emanuelle Freitas Goes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9288-6723>

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde-Fiocruz Bahia, Brasil

E-mail: [emanuellegoes@gmail.com](mailto:emanuellegoes@gmail.com)

### **Andrêa Jacqueline Fortes Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6884-3624>

The Ubuntu Center on Racism, Global Movements & Population Health Equity, Drexel University Dornsife School of Public Health, Estados Unidos

E-mail: [ajf426@drexel.edu](mailto:ajf426@drexel.edu)

### **Karina Cardoso Meira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1722-5703>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: [karina.meira@ufrn.br](mailto:karina.meira@ufrn.br)

### **Luana Junqueira Dias Myrrha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6767-6775>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: [luanamyrrha@gmail.com](mailto:luanamyrrha@gmail.com)

### **Ana Paula dos Reis**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6750-0187>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: [reisap07@gmail.com](mailto:reisap07@gmail.com)

### **Vitória Gabriela de Amorim Nunes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3653-711X>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: [vi.amorim6@gmail.com](mailto:vi.amorim6@gmail.com)

### **Jamile Mendes da Silva Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4439-4940>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: [jhamilemendes@gmail.com](mailto:jhamilemendes@gmail.com)

### **Nubia dos Reis Pinto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8508-8264>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: [nubiarpinto@gmail.com](mailto:nubiarpinto@gmail.com)

### **Maria Eduarda Santana Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9392-2255>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: [dudasantos15@outlook.com](mailto:dudasantos15@outlook.com)

### **Herick Cidarta Gomes de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2435-6680>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: [hcidarta@hotmail.com](mailto:hcidarta@hotmail.com)

### **Dandara de Oliveira Ramos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9162-0456>

Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde-Fiocruz Bahia, Brasil

E-mail: [dandararamos2@gmail.com](mailto:dandararamos2@gmail.com)

## **Resumo**

A gravidez e a maternidade na adolescência são questões relacionadas aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde pública. Identificar iniquidades raciais nas tendências temporais da maternidade na adolescência e acesso ao pré-natal no Brasil. Foi realizada uma análise descritiva da proporção de mães adolescentes de nascidos vivos, características sociodemográficas e número de consultas pré-natais segundo raça/cor e faixa etária (10-14 e 15-19 anos) com dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos. As tendências ao longo do tempo

foram avaliadas usando modelos de regressão binomial negativa. No período da análise, foram identificadas 6.118.205 mães adolescentes, sendo a maior proporção de mães entre 15-19 anos de idade (95,14%). A análise de tendência mostrou um padrão geral decrescente de maternidade entre as adolescentes de 10 a 14 anos (RR=0,97;  $p<0,0001$ ) e uma tendência estacionária entre as que tem idade entre 15 e 19 anos (RR=0,99;  $p=0,611$ ). Iniquidades raciais foram encontradas, com tendência decrescente observada apenas entre adolescentes Brancas (faixas 10-14 e 15-19) e Pardas (10-14 anos). Iniquidades raciais também foram encontradas no número de consultas pré-natais e nas características sociodemográficas. Indígenas (20,8%), Pardas (40,4%) e Pretas (41,9%) são as que menos referem a realização de 7 ou mais consultas de pré-natal em relação às Brancas (56,6%). As iniquidades raciais atravessam as trajetórias sexuais e reprodutivas de meninas e adolescentes levando a maternidades não pretendidas. As políticas de saúde devem considerar o racismo e suas manifestações.

**Palavras-chave:** Gravidez na Adolescência; Saúde Reprodutiva; Direitos Sexuais; Direitos Reprodutivos; Desigualdades em Saúde; Racismo.

### Abstract

Teenage pregnancy and motherhood are issues related to human rights, sexual and reproductive rights, and public health. To identify racial inequities in nationwide temporal trends of teenage motherhood and access to antenatal visits in Brazil. A descriptive analysis of the proportion of adolescent mothers of live births, sociodemographic characteristics, and the number of prenatal visits according to race/color and age group (10-14 and 15-19 years) was performed using data from the Live Birth Information System. Trends over time were evaluated using negative binomial regression models. During the analysis period, 6.118.205 adolescents mothers were identified, with the highest proportion of mothers between 15-19 years of age (95.14%). The trend analysis showed an overall pattern of decreasing proportions of motherhood among adolescents aged 10-14 (RR=0.97;  $p<0.0001$ ) and a stationary trend among those aged between 15-19 (RR=0.99;  $p=0.611$ ). Racial inequities were found, with a descending trend observed only among White (10-14 and 15-19 age groups) and Mixed/Brown (ages 10-14) adolescents. Trends were ascending for both age groups among Indigenous girls and stationary for Blacks. Indigenous (20.8%), Mixed/Brown (40.4%) and Black (41.9%) are the ones that least refer to the performance of 7 or more prenatal visits compared to White (56.6%). Racial inequities cross the sexual and reproductive trajectories of girls and adolescents, leading to unintended maternity wards. Health policies should consider racism and its manifestations that create barriers to access to prenatal care faced by girls and adolescents in Brazil.

