

A queda da fecundidade adolescente no Brasil: evidências empíricas e interrogações

The decline of adolescent fertility in Brazil:
empirical evidence and questions

El declive de la fecundidad adolescente en Brasil:
evidencia empírica y cuestiones

Raquel Zanatta Coutinho <https://orcid.org/0000-0002-2841-1480>¹; Adriana Miranda-Ribeiro <https://orcid.org/0000-0002-6845-7926>¹

Resumo A fecundidade adolescente no Brasil sofre influência de fatores sociodemográficos e econômicos, o que exige que esse indicador seja estratificado e acompanhado para se avaliar a inclusão das adolescentes nos programas de saúde, educação e assistência social. Utilizando dados do Sistema de Informação do Nascimento Vivo (SINASC), calculamos Taxas Específicas de Fecundidade por grupo etário (10 a 14 anos e 15 a 19 anos), anos de estudo (0 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 e mais) e macrorregião brasileira (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) para o período entre 2010 e 2023, quando o país enfrentou mudanças estruturais, como crises de saúde pública, crises econômicas, ampliação da escolarização feminina e crescimento da onda política conservadora. Os resultados revelam aumento da fecundidade adolescente na primeira metade do período analisado (até 2014/2015), seguido de queda na segunda metade, chegando a 41.6 nascimentos/mil mulheres (15-19) e 2.1 nascimentos/mil mulheres (10-14) em 2023. Há intensa diversidade regional, com o Norte apresentando taxas mais elevadas, apesar da queda. Destacam-se diferenças por escolaridade, com maior queda proporcional no grupo menos escolarizado.

Palavras-chave Taxa Específica de Fecundidade, Gravidez Adolescente, Fecundidade Abaixo da Reposição, Abuso Infantil, Saúde Sexual e Reprodutiva

Abstract Adolescent fertility in Brazil is influenced by sociodemographic and economic factors, making it necessary to stratify and monitor this indicator to assess the inclusion of adolescents in health, education, and social assistance programs. Using data from the Live Birth Information System (SINASC), we calculated Age-Specific Fertility Rates by age group (10 to 14 years and 15 to 19 years), years of education (0 to 7 years, 8 to 11 years, and 12 or more), and Brazilian macroregions (North, Northeast, Midwest, Southeast, and South) for the period between 2010 and 2023, during which the country faced structural changes, including public health crises, economic crises, an increase in female education, and the rise of a conservative political wave. The results reveal an increase in adolescent fertility in the first half of the analyzed period (up to 2014/2015), followed by a decline in the second half, reaching 41.6 births per thousand women (15-19) and 2.1 births per thousand women (10-14) in 2023. There is significant regional diversity, with the North presenting higher rates despite the decline. Differences by educational level stand out, with a greater proportional decline among the less educated group.

Key words Age-Specific Fertility Rate, Adolescent Pregnancies, Below Replacement Fertility, Child Abuse, Sexual and Reproductive Health

Resumen La fecundidad adolescente en Brasil está influenciada por factores sociodemográficos y económicos, lo que exige que este indicador sea estratificado y monitoreado para evaluar la inclusión de las adolescentes en los programas de salud, educación y asistencia social. Utilizando datos del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC), calculamos Tasas Específicas de Fecundidad por grupo etario (10 a 14 años y 15 a 19 años), años de estudio (0 a 7 años, 8 a 11 años y 12 o más) y macrorregión brasileña (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste y Sur) para el período entre 2010 y 2023, cuando el país enfrentó cambios estructurales como crisis de salud pública, crisis económicas, ampliación de la escolarización femenina y el crecimiento de una ola política conservadora. Los resultados revelan un aumento de la fecundidad adolescente en la primera mitad del período analizado (hasta 2014/2015), seguido de una caída en la segunda mitad, alcanzando 41,6 nacimientos por mil mujeres (15-19) y 2,1 nacimientos por mil mujeres (10-14) en 2023. Existe una gran diversidad regional, con el Norte presentando las tasas más elevadas, a pesar del descenso. Se destacan diferencias por nivel educativo, con una mayor disminución proporcional en el grupo con menor escolaridad.

Palabras clave Tasa Específica de Fecundidad, Embarazo Adolescente, Fecundidad por Debajo del Nivel de Reposición, Abuso Infantil, Salud Sexual y Reproductiva

¹ Departamento de Demografia e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Pres. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. quelzanatta@cedeplar.ufmg.br

Introdução

Ao mesmo tempo em que observava a queda da TFT no final do milênio, o Brasil observou o aumento da fecundidade adolescente¹⁻⁵. A Taxa Específica de Fecundidade (TEF) adolescente (15-19 anos) reportada, que era de 65-87 filhos por mulher em 1991, subiu para 71-93 em 2000^{3,4,6}. Proporcionalmente, essa taxa passou de 9,1% em 1980 para 15,3% em 1991, 19,4% em 2000 e 17,7% em 2010⁷. Nesse período, o fenômeno da gravidez adolescente, agregado ao fenômeno da redução de nascimentos de ordens elevadas, causou um “rejuvenescimento da fecundidade” no país.

Em 2010, a taxa de fecundidade adolescente já havia retornado para 49-71^{4,5}, porém continuava sendo o dobro do registrado para países desenvolvidos quando esses chegaram ao mesmo nível de fecundidade total^{8,9}. Além disso, em áreas urbanas das regiões mais desenvolvidas, enquanto a fecundidade de 15-19 anos de idade era da ordem de 50 nascimentos para cada mil mulheres em 2010, nas áreas urbanas menos desenvolvidas, a fecundidade alcançava 150 nascimentos para cada mil mulheres, equivalente a países africanos com regime de alta fecundidade¹.

Pesquisadores atribuem o fenômeno da gravidez adolescente a uma complexidade de fatores próximos e distais^{1,10-18}. Entre os fatores próximos, estão a iniciação sexual precoce aliada a falta do uso correto e consistente de métodos contraceptivos modernos. Entre os distais estão as desigualdades de raça, renda e educação, incluindo a baixa qualidade das escolas aliada à cultura da evasão. Essas características estão associadas à desinformação sobre o funcionamento do corpo e sobre a disponibilidade gratuita dos métodos, além à baixas aspirações educacionais e profissionais que, somadas às desigualdades de gênero, prejudicam a negociação das relações sexuais e a proteção contraceptiva. Comumente, a análise da gravidez na adolescência a coloca como um problema social ou de saúde pública¹⁹. Não é à toa que ele espelha as desigualdades sociais existentes no país e necessita respostas políticas específicas²⁰.

O acompanhamento da TEF adolescente no tempo é essencial para avaliar em qual medida os adolescentes, em especial as do sexo feminino, estão sendo incluídas pelas políticas de saúde existentes e os programas de planejamento da fecundidade¹⁷. Além disso, a queda ou o adiamento da fecundidade pode sinalizar uma maior inclusão social e educacional que provém meninas e mulheres com oportunidades de desenvol-

vimento pessoal que as leva a se distanciar cada vez mais de um papel doméstico e familiar, deixando essas realizações para a segunda metade do intervalo reprodutivo, caso aconteçam^{15,19,21}. Apesar disso, preocupa-se com o fato da queda da fecundidade adolescente observada a partir da segunda metade dos anos 2000 sinalizar uma crescente diferença entre as classes mais baixas e mais altas¹⁷. Assim, fazem-se necessários estudos que permitam recortes socioeconômicos.

É necessário acompanhar os números da fecundidade adolescente também entre as adolescentes mais jovens, de 10 a 14 anos, cujos fatores associados nem sempre são os mesmos dos seus pares mais velhos²², porém as consequências são mais drásticas²³. Com frequência, gestações precoces são sinalizadoras de uma violência de gênero silenciosa e perversa, que vitimizam meninas duplamente, primeiro pela violência em si, segundo pela negligência do poder público em oferecê-las o aborto seguro previsto em lei.

Este trabalho utiliza dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/Ministério da Saúde) e dados de população por idade dos Censos Demográficos 2010 e 2022 (IBGE) para investigar a trajetória da fecundidade adolescente, por meio do cálculo das Taxas Específicas de Fecundidade adolescente (TEF) por recorte etário (10 a 14 e 15 a 19). Para as mulheres de 15 a 19 anos de idade, são apresentados, também, resultados segundo o nível de escolaridade (0-7, 8-11 e 12+ anos de estudo). A análise é feita por macrorregião, para o período compreendido entre 2010 e 2023.

Evidências empíricas das mudanças nas taxas de fecundidade adolescente e dos seus diferenciais sociodemográficos

A queda geral na Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil, que hoje se encontra por volta de 1,63 filho por mulher, esconde importante variação sociodemográfica, como diferenças por nível renda, raça/cor e rural/urbano, sendo a variável de anos de estudo a que revela maior discrepância^{4,6,24,25}. Em 2000, enquanto a TFT para mulher de baixa escolaridade era de 3,7, entre as de curso superior ele já estava abaixo da reposição (1,1). Em 2010, já atingiram 3 e 1,2 filhos por mulher, respectivamente^{3,6}.

Há importantes diferenças por nível de educação também na idade ao ser mãe, que espelha um padrão bimodal, com mulheres de baixa escolaridade tendo seus primeiros filhos, em média, aos 18-21 anos, enquanto mulheres de alta escolaridade os têm por volta dos 31-33^{3,6,8,26}.

É nesse contexto de desigualdade que se insere a gravidez adolescente. A porcentagem de adolescentes que tiveram pelo menos um filho é de 12% para o Brasil, mas varia de 7,6% a 26,6% segundo a região¹.

Apesar de existirem muitos estudos em diversas áreas do conhecimento sobre a gravidez na adolescência, os trabalhos demográficos que analisam taxas de fecundidade são menos numerosos. Em geral, os trabalhos existentes tendem a analisar as mudanças nas taxas ao longo do tempo ou investigar diferenças sociodemográficas e econômicas nas taxas de fecundidade adolescente, podendo ou não incluir mais de um período de análise. No contexto recente, os estudos são ainda mais raros, devido principalmente a ausência de novos dados: até o momento de escrita deste artigo, por exemplo, não estavam disponíveis os microdados do Censo 2022 e da PNDS 2023, que possibilitam o cálculo de taxas de fecundidade por idade com recortes por grupo social, como raça/cor, renda, escolaridade, entre outros, além da análise dos determinantes próximos.

Em 2010, as taxas de fecundidade adolescente por macrorregião calculadas com Censo 2010, por mil mulheres, foram: Brasil (49,7), Norte (76,7), Nordeste (57,3), Centro-Oeste (53,4), Sul (42,0) e Sudeste (39,2)⁵. Esses valores são cerca de 30% menores que os registrados no Censo anterior, em 2000 (quedas menores foram observadas no Norte e Nordeste), sendo que para os anos anteriores (2000 e 1991), os valores, na sua grande maioria, vinham aumentando. O maior valor da série histórica havia sido 71,1 por mil mulheres no Brasil, em 2000, sendo que atingiu 79,2 no Nordeste, naquele ano⁵.

É importante dizer que apesar do Censo só ter registrado o decréscimo da fecundidade adolescente em 2010, a PNDS de 2006 já havia captado o início da queda da fecundidade adolescente. À época da coleta de dados, elas já estavam por volta de 50 por mil (2004 a 2007), ao invés de 80-90 por mil na ocasião das DHS 1996 e 1986¹⁷.

Um estudo¹ trouxe números ligeiramente diferentes, com um Brasil urbano que se diferencia muito do Brasil rural (64,2 vs. 103,6 em 2010 tendo caído de 87,2 e 125,9 em 2000, por mil mulheres, respectivamente). Em termos de Região, por mil mulheres, em 2010, os valores foram Brasil (69,9), Norte (111,8), Nordeste (81,9), Centro-Oeste (74,6), Sul (57,7) e Sudeste (54,5), com variações negativas entre 30,2% e 22,9% comparando com o ano 2000, tendo atingido 145 no Norte em 2000 (o maior valor da

série histórica). As regiões com menor decréscimo foram, em geral, aquelas menos desenvolvidas, pois como o processo de desenvolvimento econômico e social do Brasil se deu de maneira desigual, o mesmo aconteceu com a fecundidade adolescente, já que algumas regiões muito populosas, como as áreas urbanas, são muito heterogêneas com bastante diversidade econômica e de educação¹.

A interseção entre renda, local de domicílio e escolaridade possibilita enxergar grupos cujas taxas de fecundidade ainda eram elevadíssimas em 2010 mesmo dentro das grandes cidades. Enquanto no ambiente rural, para renda de até 1/4 salários-mínimos, sem instrução ou fundamental completo, a taxa era de 180,5 em 2010, no urbano, esse mesmo recorte tinha TEF igual a 183,9 por mil mulheres¹. Adolescentes de alta renda (>5 salários) e ensino médio completo ou superior incompleto possuíam taxa igual a 11,4 no rural e 7,9 no urbano, por mil mulheres.

Comparando 1991 e 2000, as adolescentes com até 3 anos de escolaridade aumentaram sua TEF entre 1991 e 2000 e apresentaram forte queda em 2010, quando foram cerca de 153 nascimentos a cada mil mulheres. Já as de 4 a 8 anos de escolaridade apresentaram crescimento, enquanto as de 9 a 11 e 12 anos ou mais de escolaridade não sofreram variações¹.