**Keywords:** Teenage Pregnancy; Reproductive Health; Sexual Rights; Reproductive Rights; Health Inequalities; Racism.

### Resumen

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son temas relacionados con los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y la salud pública. Identificar las desigualdades raciales en las tendencias temporales de la maternidad adolescente y el acceso a la atención prenatal en Brasil. Se realizó un análisis descriptivo de la proporción de madres adolescentes de nacidos vivos, características sociodemográficas y número de consultas prenatales según raza/color y grupo de edad (10-14 y 15-19 años). Utilizando datos del Sistema de Información de Nacidos Vivos. Las tendencias a lo largo del tiempo se evaluaron mediante modelos de regresión binomial negativa. Durante el período de análisis se identificaron 6.118.205 madres adolescentes, con la mayor proporción de madres entre 15-19 años (95,14%). El análisis de tendencias mostró un patrón general decreciente de la maternidad entre las adolescentes de 10 a 14 años (RR=0,97;  $p<0,0001$ ) y una tendencia estacionaria entre las de 15 a 19 años (RR=0,99;  $p=0,611$ ). Se encontraron desigualdades raciales, observándose una tendencia decreciente sólo entre los adolescentes blancos (10-14 y 15-19 años) y morenos (10-14 años). También se encontraron desigualdades raciales en el número de consultas prenatales y características sociodemográficas. Indígenas (20,8%), Pardas (40,4%) y Negras (41,9%) son las que menos reportaron tener 7 o más consultas prenatales en comparación con las Blancas (56,6%). Las desigualdades raciales atraviesan las trayectorias sexuales y reproductivas de las niñas y adolescentes, desembocando en la maternidad no deseada. Las políticas de salud deben considerar el racismo y sus manifestaciones.

**Palabras clave:** Embarazo Adolescente; Salud reproductiva; Derechos Sexuales; Derechos reproductivos; Desigualdades en Salud; Racismo.

## 1. Introdução

A gravidez e a maternidade na adolescência são questões relacionadas aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde pública. Mulheres e meninas têm assegurado no âmbito dos marcos internacionais os direitos sexuais e reprodutivos que tratam sobre escolhas, autonomias, tomadas de decisão e acesso a serviços. Porém, em sociedades com desigualdades estruturais fortemente marcadas, mulheres e meninas vivenciam as desigualdades de gênero, mas há situações

desiguais entre elas, quando consideramos as dimensões interseccionais que atravessam suas trajetórias reprodutivas como raça, classe e geração.

Essas desigualdades conformam a gravidez e a maternidade na adolescência e marcam as experiências de mulheres e meninas de maneiras muito distintas. São vários os fatores que mediam o exercício pleno do direito e da saúde sexual e reprodutiva, que por consequência geram barreiras no acesso aos serviços de saúde (Goes & Nascimento, 2010). Para as adolescentes, em especial, estas experiências são acompanhadas pelos primeiros impactos das estruturas de desigualdades raciais, de gênero e de classe nas relações afetivas sexuais, nas escolhas sexuais e reprodutivas, nas autonomias e no acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva (Goes & Nascimento, 2010).

Os marcadores de raça e status socioeconômico repercutem de forma expressiva na vida sexual e reprodutiva de meninas e mulheres no Brasil. A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (Brasil, 2009), realizada em 2006, apresenta que a idade média da primeira relação sexual das mulheres sem nenhum estudo era de 16,6 anos. Em relação à raça/cor as mulheres Brancas têm a sua primeira relação sexual aos 18,8 anos de idade, enquanto as mulheres negras aos 17,7 anos (Brasil, 2009). De acordo com Heilborn et al. (2009) muitos episódios da primeira gravidez estão próximos à idade da iniciação sexual: o intervalo entre estes dois eventos é em média 2,3 anos para as mulheres do interior e 3,7 anos para as da capital. Sabe-se que a gravidez na adolescência é um evento reprodutivo que ocorre com meninas de diversas classes, regiões e raças (OPAS, 2022).

Desde os anos 2000, o Brasil, em consonância com os demais países da América Latina, apresenta uma tendência de redução na taxa de fecundidade adolescente (TFA), com uma estimativa calculada em 64,8 por mil no ano de 2011. Apesar disso, duas em cada três crianças filhas de mães adolescentes nascem em países do Cone Sul. Se comparada ao cenário mundial, a taxa de 73,2 por mil correspondente ao fenômeno da maternidade entre adolescentes latinas, de 15 a 19 anos, é bastante elevada, e representaria quase o dobro do nível mundial, calculado em 48,9 por mil (Binstock, 2016). Com a ampliação do acesso à educação e à saúde sexual e reprodutiva no Brasil isso pode ter contribuído para a redução da TFA no Brasil (Martins & Verona, 2019).

A violência sexual tem uma forte relação com a gravidez e maternidade na adolescência. O relatório Saúde Brasil, de 2017, realizou o *linkage* entre os dados de nascidos vivos de mães adolescentes registrados no SINASC e as notificações de violência sexual por estupro inseridas no SINAN. O estudo demonstrou que, entre 2011 e 2016, 49.489 adolescentes (10 a 19 anos) notificaram estupros, sendo que 19,5% dessas tiveram filhos nesse mesmo período, ou seja, possivelmente muitas dessas gravidezes foram originárias da violência sexual sofrida. O relatório ainda destaca o estupro como um fator de risco, que repercute de forma negativa na gestação, no parto e no nascimento, e sua ocorrência aprofunda os riscos inerentes à gravidez na adolescência (Brasil, 2017).

O serviço de saúde ainda é um lugar de discriminação e estigma para adolescentes, sendo um dos principais obstáculos na procura pelo serviço de saúde sexual e reprodutiva (Maranhão et al., 2018). E para adolescentes grávidas essa situação se redobra, pois, neste caso também incide as hierarquias reprodutivas que define o perfil e o tratamento das mulheres e suas gravidezes. Nesta situação, as adolescentes são estigmatizadas, sendo vista como uma barreira institucional, que gera o retardo a tomada de decisão das adolescentes e familiares em procurar o serviço para a realização do pré-natal (Andrade et al., 2022; Maranhão et al., 2018).

Com isso, o presente estudo objetiva descrever e analisar as desigualdades étnico-raciais nas tendências da maternidade adolescente e no acesso ao cuidado pré-natal no Brasil, por subgrupos etários (10 a 14 e 15 a 19 anos) entre os anos 2008 e 2019, aprofundando a discussão da intersecção de gênero e raça acerca destes indicadores, e compreendendo a maternidade adolescente enquanto fenômeno multifatorial e de grande complexidade, situado no campo da saúde sexual e reprodutiva.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para os anos de 2008 a 2019, compilados através do TABNET (Pereira et al., 2018; Medronho et al., 2009). Foram calculadas as frequências absolutas e relativas de nascidos vivos (NV) de mães adolescentes, e de consultas de pré-natal nos grupos étnico-raciais, considerando as categorias Preta, Parda, Indígena e Branca, por grupos de idade materna (para todo o grupo de adolescentes de 10 a 19 anos, separadamente para os grupos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos entre os anos de 2008 a 2019, a cada ano e para todo o período).