Outro estudo³, analisando os Censos Demográficos de 2000 e 2010, mostram que as TEFs das adolescentes no Brasil continuavam a variar muito por grupo de escolaridade, independente da técnica utilizada para sua estimação (razão P/F de Brass e método relacional de Gompertz). No ano 2000, por exemplo, entre as mulheres de 0-3 anos de estudo, a TEF era de 180 por mil, enquanto para as de 4-8 anos de estudo, era de 120 por mil. Entre as mulheres de 9-11 anos de estudo, a TEF era de 40 por mil. Finalmente, entre as mulheres com 12 anos e mais de escolaridade, a TEF era menor que 20 por mil. Em 2010, as taxas já haviam mudado, respectivamente, para ao redor de 150, 130, 60 e 10 por mil. Apesar do declínio da fecundidade entre as adolescentes entre 2000 e 2010, a chance de ser mãe segundo escolaridade não diminuiu entre os grupos, exceto para as de baixa escolaridade (0 a 3 anos de estudo), tendo aumentado para as de 4 a 8 anos de escolaridade, o que pode ser explicado pelas mudanças na composição educacional que o país experimentou na primeira década dos anos 2000 devido ao aumento da escolaridade feminina⁷.

Entre os extratos sociais mais pobres, a taxa das mulheres de 15-19 anos permaneceu eleva-

da, quase tanto quanto a do grupo 20-24 (153 nascidos vivos por mil mulheres vs. 174 nascidos vivos por mil mulheres)⁴.

Durante o hiato entre a realização dos censos populacionais, os estudos que exploraram diferenças em taxas de fecundidade adolescentes tiveram que utilizar dados advindos do Sistema de Informação do Nascido Vivo (SINASC), para qual o denominador das taxas, geralmente utilizando uma projeção populacional, possui muitas limitações e pressupostos. Em um estudo²⁷, a TEF (15-19) calculada para o Brasil caiu de 67,3 para 54,4 entre 2008 e 2017. Nas regiões, embora tenham declinado, os valores permaneceram altos para o Norte e Nordeste, que caíram de 103,2 e 76,3 respectivamente, para 80,9 e 61,8 em 2017. Utilizando o SINASC, alguns estudos conseguem examinar e acompanhar a evolução desse indicador no tempo²⁸⁻³⁰.

Por fim, outro grupo de trabalhos pesquisa os fatores associados utilizando-se de taxas calculadas a níveis municipais ou outras agregações. Com esses estudos é possível perceber que a escolha da unidade pode mascarar diversidades internas. Em realidade, as diferenças nas taxas observadas para agregações são fruto das médias locais e ao se permitir análises mais detalhadas, é possível enxergar desigualdades intra-regiões, como aquelas relatadas em estudos intra-estaduais ou municipais que conseguiram captar a associação das gravidezes com o nível de desenvolvimento local. Assim, há uma série de estudos que buscam analisar a associação espacial da proporção de gravidez adolescente a outros indicadores sociodemográficos e econômicos^{22,26,31-35}. Em geral, as taxas de gravidez adolescente ou a proporção de mães adolescentes é maior em regiões com maior incidência de pobreza, menor PIB per capita, maiores Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), menores índices de desenvolvimento humano (IDH), menor média de anos de estudos, menor renda familiar média per capita e menor Cobertura da Estratégia Saúde da Família, entre outras medidas. No estudo de Martinez *et al.*³², dentre os componentes do IDH, a educação é o que parece ser mais associado, evidenciando a relação entre gravidez adolescente e evasão do sistema de ensino, ainda que a direção da causalidade não possa ser definida.

A maternidade precoce (10-14)

O estudo detalhado da fecundidade adolescente do grupo mais jovem (10-14) sofre limitações ainda maiores que do grupo 15-19 devido à imprecisão do denominador das projeções

para esse grupo etário e à não inclusão do grupo entre as entrevistadas nas PNDS realizadas no país. Além disso, há, na realidade, uma carência de estudos sobre esse grupo populacional. Uma revisão sistemática da literatura encontrou que dos 442 artigos selecionados sobre gravidez na adolescência, somente 2,7% (12) abordaram o recorte etário de menores de 14 anos, no período de 2000 a 2018³⁶.

Assim, dos poucos estudos encontrados, a maioria utiliza números absolutos de nascidos vivos. Um deles³⁷ mostra que apesar do descenso do número de nascidos vivos entre de 15-19 (que caiu entre 15% e 27,9% em uma década), há uma estagnação dos nascimentos entre as meninas de 10-14. Comparando 2000 a 2011, o número cresceu 5% a nível nacional, sendo 12,5% e 13,4% nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente. Na região Norte, ela já ultrapassou 1,5% dos nascidos totais.

Em outro estudo²⁷, a TEF (10-14) calculada para o Brasil variou entre 3,4 e 2,8 entre 2008 e 2017, mas no Norte ela permaneceu igual ou acima de 5 durante todo o período, chegando a ser mais que o dobro da região Sul e Sudeste em períodos selecionados.

Em outro²², a TEF (10-14) se manteve estável entre 2000 e 2012, passando de 3,38 para 3,29 por mil mulheres. Entre as regiões, o maior valor para o período foi na Norte (5,46 para 5,85 no período), seguida da Centro-Oeste (4,26 para 3,41), Nordeste (3,72 para 4,07), Sul (3,15 para 2,45) e Sudeste (2,54 para 2,24). Além de mapear as taxas, os autores²² descobriram uma associação positiva entre os níveis das taxas de 10-14 e 15-19. Segundo os autores, há uma preocupação com o aumento da taxa de 10-14 em regiões amazônicas, que podem espelhar um hábito cultural, além também de uma maior taxa detectada em regiões de fronteira internacional, que podem refletir uma maior vitimização de meninas em contextos de maior vulnerabilidade social.

A literatura sobre esse fenômeno na faixa etária de 10-14 quase sempre a coloca como “problema social” e “problema de saúde pública”³⁶. Segundo um relatório³⁸, citado no trabalho, mesmo quando a jovem indica que as relações sexuais foram consentidas, ela não possui maturidade cognitiva para entender as consequências do ato. Para o relatório, esse fato reforça o papel da educação na prevenção da violência, mas a justificativa da não maturidade não considera aspectos sociais e interseccionais da construção social do adolescente e ignora sua autonomia sobre o próprio corpo³⁶. São necessários estudos detalhados sobre o comportamento sexual

e reprodutivo específicos para esse grupo etário, que estão fora do escopo deste artigo.

Dados e métodos

Para esse trabalho, foram utilizados os dados de nascimentos obtidos dos microdados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/Ministério da Saúde) para o período de 2010 a 2023. Apesar de existirem problemas na qualidade do preenchimento de alguns campos, o SINASC possui boa cobertura para a maioria dos municípios brasileiros³⁹. Os nascimentos compuseram os numeradores das taxas específicas de fecundidade. Os dados do SINASC permitem que se obtenha os nascimentos segundo uma série de atributos, como região, escolaridade e idade da mãe.

Para os denominadores das taxas, foram utilizadas as informações de população feminina por idade, obtidas dos Censos Demográficos de 2010 e 2022, interpoladas por idade, para os anos intercensitários, segundo taxa de crescimento exponencial. Para as taxas de fecundidade segundo a escolaridade, as mulheres foram agrupadas segundo a escolaridade, de acordo as proporções: observadas no Censo 2010, para o ano 2010; observadas nas PNAD, para o período 2015 a 2021; observada em 2021, para os anos 2022 e 2023; interpoladas linearmente a partir dos valores observados em 2010 e 2015, para os anos 2011 a 2014. Foram utilizados três grupos de escolaridade: 0 a 7 anos de estudo, 8 a 11 anos de estudo e 12 anos ou mais de estudo.

Com os dados de nascimentos e população feminina por idade, foram calculadas as taxas específicas de fecundidade (TEF) quinquenais, como a razão entre nascimentos por idade da mãe e o total de mulheres por idade. Serão apresentados quatro conjuntos de dados: (i) taxas específicas de fecundidade de mulheres de 15 a 49 anos de idade, do Brasil e Regiões, para o período 2010-2023 (Figura 1 e figuras A a F do Material Suplementar); (ii) taxas específicas de fecundidade do grupo etário 10 a 14 anos de idade, para Brasil e Regiões, no período 2010-2023 (Figura 2); (iii) taxas específicas de fecundidade para o grupo etário 15 a 19 anos de idade, para Brasil e regiões, no período 2010-2023 (Figura 3); (iv) taxas específicas de idade do grupo etário 15 a 19 anos segundo a escolaridade (Figura 4 e figuras G, H e I do Material Suplementar).

A fim de observar se houve mudança nas tendências observadas, todas as taxas específicas de fecundidade para as faixas etárias de inte-

resse (10 a 14 e 15 a 19) segundo recortes socio-demográficos (escolaridade e/ou microrregião), foram submetidas a um Modelo de Regressão de Joinpoint⁴⁰, que permite a localização, no tempo, de quebras estatisticamente significativas. A escolha do número e local das quebras é feita automaticamente pelo Software, que seleciona o menor número possível de junções (*Joinpoint*) dado os resultados *Bayesian Information Criterion*. Uma tabela com os valores das Taxas Anuais de Mudança (*Annual Percent Change - APC*), assim como os níveis de significância, está disponível na Tabela 1 do Material Suplementar. Os gráficos com as quebras podem ser disponibilizados sob demanda.

Resultados

A Figura 1 e a Figura A do Material Suplementar apresentam as taxas específicas de fecundidade das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos de idade), para o período 2010-2023. De um modo geral, observa-se queda dos níveis de fecundidade ao longo do período para as mulheres mais jovens, especialmente para aquelas do grupo etário 15-19 anos. Com algumas flutuações durante o período, a fecundidade desse grupo declinou de 62 nascimentos, em 2010, para 42 nascimentos para cada mil mulheres, em 2023. Apesar de menos acentuada, a queda também pode ser observada entre as mulheres de 20 a 24 anos de idade. Em tendência oposta está a fecundidade das mulheres entre 30 e 44 anos de idade, que apresentou aumento no período. Essas duas tendências indicam o envelhecimento da curva da fecundidade ao longo do período. O envelhecimento da fecundidade é corroborado pela mudança no pico da curva em 2022, que mostra que o grupo etário 25-29 anos de idade foi o que teve filhos com maior intensidade (nos períodos anteriores, essa era a característica do grupo etário 20-24 anos). Em relação a Taxa de Fecundidade Total, a tendência é de que queda ao longo do período, saindo de 1,71 em 2010 para 1,62 em 2023, com valores mais elevados no meio do período.

Na região Norte (Figura B, Material Suplementar), apesar de os níveis de fecundidade serem superiores aos do Brasil, os resultados mostram queda da fecundidade entre as mulheres mais jovens. Para o grupo 15-19, a fecundidade declina de 93 para 69 filhos por mil mulheres, entre 2010 e 2023. No grupo 20-24, no mesmo período a fecundidade passou de 124 para 104 filhos por mil mulheres; apesar da queda, esse

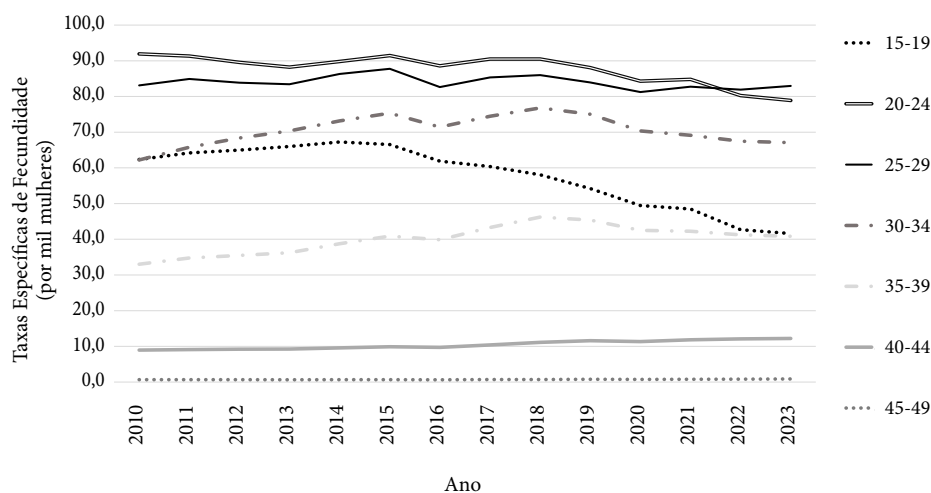


Figura 1. Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) por mil mulheres, por grupo etário da mulher e período. Brasil, 2010-2023.

Fonte: Autoras, a partir dos dados do SINASC (Ministério da Saúde, 2024) e dos dados dos Censos Demográficos 2010 e 2022 (IBGE, 2024).

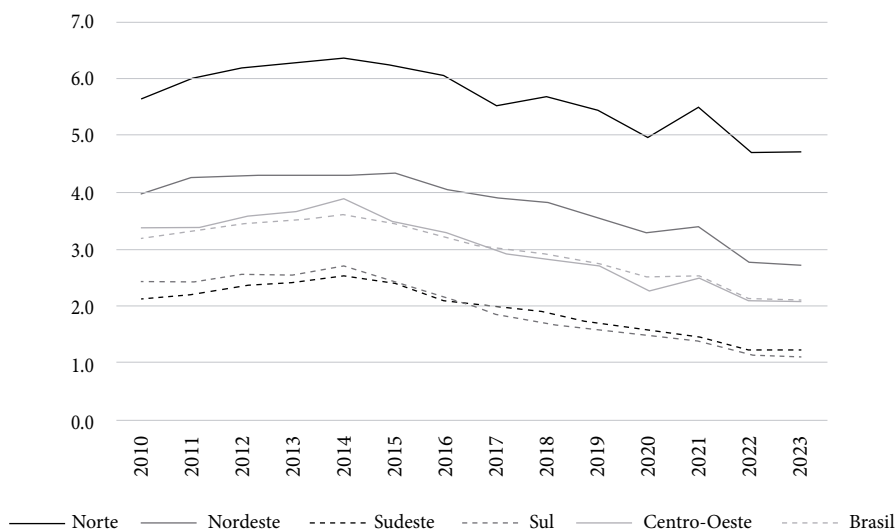


Figura 2. Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) por mil mulheres de 10-14 anos de idade, por período. Brasil e regiões, 2010-2023.