Os dados referentes às consultas de pré-natal foram extraídos da variável consultas pré-natal, considerando as categorias classificadas pelo SINASC (Nenhuma, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas, 7 ou mais), para os quais foram calculadas frequências absolutas e relativas entre os grupos étnico-raciais e de idade materna para todo o período. Destaca-se que os dados disponíveis no SINASC, só permitem avaliar a qualidade do pela quantidade de consultas realizadas, não sendo possível analisar a realização de exames preconizados (Kinalsky et al., 2020; Melo et al., 2021).

A análise de tendência foi realizada em duas etapas: na análise exploratória inicial das séries históricas empregando-se a função de autocorrelação (ACF) e o teste de Durbin-Watson, verificou-se a presença de dependência temporal das séries. Uma vez confirmada a dependência temporal dos dados, ela foi estimada para a proporção de nascimentos segundo raça/cor da mãe, para as faixas etárias de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 10 a 19 anos, através da regressão binomial negativa (Antunes & Cardoso, 2015)

Ressalta-se que o número de nascimentos esperados, segundo raça /cor e faixa etária, para cada ano representou a variável dependente; e o ano calendário centralizado, a variável independente. Nessa análise, optou-se por estimar modelos de regressão ponderados proporcionais ao total de nascimentos de cada ano, acrescentando um termo conhecido como offset que consiste no logaritmo natural do da quantidade total de nascidos do respectivo ano para cada faixa etária em estudo, dado pela seguinte equação:

$$y_t \sim \text{Binomial Negativa}(\mu_t, \theta)$$
$$\log(\mu_t) = \log(N_t) + \beta_0 + \beta_1(t - E(t)) + \epsilon_t$$
$$\epsilon_t \sim \text{Gamma}(\theta, \theta)$$

Em que  $\mu$  é o número esperado de nascimentos no ano  $t$ ,  $\theta$  o parâmetro de dispersão,  $N_t$  é o número de nascimentos no ano  $t$ ,  $\beta_0$  o intercepto,  $\beta_1$  a variável tempo centralizada ( $t - E(t)$ ) e  $\epsilon_t$  é o erro aleatório, com distribuição  $\text{Gamma}(\theta, \theta)$ . A sobredispersão dos dados é considerada na estimativa de variância  $\text{VAR}(Y_t) = \mu_t + \frac{\mu_t^2}{\theta}$ .

As tendências foram classificadas em estacionária, decrescente ou ascendente, de acordo com o valor do risco relativo (RR), calculado através da exponenciação do coeficiente da regressão ( $e^{\beta_1(t-E(t))}$ ) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>) e p-valor. Considerou-se estacionária quando o IC<sub>95%</sub> conteve o valor 1 e p-valor >0,050; decrescente quando o risco relativo e IC<sub>95%</sub> contiveram valores inferiores a 1 e p-valor <0,050; e ascendente quando o risco relativo e o IC<sub>95%</sub> apresentaram valores superiores a 1 e p valor <0,050.

Considerando que os dados utilizados são de acesso aberto, disponíveis no sítio do DATASUS de forma agregada e completamente desidentificada, a aprovação ética via comitê de Ética e Pesquisa não foi necessária (artigo V da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde).

### 3. Resultados

Foram incluídas no estudo 6.118.205 mães adolescentes Brancas, Pretas, Pardas e Indígenas que tiveram filhos nascidos vivos registrados no SINASC no período de 2008 a 2019, sendo 296.959 (4,86%) com idade materna entre 10-14 e 5.821.246 (95,14%) com idade materna entre 15 e 19 anos. Em todo o período analisado e para ambos os grupos etários, a maior proporção de mães adolescentes é encontrada entre Indígenas e Pardas, com os menores percentuais entre Brancas em toda a série.

Em relação ao grau de instrução, as mães adolescentes Indígenas são as menos escolarizadas ou sem nenhuma instrução. Em contraste, as adolescentes Brancas apresentam maior percentual entre aquelas com 12 anos ou mais de instrução. No que se refere ao estado civil, as adolescentes de 10 a 14 anos são mais declaradas como solteiras, independente dos grupos raciais aos quais pertencem, sendo as Brancas com maior proporção. Mas, para a categoria casada/união consensual é observado o maior percentual entre as Indígenas, mesmo entre aquelas de 10 a 14 anos, chegando a ser superior em ambos os grupos etários quando comparada as adolescentes nos demais grupos raciais (Quadro 1).

**Quadro 1** - Caracterização sociodemográfica e indicadores de atenção obstétrica de mães adolescentes por grupos de raça/cor materna, 2008 a 2019.