Fonte: Autoras, a partir dos dados do SINASC (Ministério da Saúde, 2024) e dos dados dos Censos Demográficos 2010 e 2022 (IBGE, 2024).

grupo permanece como sendo o que tem filhos com maior intensidade em todo o período, indicando uma fecundidade mais jovem que a do Brasil. Apesar de a fecundidade da região Norte

ter estrutura mais jovem que a do Brasil, as taxas específicas de fecundidade das mulheres acima dos 30 anos de idade também aumentaram no período.

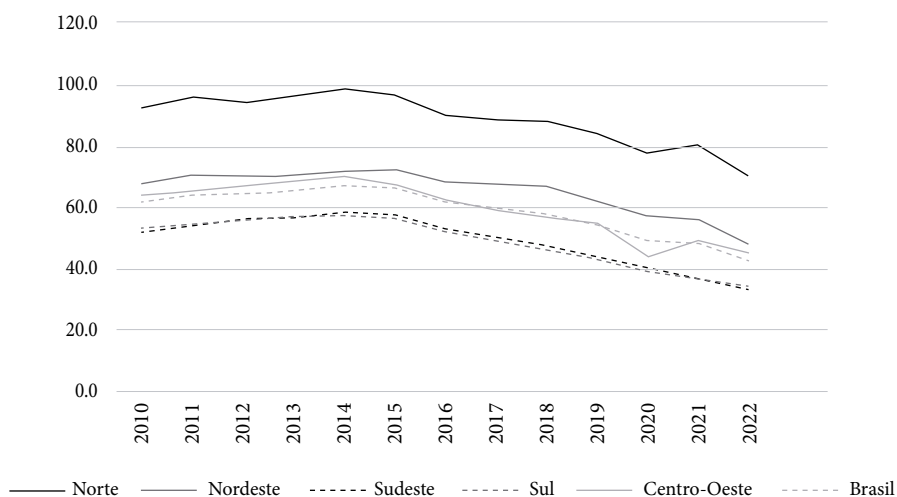


Figura 3. Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) por mil mulheres de 15-19 anos de idade, por período. Brasil e regiões, 2010-2023.

Fonte: Autoras, a partir dos dados do SINASC (Ministério da Saúde, 2024) e dos dados dos Censos Demográficos 2010 e 2022 (IBGE, 2024).

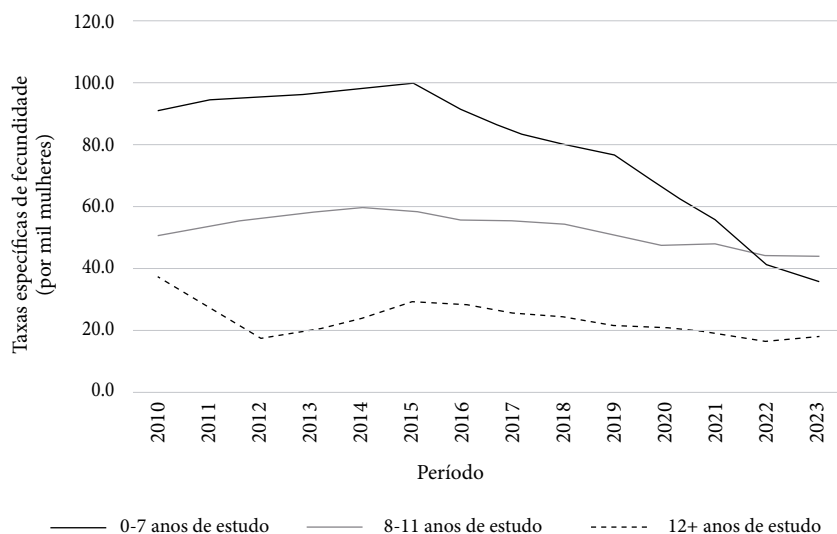


Figura 4. Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) por mil mulheres de 15 a 19 anos de idade, segundo nível de escolaridade, por período. Brasil, 2010-2023.

Fonte: Autoras, a partir dos dados do SINASC (Ministério da Saúde, 2024) e dos dados dos Censos Demográficos 2010 e 2022 (IBGE, 2024).

A Figura C (Material Suplementar) mostra que, na região Nordeste, a intensidade de nascimentos em 2023 é muito próxima para os gru-

pos 20-24 e 25-29 anos de idade (pouco mais de 80 filhos por mil mulheres), indicando que o processo de envelhecimento da fecundidade

está mais adiantando que na região Norte, porém mais atrasado que no Brasil. Observa-se declínio da fecundidade do grupo 15-19 no período, passando de 68 para 47 filhos por mil mulheres, e aumento da fecundidade para mulheres de 30 a 44 anos de idade.

As figuras D, E e F (Material Suplementar) trazem as TEFs das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente. As regiões Sul e Sudeste (Figura D e E) são as que apresentam a curva de fecundidade mais envelhecida, com o pico no grupo etário 25-29 anos durante boa parte do período analisado. Ademais, são as regiões com menor fecundidade do grupo 15-19 ao final do período, com cerca de 32 nascimentos para cada mil mulheres do grupo etário. Na região Centro-Oeste (Figura F, Material Suplementar), ao longo do período, observa-se aumento da fecundidade das mulheres acima dos 30 anos de idade e queda da fecundidade adolescente, embora em níveis superiores aos das regiões Sudeste e Sul.

Concentrando a análise nas faixas etárias de interesse (10 a 14 e 15 a 19) e, agora, com os recortes sociodemográficos (escolaridade e/ou microrregião), a história da queda da fecundidade adolescente começa a tomar forma. As Figuras 2 e 3 apresentam a série histórica das taxas específicas de fecundidade das mulheres de 10-14 e 15-19, respectivamente, para Brasil e regiões. A Figura 4 e as figuras G, H e I do material suplementar mostram o comportamento da fecundidade das jovens de 15-19 segundo a escolaridade. O recorte por escolaridade não é apresentado para as adolescentes de 10-14. O início e final dos segmentos das Regressões *Joinpoints*, assim como os valores das *Annual Percent Change* (APC) e seus testes de significância estão disponíveis na Tabela 1 do Material Suplementar.