Características por raça/cor e grupo de idade	Brancas		Pretas		Pardas		Indígenas		Total	
	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	6 375 514	
	72 762	1 788 102	12 092	246 453	202 905	3 720 802	9 200	65 889	N	%
	%	%	%	%	%	%	%	%		
<b>Região</b>										
Norte	5,27	4,09	8,02	6,08	23,60	20,51	50,29	53,74	959 330	15,0
Nordeste	14,63	11,80	34,94	29,03	46,38	43,16	13,67	14,80	2 135 545	33,5
Sul	42,49	46,66	42,57	48,59	20,51	25,67	2,80	5,34	2 057 181	32,3
Sudeste	30,91	31,01	8,88	10,73	2,37	2,69	7,11	7,01	723 372	11,3
Centro-Oeste	6,69	6,44	5,58	5,57	7,14	7,96	26,12	19,11	500 086	7,8
<b>Grau de instrução</b>										
Nenhuma	0,32	0,19	0,53	0,29	0,55	0,37	14,33	9,79	27 919	0,4
1 a 3 anos	3,88	2,07	6,57	3,21	6,69	3,77	15,92	10,62	21 9823	3,4
4 a 7 anos	61,48	26,79	68,75	35,57	66,50	35,49	50,09	37,31	2 189 034	34,3
8 a 11 anos	33,12	65,95	22,62	58,30	24,58	56,84	13,79	37,06	3 668 782	57,5
12 anos ou mais	0,12	3,95	0,03	1,29	0,08	1,90	0,05	0,76	152 182	2,4
Ignorado	1,08	1,04	1,51	1,33	1,60	1,62	5,82	4,45	117 774	1,8
<b>Estado civil</b>										
Solteira	86,08	71,06	83,92	73,44	79,83	67,81	64,91	55,05	4 417 766	69,3
Casada/ União consensual	12,64	27,85	14,84	25,59	18,78	31,11	31,25	42,67	1 860 627	29,2
Viúva/ Separada	0,05	0,18	0,02	0,18	0,06	0,16	0,01	0,23	10 317	0,2
Ignorado	1,24	0,91	1,21	0,8	1,32	0,92	3,83	2,05	86 804	1,4
<b>Local de ocorrência do parto</b>										
Hospital	98,99	99,01	97,93	98,18	97,92	97,94	74,75	72,53	6 246 195	98,0
Outro estabelecimento de saúde	0,56	0,62	0,92	0,80	0,99	1,01	0,89	0,93	56 560	0,9

Domicílio	0,32	0,29	0,90	0,81	0,92	0,91	15,78	18,85	58 733	0,9
Aldeia indígena	0,00	0,00	-	-	-	0,00	5,30	4,93	3 742	0,1
Outro	0,13	0,08	0,24	0,19	0,16	0,14	3,20	2,67	9 822	0,2
Ignorado	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,08	0,10	462	0,0
<b>Duração da gestação</b>										
Termo (37 a 41 semanas)	81,42	86,26	76,06	81,75	77,46	82,57	70,21	75,65	5 297 739	83,1
Pré-termo (<37 semanas)	14,92	10,42	16,83	12,30	15,62	11,06	18,90	14,97	715 671	11,2
Pós-termo (>42 semanas)	1,98	2,06	3,50	3,37	3,31	3,47	3,41	4,14	193 308	3,0
Ignorado	1,68	1,26	3,61	2,59	3,61	2,90	7,48	5,24	168 796	2,6

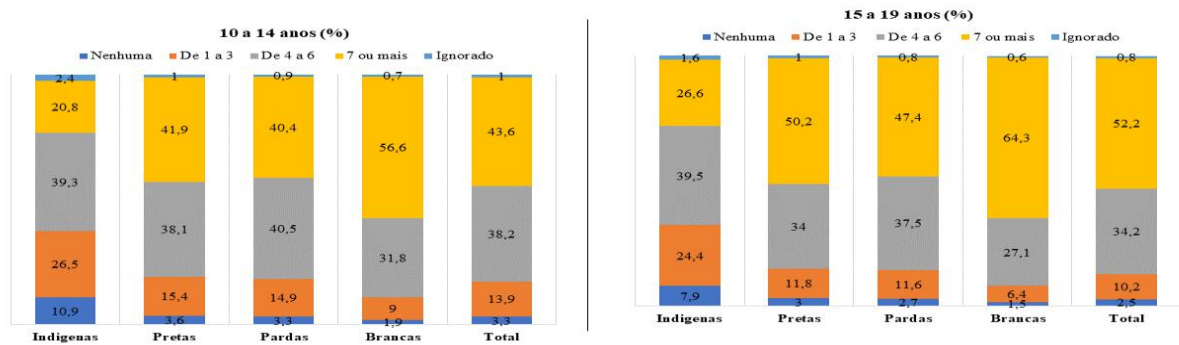
Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde/Brasil, (2022).

Sobre o local de ocorrência, quase 100% das adolescentes referem-se no hospital (98,99% 10-14 anos e 99,01% 15-19 anos), Pardas (97,93% 10-14 anos e 98,18% 15-19 anos) e Brancas (97,92% 10-14 anos e 97,94% 15-19 anos) nasceram em partos hospitalares. Entre mães Indígenas, no entanto, há um percentual de partos domiciliares (10 a 14 anos: 15,78%; 15 a 19 anos: 18,85%) e em aldeias (10 a 14 anos: 5,30%; 15 a 19 anos: 4,93%). Quanto a duração da gestação, mais de 80% mães adolescentes Brancas tiveram nascidos a termo, seguidas das Pardas, Pretas e Indígenas, em comparação, entre as Indígenas, Pretas e Pardas de 10 a 14 anos concentram-se partos pré-termos, assim como, o maior percentual de nascimentos pós-termo. Com destaque mães adolescentes Indígenas para os quais 7,48% (10 a 14 anos) e 5,24% (15 a 19 anos) não há informação sobre a duração da gestação (Tabela 1).

No acesso ao pré-natal, ao observar os grupos raciais, as meninas Indígenas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 (20,8%; 26,6%), seguidas das Pardas (40,4%; 47,4%) e Pretas (41,9%; 50,2%), respectivamente, são as que menos referem a realização de 7 ou mais consultas de pré-natal em relação às Brancas (56,6%; 64,3%), sendo as adolescentes de 10 a 14 anos as que apresentam as menores frequências a 7 ou mais consultas de pré-natal. Porém, para nenhuma consulta de pré-natal realizada, a maior frequência ocorre entre as adolescentes de 10 a 14 anos, principalmente as Indígenas (10,9%), seguidas das Pretas (3,6%) e Pardas (3,3%). Assim como para as de 15 a 19 anos (Indígenas: 7,9%; Pretas: 3,0%; Pardas: 2,7%) (Figura 1).

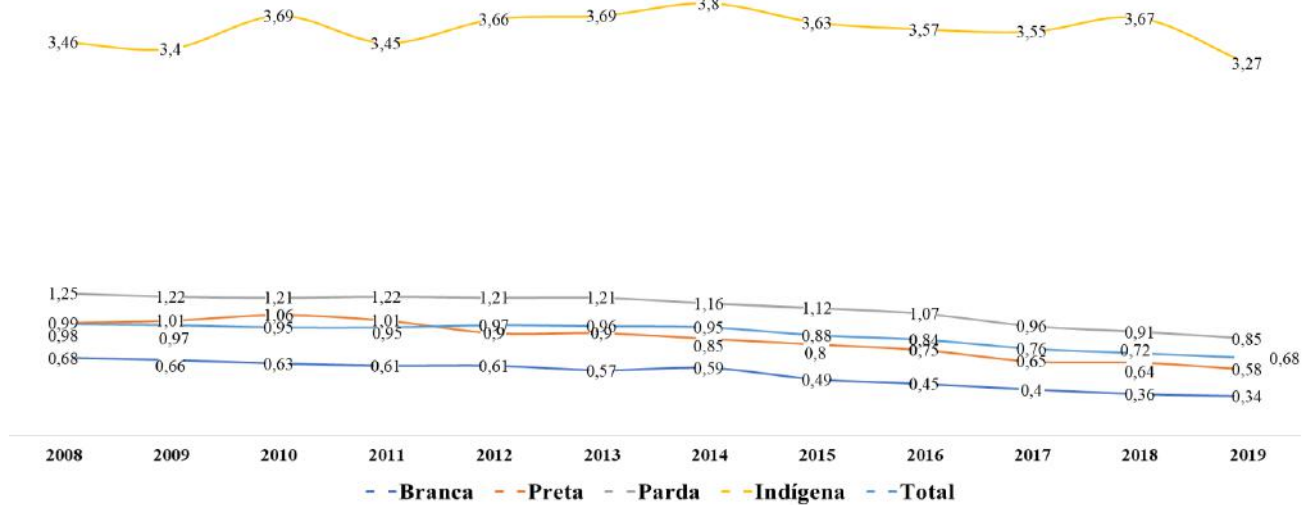
Entre as adolescentes na faixa de 10 a 14 anos, as Indígenas apresentaram a maior frequência de NV em comparação às demais adolescentes em toda série histórica (Figura 2) chegando a quase 4 vezes mais quando comparada às Brancas, que apresentam menos que 1% de filhos para este grupo etário e com redução ao longo do tempo (0,69% em 2008 e 0,34% em 2019). Para as adolescentes Pretas a redução começa a partir de 2012 (0,90%) chegando uma frequência de NV de 0,59% em 2019. Já as Pardas apenas em 2014 (1,16%) começam a redução, atingindo 0,85% no último ano observado. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, observa-se frequências mais elevadas de NV em todos os grupos raciais em relação às adolescentes de 10 a 14 anos, porém com padrões semelhantes entre os grupos raciais (Figura 3).

**Figura1** - Número de consultas pré-natal entre mães adolescentes no Brasil, 2008 a 2019, por grupo etário e raça/cor.



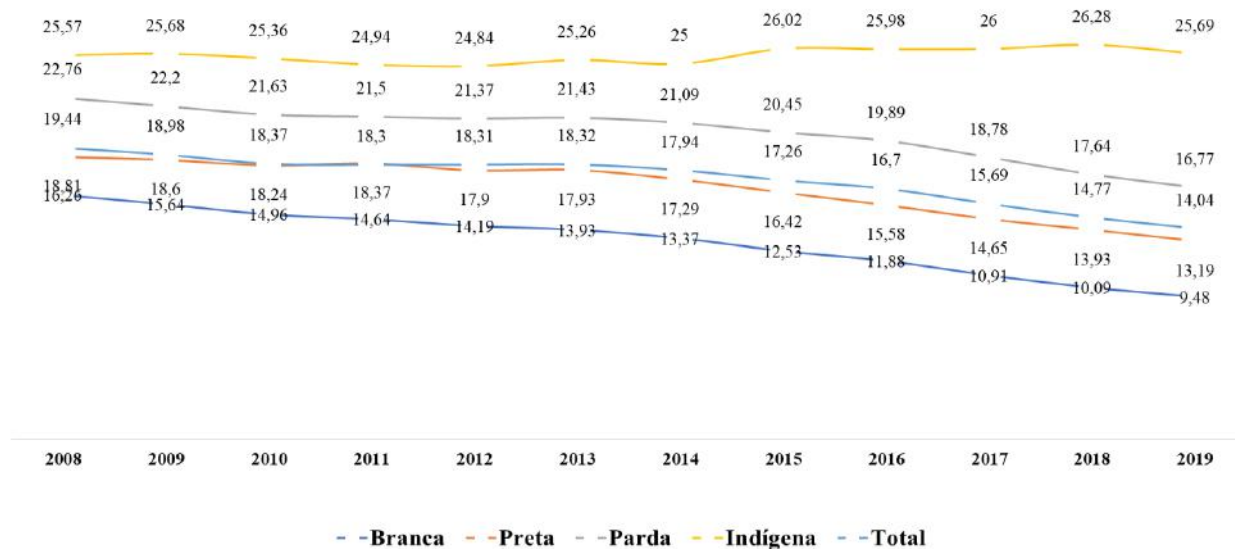
Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde/Brasil (2022).

**Figura 2** - Frequência mães adolescentes de nascidos vivos no Brasil por grupos de raça/cor nos grupos etários 10 a 14, 2008 a 2019.



Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde/Brasil (2022).

**Figura 3** - Frequência mães adolescentes de nascidos vivos no Brasil por grupos de raça/cor nos grupos etários 10 a 14, 2008 a 2019.



Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde/Brasil (2022).

Os resultados da análise de tendência indicaram um padrão descendente na proporção geral de mães adolescentes de 10 a 14 anos, (RR=0,97; p-valor<0,0001) no período analisado (Tabela 2). No entanto, foram encontradas diferenças entre os grupos raciais. As adolescentes Pardas (RR=0,98; p-valor<0,001) e Brancas (RR=0,91; p-valor <0,00001) seguem a tendência global de redução, mas para as Indígenas, essa tendência é ascendente (RR=1,04; p-valor <0,00582) e para as Pretas (RR=1,01; p-valor=0,673) é estacionária. Na faixa etária de 15 a 19 anos, a tendência de mães adolescentes foi estacionária no período analisado (RR=0,99; p-valor=0,611), no entanto, com padrão ascendente para as Indígenas (RR=1,05; p-valor=0,0163), e descendente para as Brancas (RR=0,91; p-valor<0,00001), mantendo-se estacionária para as meninas Pretas (RR=1,05; p-valor=0,335) e Pardas (RR=1,001; p-valor=0,957) (Tabela 1).



**Tabela 1** - Tendência da proporção de maternidade na adolescência segundo faixa etária e raça/cor no período de 2008 a 2019, estimado pela regressão binomial negativa.

<b>Faixa etária de 10 a 14 anos</b>			
<b>Raça/cor</b>	<b>Risco relativo</b>	<b>p valor</b>	<b>Tendência</b>
Branca	0.91	<0.00001	Descendente
Preta	1.01	0.673	Estacionária
Indígena	1.04	0.00582	Ascendente
Parda	0.98	<0.00001	Descendente
Total	0.97	<0.00001	Descendente
<b>Faixa etária de 15 a 19 anos</b>			
<b>Raça/cor</b>	<b>Risco relativo</b>	<b>p valor</b>	<b>Tendência</b>
Branca	0.91	<0.00001	Descendente
Preta	1.05	0.335	Estacionária
Indígena	1.05	0.0163	Ascendente
Parda	1.001	0.957	Estacionária
Total	0.99	0.611	Estacionária
<b>Faixa etária de 10 a 19 anos</b>			
<b>Raça/cor</b>	<b>Risco relativo</b>	<b>p valor</b>	<b>Tendência</b>
Branca	0.94	0.0429	Descendente
Preta	1.05	0.344	Estacionária
Indígena	1.06	0.0133	Ascendente
Parda	1.0001	0.994	Estacionária
Total	0.99	0.572	Estacionária

Fonte: Elaborado pelos autores.

#### 4. Discussão

Neste estudo, assim como em trabalhos anteriores (Almeida et al.,2019), a maternidade na adolescência não ocorre de forma homogênea. As adolescentes, pois são as meninas Pretas, Pardas e Indígenas, de baixa escolaridade, de zona rural, do norte e nordeste do País, estão mais expostas à maternidade. Assim como no plano internacional, os países de média e baixa renda, com profundas desigualdades sociais e econômicas, apresentam os maiores percentuais de maternidade na adolescência. Essa situação ocorre principalmente pela ausência de diversas políticas públicas (saúde, educação, segurança pública, políticas para as mulheres) e o acesso restrito a direitos sexuais e reprodutivos (Carvalho et al.,2012).

Os resultados do estudo apontam que as adolescentes Indígenas, Pretas e Pardas estão em situação de desvantagens no acesso ao pré-natal quando comparadas às Brancas. Isso se aplica aos dois estratos etários analisados, e para elas, na faixa etária de 10 a 14 anos, observa-se proporção maior para mais números de consultas, mesmo comparando com as Indígenas, Pretas e Pardas com idade entre 15 e 19 anos. Os achados desta pesquisa se assemelham às desigualdades raciais em que outros estudos revelam no acesso das mulheres Indígenas, Pretas e Pardas aos serviços de saúde reprodutiva, são elas que sofrem inúmeras barreiras desde o momento de procurar atendimento até a entrada no serviço de saúde (Almeida et al., 2019; Heredia-Martínez, Artman & Nascimento, 2020; Leal et al., 2017). Mesmo quando compartilham de similaridades, em serem mães adolescentes realizando pré-natal, observa-se as desvantagens para as Indígenas, Pretas e Pardas, evidenciando como o racismo institucional interagem com outros marcadores, neste caso o etarismo, com isso, ampliando as barreiras no acesso a consulta de pré-natal. Segundo Werneck (2016) a presença do racismo faz com que outros marcadores de opressões sejam mais intensos, gerando discriminações e estigmas interseccionais

Geralmente, a maternidade na adolescência é um evento que carrega muitos julgamentos, estigmas e preconceitos, daqueles que estão em torno da adolescente gestante, incluindo os serviços e profissionais da saúde – quem deveriam garantir o cuidado integral. Ao mesmo tempo, a tomada de decisão de meninas e adolescentes diante de uma gravidez é muito limitada, dependendo da rede de apoio – sobretudo entre as mais jovens –, dos arranjos familiares, das relações afetivas e sexuais e do contexto da ocorrência da gravidez, sendo aspectos que podem retardar a procura pelos serviços de saúde (Andrade et al.,2022; Maranhão et al.,2018;). Ademais, são as meninas e adolescentes Indígenas, Pretas e Pardas que vivem em locais mais segregados, com vazios assistenciais, sendo uma das barreiras geográficas e institucionais de acesso aos serviços de saúde (Goes et al.,2020; Goes,2021; Santos et al.,2022).