A Figura 2 mostra que a fecundidade das mulheres mais jovens (10-14) declinou pouco ao longo do período, no Brasil e em todas as regiões, de forma consistente, a partir de 2015 na região Nordeste e de 2014 nas demais regiões e no Brasil. Antes do início da queda, porém, foi observado um ligeiro aumento na fecundidade das adolescentes mais jovens, ou seja, houve uma mudança significativa de tendência nesses dois anos, conforme apontado pelas *Regressões de Jointpoint* (Tabela 1, Material Suplementar). Apesar das variações, os diferenciais regionais não sofreram grandes alterações. Para o Brasil, observa-se que, no início do período, foram aproximadamente 3 nascimentos por cada mil jovens adolescentes; até 2014, há um ligeiro aumento e, então, inicia-se a queda. Em 2023, ob-

serva-se cerca de 2 nascimentos para cada mil adolescentes de 10-14 no país. A região Norte figura como aquela na qual a fecundidade das meninas de 10-14 é a mais alta. No início do período, pouco menos de 6 nascimentos por cada mil adolescentes foram observados na região; essa média aumentou, atingindo o ápice em 2014, com mais de 6 nascimentos por mulher, chegando a menos de 5 nascimentos, em média, em 2023. Na região Nordeste, a fecundidade das adolescentes jovens é mais baixa, com uma diferença que varia em torno de 2 filhos, em média, com relação à observada na região Norte. Até 2015, foram aproximadamente 4 nascimentos a cada mil mulheres dessa faixa etária; a partir de então, iniciou-se a queda e, ao final do período, a média de filhos por mil mulheres de 10-14 na região Nordeste ficou pouco abaixo de 3. As regiões Sudeste e Sul possuem os níveis mais baixos de fecundidade entre jovens de 10-14, com comportamento semelhante no período, embora até 2014 os níveis na região Sul tenham sido ligeiramente superiores. Nessas duas regiões, foram menos de 3 nascimentos, em média, para cada mil jovens de 10-14, durante todo o período; desde 2017, o número médio de nascimentos ficou abaixo de 2. Em 2023, a média de nascimentos para cada mil jovens adolescentes já estava próxima de 1. O comportamento da fecundidade das jovens de 10-14 anos na região Centro-Oeste é praticamente igual ao do Brasil, com pequena diferença no nível mais alto do período, observado em 2014, que chegou mais próximo de 4 nascimentos para cada mil jovens.

A partir da Figura 3, é possível observar a queda da fecundidade entre as jovens de 15-19 anos de idade no Brasil e em todas as regiões. De modo geral, como entre as adolescentes mais jovens, houve aumento da fecundidade até meados da década de 2014 e posterior queda. No Brasil, em 2010, foram observados cerca de 60 nascimentos por mil adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Essa média aumentou para níveis próximos de 68 nascimentos em 2014, com posterior declínio. Em 2023, foram observados pouco mais de 41 nascimentos por mil mulheres dessa faixa etária no país. A região Norte apresenta os maiores níveis de fecundidade entre as adolescentes de 15-19, quase o dobro dos níveis observados nas regiões Sudeste e Sul, em todo o período analisado. Até 2015, foram quase 100 nascimentos por mil mulheres; entre 2015 e 2023, observou-se declínio da fecundidade nessa faixa etária, chegando a cerca de 70 nascimentos por mil mulheres, ao final do período. Embora ainda com níveis altos de fecundidade

entre adolescentes de 15-19, os resultados para a região Nordeste indicam uma diferença significativa com relação à região Norte, deixando a região mais próxima da média do Brasil do que o observado para o grupo de 10-14. No início do período e até meados da década, cerca de 70 adolescentes de 15-19, a cada mil, tiveram filhos; ao final do período, são cerca de 47. Para as regiões Sudeste e Sul, o comportamento é muito semelhante. Observa-se aumento entre 2010 e 2015, quando ocorreram quase 60 nascimentos a cada mil mulheres de 15-19 e queda constante a partir de então, chegando a 2023 com cerca de 33 nascimentos por mil mulheres. Na região Centro-Oeste, a fecundidade do grupo 15-19 tem comportamento semelhante ao do país.

Os resultados da Figura 4 e das figuras G, H e I no Material Suplementar mostram que a fecundidade das adolescentes de 15-19 é bastante diferenciada segundo a escolaridade: quanto maior é a escolaridade, menor é a fecundidade. Para o início e o final do período analisado, observa-se queda da fecundidade adolescente para os três níveis de escolaridade analisados. Entre as menos escolarizadas (0-7 anos de estudo), a queda, a partir de 2015, é a mais acentuada, saindo de níveis próximos de 100 nascimentos para cerca de 36 nascimentos por mil mulheres, em 2023. Entre as adolescentes de escolaridade média (8-11 anos de estudo), a variação da fecundidade é menor, com leve aumento na primeira metade da década de 2010, chegando a 60 nascimentos, e queda a partir de 2015, chegando a níveis pouco acima de 40 nascimentos por mil mulheres de 15-19. As flutuações observadas para o grupo de maior escolaridade (12 anos ou mais de estudo) podem, em parte, ser explicadas pela pouca representatividade no grupo, uma vez que a proporção de adolescentes que concluíram ao menos o ensino médio e foram mães é baixa. Mesmo assim, a Figura 4 indica que o número de nascimentos por mil mulheres entre as mais escolarizadas caiu pela metade, entre 2010 e 2023.

Os resultados da Figura G (Material Suplementar) mostram que, entre as mulheres de 15-19 menos escolarizadas (0-7 anos de estudo), a fecundidade que era crescente a partir de 2010, declinou em todas as regiões a partir de meados da década de 2010. As análises de *Joinpoint* indicam que a mudança na tendência aconteceu em anos diferentes para cada região, sendo mais cedo para o Sul (2014), Sudeste e Nordeste

(2015), Centro-Oeste (2016) e Norte (2017). A região Norte se destaca com as maiores taxas, superando os 130 nascimentos por mil mulheres em 2015; mesmo com a queda, em 2023 os nascimentos superam os 70 por mil mulheres. A região Sudeste apresenta as menores taxas em praticamente todo o período, sendo acompanhada pela região Sul no final do período. Nessas duas regiões, a fecundidade chega a 23 nascimentos por mil mulheres de 15 a 19 anos de idade, em 2023. Acompanhadas pelo Nordeste, essas duas regiões ainda apresentam uma terceira quebra no período, mas que indica uma intensificação na tendência de queda no último triênio analisado.

Para as mulheres com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo (Figura H, Material Suplementar), os resultados são mais homogêneos entre as regiões, embora a região Norte permaneça em destaque, com maiores taxas durante todo o período, superiores a 70 nascimentos por mil mulheres do grupo etário 15-19. Observa-se a tendência de aumento da fecundidade no primeiro triênio analisado, porém as quebras que se sucedem indicando inversão na tendência (queda da fecundidade adolescente) são menos coincidentes entre as regiões. No Norte e Centro-Oeste, por exemplo, ela acontece em 2013, enquanto no Sudeste é em 2014, no Sul em 2016 e no Nordeste só em 2017. Ao final do período, as menores taxas são observadas nas regiões Sudeste e Sul (abaixo de 36 nascimentos por mil mulheres), enquanto nas regiões Nordeste e Centro-Oeste as taxas revelam maior intensidade, em torno de 50 nascimentos a cada mil mulheres de 15 a 19.

O grupo de mulheres de 15-19 com maior escolaridade é menos numeroso, o que pode explicar a flutuação dos resultados, especialmente o aumento no início do período analisado, que pode ser fruto de efeitos de composição (Figura I, Material Suplementar), e a existência de mais indicações de quebras de tendência (Tabela 1, Material Suplementar). Para esse grupo, as taxas específicas de fecundidade são mais baixas que para os outros dois grupos de escolaridade, chegando ao máximo de 50 nascimentos por mil mulheres de 15-19 na região Norte, em 2016. A partir de 2015, observa-se ligeira tendência de queda das taxas, que terminam o período abaixo de 16 nascimentos nas regiões Sudeste e Sul e entre 26 e 34 nascimentos por mil mulheres nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Discussão

Ampliando os achados de estudos anteriores^{1,3-5,7,22,27}, esse trabalho descreve a trajetória de queda da fecundidade adolescente no Brasil, estendendo até o ano de 2023. Atualmente, a TEF (15-19) se encontra no nível de 41.6 nascimentos por mil mulheres, uma queda de 30% em 12 anos. Essa queda possui, no entanto, algumas características importantes, entre elas o ligeiro crescimento das taxas na metade do período, assim como aconteceu com a TFT, apontada em outros estudos, mas que exige investigação em relação aos determinantes próximos⁴¹. Dado que a queda atual já se prolonga por pelo menos 7 anos, é cada vez menos provável que os níveis de fecundidade retornem a valores elevados, especialmente para o grupo etário 15-19 anos.

O declínio da fecundidade mostrado por esse trabalho também é caracterizado por intensa diversidade regional, com a região Norte se destacando por apresentar, conforme indicado em literatura prévia¹⁻⁵ as maiores taxas, seguida da região Nordeste, que converge para os níveis encontrados no Centro-Oeste. Sudeste e Sul são regiões com níveis mais baixos de fecundidade adolescente, como já observado pelos mesmos autores.

As diferenças na fecundidade adolescente por escolaridade explicam o padrão bimodal observado na fecundidade brasileira, com mulheres de baixa escolaridade tendo maiores taxas de nascimentos que seus pares de alta escolaridade, o que depois reflete em um padrão de fecundidade jovem^{3,6,8,26}.

Esse trabalho também atualiza as taxas de fecundidade totais observadas para o país, que também observaram flutuações no período, mas que desde 2015 observam uma trajetória descendente. Pela primeira vez na história, a TFT brasileira atinge nível inferior a 1.7, ao mesmo tempo em que se alia a um padrão cada vez mais envelhecido de fecundidade, como já é possível observar na estrutura da fecundidade das regiões Sul e Sudeste, com grande concentração das TEFs na segunda metade do intervalo reprodutivo. Mesmo as regiões de fecundidade mais jovem, como Norte e Nordeste, também começam a observar aumento das TEFs nas idades mais avançadas, o que sugere a aderência ao adiamento da fecundidade⁴².

O estudo das TEFs por escolaridade também deixa claro a relevância desse determinante distal para o padrão reprodutivo. Como esperado, a maior queda se dá no grupo de 0 a 7 anos de estudo, pois era o que possuía maior poten-

cial para redução¹. Apesar da grande disparidade regional interna aos níveis de educação, as regiões convergem para níveis próximos de 30 por mil nascimentos, ainda acima do que é praticado pelas mulheres de alta escolaridade nas regiões Sul e Sudeste. À medida em que avança a escolarização feminina é possível esperar maiores quedas, especialmente entre o grupo de 8 a 11 anos de estudo, que se encontra no meio da transição educacional.

Devido à ausência de dados que possibilitem a investigação dos mecanismos da fecundidade, especialmente os efeitos sobre os chamados determinantes próximos da fecundidade, não é possível discernir se a queda da fecundidade adolescente observada se deve a uma redução da fecundidade desejada e intensificação do adiamento da fecundidade, que pode ser resultado do aumento das aspirações individuais ou mudanças ideacionais sobre a maternidade^{42,43} ou redução da fecundidade não planejada, o que poderia ser reflexo de um melhor controle contraceptivo, seja por meio da melhoria do acesso aos serviços de saúde e/ou aborto seguro, mudanças no comportamento sexual ou nas relações de gênero^{1,7,17}. Entre os jovens escolares, resultados da PeNSE mostram redução no percentual de estudantes que declararam ter usado preservativo na última relação sexual, quando comparado às edições de 2009 e 2015⁴⁴, resultado que persiste em 2019 para ambos os sexos também em relação ao uso de outros métodos⁴⁵. A proporção de estudantes do 9º ano do sexo feminino que iniciaram a vida sexual passa de 16% em 2009 para 22,6%, com importante variação entre as capitais.

Infelizmente, a Pesquisa Nacional de Saúde, cuja última versão é de 2019, não trouxe dados acerca dos mecanismos da queda da fecundidade. Para o ano de 2025 é esperada a disponibilização dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2023/2024), que permitirão análises mais robustas sobre os mecanismos do comportamento sexual e reprodutivo e comparações com períodos anteriores.

Além disso, é importante destacar que diferentes fatores podem ter contribuído para a redução da fecundidade no país, inclusive das adolescentes. Na última década, o Brasil transitou pelas crises sanitárias de Zika em 2015/2016 e de COVID-19 em 2020/2021^{46,47}, além de importante período de recessão, crise econômica e reformas estruturais com profundas consequências para o mercado de trabalho e o desenvolvimento econômico⁴⁸. Além disso, o país passou por profundas transformações políticas, ideológicas e religiosas, como o crescimento das igrejas

evangélicas e da proporção de evangélicos entre a população total, assim como uma maior inserção política de grupos conservadores, do qual ainda pouco sabemos os efeitos para os desfechos reprodutivos das jovens^{13,18}. Somam-se isso: o avanço na escolarização feminina, com o fortalecimento das políticas de ações afirmativas nas universidades, que podem ser um importante mecanismo para o aumento das aspirações juvenis e o adiamento da fecundidade^{7,49}; as novas tecnologias de comunicação, como redes sociais em *smartphones*, que não apenas transformam planos de vida, mas podem ter sido importante mecanismo na difusão de informações sobre contracepção⁵⁰; e, finalmente, as mudanças nas relações interpessoais, incluindo o aumento da diversidade sexual e de gênero que já foi capturada em outras pesquisas⁵¹ e desafios que esses jovens enfrentam na vivência da sua sexualidade¹³. Essas novas características têm potencial de causar impactos diretos e indiretos na fecundidade, particularmente para a adolescente, que necessitam estar presentes na agenda de pesquisa da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais Aplicadas dos próximos anos.