Apesar dos avanços no acesso educacional no país, as desigualdades estruturais de raça e gênero e o status socioeconômico impedem o aumento da escolaridade de mulheres Pretas, Pardas, Indígenas e pobres (Almeida, Aquino & Barros,2006). Sabe-se que a escolaridade é um fator importante na redução da maternidade na adolescência, assim como vivenciar a maternidade e permanecer na escola inclusive quando se observa a influência geracional, entre mães e filhas (Almeida et al.,2019; Andrade et al.,2022; Minervino & Martins,2017). São as mulheres Brancas as mais frequentes entre aquelas com maior nível de instrução e maior renda contribuindo para uma menor fecundidade, inclusive entre as adolescentes (Almeida et al.,2019).

Em que pese a maternidade na adolescência possa ser uma escolha, meninas e adolescentes engravidam e têm filhos no Brasil, muitas vezes em contextos adversos, marcados pela falta ou insuficiência de informação, acesso a serviços e ausência de oportunidades. Ademais, a violência sexual e o acesso restrito aos serviços de aborto legal também são questões que precisam ser levadas em consideração nos desfechos de gravidez e maternidade na adolescência, principalmente para as meninas de 10 a 14 anos. No Brasil, o aborto é permitido para gravidez em decorrência de estupro, mas o processo de chegada e acesso ao serviço de aborto legal é sinuoso. Mulheres e meninas que necessitam desse serviço precisam ultrapassar barreiras pessoais, relacionais, geográficas e institucionais (Goes et al.,2020; G1,2022), em um país de dimensão continental que ofertava, em 2020, apenas 89 serviços de aborto legal cadastrados, dos quais apenas 42 dos hospitais realizavam o procedimento. Com isso muitas gravidezes que resultaram de relações sexuais violentas e não consentidas chegam a termo (Mapa do Aborto Legal,2022).

A partir da análise da série histórica, podemos sugerir que as políticas universais de saúde sexual e reprodutiva não alcançaram as meninas e adolescentes da mesma forma. Em função disso, observa-se redução desigual entre os grupos raciais, com permanência das disparidades ao longo da série. O racismo e suas manifestações atravessam as trajetórias sexuais e reprodutivas de meninas e adolescentes Indígenas, Pretas e Pardas, elas desde muito cedo são hipersexualizadas, sendo uma manifestação do racismo patriarcal que subjuga os corpos de meninas Indígenas, Pretas e Pardas (de Oliveira, Goes & Ferreira,2022). Por isso, a necessidade de políticas públicas e de saúde para as mulheres que considerem a interseccionalidade, pois, irá espelhar os atravessamentos das opressões e suas dinâmicas, que impactam os direitos sexuais, reprodutivos e humanos das meninas, mulheres e pessoas com útero, haja vista que gênero não é uma categoria isolada para grupos racialmente oprimidos (Goes,2022).

No contexto da pandemia de COVID-19, ocorreu o aumento das violências domésticas e sexuais contra mulheres e meninas. Ao mesmo tempo, com a reorientação dos serviços de saúde para a atenção prioritária à pandemia, observou-se a restrição do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, provocando a diminuição da dispensação de insumos contraceptivos, da cobertura do pré-natal e dos serviços de aborto legal, colocando os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas em último plano. Este cenário aponta para gravidez não pretendidas, com maternidades oriundas deste contexto, assim como a realização de abortos inseguros (Pilecco et al.,2021; Reis et al.,2021) . No Brasil, em particular, vivencia-se um momento político de retrocesso nas agendas de direitos humanos e nos direitos sexuais e reprodutivos, em que

mulheres e meninas vítimas de violências sexuais sofrem inúmeras barreiras morais, estigmas e preconceitos e, em especial, institucionais, para acessar os serviços de aborto legal.

## 5. Conclusão

Ser adolescente e tornar-se mãe é um desafio para as meninas brasileiras que muitas vezes têm uma interrupção da adolescência para entrada na vida adulta em decorrência da maternidade, mas as mães adolescentes devem permanecer com acesso a seus direitos fundamentais e básicos, como à educação formal e proteção social, pois elas continuam desejando e com direito de estudar, trabalhar e planejar o futuro. Os serviços de saúde devem considerar as particularidades da gestação e maternidade na adolescência com garantia do cuidado integral e equânime considerando as dinâmicas dos marcadores sociais: de raça, gênero, geração e classe. Por isso a importância de considerar a justiça reprodutiva que lança luz nas dinâmicas estruturais do racismo, sexismos e outros marcadores de opressões correlatos para que meninas e adolescentes possam ter direito de decidir com autodeterminação as suas trajetórias sexuais e reprodutivas, livres de violências e violações

O presente estudo avaliou as desigualdades raciais nas tendências da maternidade adolescente e no acesso ao pré-natal no Brasil como um todo, e sabendo que o acesso à saúde, educação e emprego e renda são desiguais entre as regiões brasileiras, para estudos futuros é importante avaliar as iniquidades raciais na maternidade adolescente nas Grandes regiões geográficas brasileiras.

## Referências

- Almeida, A. H. do V de., Gama, S. G. N da., Costa, M. C. O., Viellas, E. F., Martinelli, K. G., & Leal, M. C. (2019). Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19,43-52. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100003>
- Almeida, M. da C. C., Aquino, E.M.L., & Barros, A.P de. (2006). Trajetória escolar e gravidez na adolescência entre jovens de três capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 22,1397-409. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700005>
- Andrade, B. G de., Assis, C. A de., Lima, D. C. de M., Neves, L. A.da Silva, da Silva, R. C., Fracarolli, L. A., & Chiesa, A. M. (2022). Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência. *Acta paul enferm*, 35,eAPE03341. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A003341>.
- Antunes, J. L. F., & Cardoso, M. R. A. (2015). Using time series analysis in epidemiological studies. *Epidemiol Serv Saúde*. 24,565-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
- Binstock, G. (2016). Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul: Anotações para a construção de uma agenda comum.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017\\_analise\\_situacao\\_saude\\_desafios\\_objetivos\\_desenvolvimento\\_sustentavel.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf)
- Brasil. (2020). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, editors. *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio\\_final\\_PNDS2006\\_04julho2008.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf)
- Carvalho, Cíntia de Sousa, Silva, Elisângela Ribeiro da, Jobim e Souza, Solange, & Salgado, Raquel Gonçalves. (2012). Direitos sexuais de crianças e adolescentes: avanços e entraves. *Psicologia Clínica*, 24,69-88. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652012000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000100006&lng=pt&tlng=pt).
- de Oliveira, R. D., Goes, E. F., & Ferreira, A. J. F. (2022). Intersection of Race and Gender in Self-Reports of Violent Experiences and Polyvictimization by Young Girls in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*, 9,1506-16. <http://doi.org/10.1007/s40615-021-01089-2>
- G1. 4 em cada 10 abortos legais no Brasil são feitos fora da cidade onde a mulher mora; pacientes percorreram mais de 1 mil km. G1. <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/09/4-em-cada-10-abortos-legais-no-brasil-sao-feitos-fora-da-cidade-onde-a-mulher-mora-pacientes-percorreram-mais-de-1-mil-km.ghtml>.
- Goes, E., Nascimento, & E. R. (2010). Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. *Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. [https://www.academia.edu/download/33625250/1278279228\\_ARQUIVO\\_INTERSECCAOEDOSEXISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf](https://www.academia.edu/download/33625250/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAOEDOSEXISMOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALEREPRODUTIVA.pdf)
- Goes, E. F., Menezes, G. M. S., Almeida, M. C. C. Araújo, T. V. B de, Alves, S. V., Alves, S. V., Alves, M. T. S. S. B., & Aquino, E. M. (2020). Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, supl.1, e00189618. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>

Goes, E. Desigualdade social e racial é fator importante por trás de óbitos relacionados à Covid-19. (2021).<https://revistapesquisa.fapesp.br/desigualdade-social-e-racial-e-fator-importante-por-tras-de-obitos-relacionados-a-covid-19>.

Goes, E. (2022). É gênero ou raça? Uma análise interseccional das políticas para a saúde reprodutiva das mulheres negras.

Guerriero, I. C. Z., & Minayo, M. C. (2019). A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. *Saúde & Sociedade*,28,299–310. <https://doi:10.1590/s0104-12902019190232>

Heilborn, M. L., Portella, A. P., Brandão, E. R., & Cabral, C. S.(2009). Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25,269–78. <https://doi:10.1590/S0102-311X2009001400009>

Heredia-Martínez, H. L., & Artmann, E., Nascimento, M. (2020) Desvendando barreiras de gênero no acesso de adolescentes à informação sobre saúde sexual e reprodutiva na Venezuela. *Cadernos de Saúde Pública*, 36,4,e00193918. <https://doi:10.1590/0102-311X00193918>

Kinalski, D. D. F.,Olivo, V. M. F., & Giordani, J. M. A. (2020). Qualidade do pré-natal: impacto da infraestrutura e do processo de trabalho.(2020). *Research, Society and Development*, 9, e184997041, 2020. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7041>

Leal, M. do C., Gama, S. G. N da., Pereira, A. P.E., Pacheco, V. E.,do Nascimento,C.,& Santos,R. V.(2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, Sup 1,e00078816. <https://doi:10.1590/0102-311X00078816>

Mapa Aborto Legal. Quais situações são permitidas, o que é necessário, a quais hospitais recorrer e mais informações. Mapa Aborto Legal. 2020.<https://mapaabortolegal.org/>

Maranhão, T. A., Sales, S. dos S., Pereira, M. L. D., Coerdeiro, L. I., & Sousa, C. A. S.P. de. (2018). Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12,840–8. <https://doi:10.5205/1981-8963-v12i4a234547p840-848-2018>

Martins, P. H. V., &Verona, A. P. (2019). Mudanças na fecundidade adolescente segundo escolaridade entre 1991 e 2010 no Brasil: os diferenciais se alteram ao longo do tempo? *Revista Latinoamericana de Población*, 13,54–71. <https://doi:10.31406/relap2019.v13.i2.n25.3>

Medronho, R. A., et al. (2009). *Epidemiologia 2ª Edição*.São Paulo/SP. Ed. Atheneu.

Melo, W. H., Santos, D. V., Lustosa, P. H., & Nunes, M. R., (2021). A assistência do enfermeiro no pré-natal. *Research, Society and Development*, 10,e270101422161.<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22161>

Minervino, S. dos S., & Martins, A. de C. (2017). Raça/cor e escolaridade: maternidade brasileira nos extremos da vida reprodutiva durante os anos de 2003-2013. *Revista Interdisciplinar*, 10,107–14.

PAHO. (2022). Motherhood in Childhood: The Untold Story. 2022.<https://www.unfpa.org/featured-publication/motherhood-childhood-untold-story>.

Pereira, A. S., & et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM. 6.2)

Pilecco, F. B., McCallum, C. A., Almeida, M. da C. C de.,Alves, A. S. R.,Ortelanm N.,Gabielli, L.,& Menezes, M. M. (2021). Abortion and the COVID-19 pandemic: insights for Latin America. *Cadernos de Saúde Pública*,37,e00322320. <https://doi:10.1590/0102-311x00322320>

Reis, A. P dos., Góes, E. F., Pilecco, F. B., Almeida, M.da C. C.,Diele-Viegas, M.,Menezes, G. M. S.,& Aquino, E. M. L. (2021).Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde em debate*,44,324–40. <https://doi:10.1590/0103-11042020E423>

Santos, P. P. G. V dos., Oliveira, R. A. D de., & Albuquerque, M. V de.(2022). Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em debate*,;46,322–37. . <https://doi:10.1590/0103-11042022e122>

Sena Filha, V. L. de M., & Castanha, A. R. (2014).Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. *Psicologia e Sociedade*,26,79–88. <https://doi:10.1590/S0102-71822014000500009>

Werneck, J. (2016) Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde & Sociedade*, 25,535–49. . <https://doi:10.1590/s0104-129020162610>