Por último, apesar de ter observado queda, com algumas flutuações, esse trabalho destaca a persistência da taxa de fecundidade de meninas de 10-14, especialmente na região Norte, como destacado na literatura^{22,37}. Para além das diferentes configurações históricas, culturais e sociais que encaram essa gestação como associada à fecundidade adolescente (que por sua

vez está em queda), esse fenômeno denuncia a alarmante situação de que todos os anos milhares de meninas transitam para papéis sociais de adultos em idades antecipadas, o que aprofunda as desigualdades socioeconômicas, limita o vínculo com a escola e o acesso aos cuidados em saúde⁵². Além de possuírem maiores riscos de saúde com gestações precoces e riscos sociais advindos da interrupção dos estudos e de uniões conjugais precoces, a fecundidade de 10-14 é comumente originada a partir de atos de violência sexual⁵³ e é um sinalizador de que tem havido violação aos direitos humanos e da infância e de que sociedade brasileira tem falhado em proteger. Recentemente, um Projeto de Lei tentou incluir penas de prisão para mulheres que abortam após as 22 semanas de gestação⁵⁴. Dado que as jovens são maioria nos casos de violência sexual e muitas vezes demoram no reconhecimento da gestação e busca de ajuda devido ao medo de serem culpabilizadas pelo ato e sua imaturidade cognitiva e biológica⁵³, e dado que qualquer ato sexual com menores de 14 anos pode ser considerado estupro, essas adolescentes teriam, por lei, o direito a interromper essa gestação independente do tempo de gestação. É necessário olhar para cada um desses exemplos que constituem esse fenômeno como uma forma de violência de gênero que necessita ser investigada e combatida por todas as instâncias responsáveis pelo bem-estar integral da criança e do adolescente, como o sistema de saúde, as escolas e a assistência social.

Colaboradores

RZ Coutinho trabalhou na conceitualização, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, escrita do artigo original e revisão. A Miranda-Ribeiro trabalhou na análise formal, investigação, metodologia e escrita do artigo original.

Agradecimentos

Raquel Zanatta Coutinho é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – nível 2 (306228/2025-4) e coordenadora do Projeto “Saúde Sexual e Reprodutiva, Gênero e Conjugalidade em Minas Gerais em Tempos de Covid-19”, edital universal CNPq/MCTI/FNDCT n. 18/2021 (409964/2021-2). Adriana Miranda-Ribeiro é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – nível 2 (303568/2025-9), líder do Grupo de Pesquisa do CNPq “Ycamiabas - Grupo de Pesquisa em Fecundidade e Saúde Sexual e Reprodutiva” e coordenadora do projeto “Fatores Escolares determinantes da alta qualidade do ensino médio da rede pública: uma análise para a Brasil, Unidades da Federação e capitais”, edital universal CNPq/MCTI/FNDCT n.18/21 (409499/2021-8).

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

O Material Suplementar citado encontra-se disponível em: <https://data.scielo.org/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.48331/SCIELODATA.OQVMUZ>.

Referências

1. Cavenaghi S. Fecundidade de jovens e acesso à saúde sexual e reprodutiva no Brasil: desigualdades territoriais. In: *População, espaço e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. p. 231-274.
2. Vignoli R. *Deseabilidad y Planificación de La Fecundidad Adolescente En América Latina y El Caribe: Tendencias y Patrones Emergentes* [Internet]. 2017 [acessado 2024 jun 15]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/41963>.
3. Berquó ES, Cavenaghi SM. Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2014; 31:471-482.
4. Cavenaghi S, Berquó E. Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010. In: *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Rio de Janeiro: ALAP; 2014.
5. Carvalho JAM, Gonçalves GQ, Silva LGC. Application of P/F Brass ratio method in the context of fast-paced adolescent fertility decline. *Rev Bras Estud Popul* 2018; 35:e0052.
6. Rios-Neto ELG, Miranda-Ribeiro A, Miranda-Ribeiro P. Fertility Differentials by Education in Brazil: From the Conclusion of Fertility to the Onset of Postponement Transition. *Popul Dev Rev* 2018; 44:489-517.
7. Martins PHV. *Mudanças Recentes na Fecundidade Adolescente no Brasil: a Associação com a Escolaridade Continua a Mesma?* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
8. Rosero-Bixby L, Martín TC, García TM. Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? *Demogr Res* 2009; 20:169-194.
9. Cabella W, Pardo I. Hacia un régimen de baja fecundidad en América Latina y el Caribe, 1990-2015. in *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Rio de Janeiro: ALAP; 2014. p. 13-31.
10. Wong LLR, Perpétuo IO. *La Transición de La Salud Sexual y Reproductiva En América Latina 15 Anos Despues de El Cairo* [Internet]. 2011 [acessado 2024 jun 15]. Disponible em: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/08d0107a-5848-4101-9678-7c45540c9e94/content>.
11. Cesare M, Vignoli JR. Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia. *Papeles Poblac* 2006; 12:107-140.
12. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paid Ribeirão Preto* 2010; 20:123-131.
13. Cabral CS. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saude Soc* 2017; 26:1093-1104.
14. Cabral CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 2003; 19:S283-S292.
15. Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves MCGP. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Rev Saude Publica* 2017; 51:25.

16. Garcia SM, Koyama M. Longevidade sexual e práticas sexuais desprotegidas: desafios para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *PNDIS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: MS; 2009.
17. Wong LLR, Bonifácio GM. Retomada da queda da fecundidade na América Latina. Evidências para a primeira década do século XXI. *Rev Latinoam Poblac* 2009; 3:93-121.
18. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00029420.
19. Heilborn ML. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psicol Clínica* 2012; 24:57-68.
20. Brandão ER. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Heilborn; 2006. p. 61-95.
21. Pan American Health Organization (PAHO). *Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
22. Borges ALV, Chofakian CB, Sato AP, Fujimori E, Duarte LS, Gomes MN. Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:57.
23. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:342-349.
24. Gonçalves GQ, Carvalho JAM, Wong LLR, Turra CM. A transição da fecundidade no Brasil ao longo do século XX – uma perspectiva regional. *Rev Bras Estud Popul* 2019; 36:e0098.
25. Coutinho RZ, Golgher AB. Modelling the proximate determinants of fertility for Brazil: the advent of competing preferences. *Rev Bras Estud Popul* 2018; 35:1-28.
26. Lima EEC, Zeman K, Sobotka T, Nathan M, Castro R. The Emergence of Bimodal Fertility Profiles in Latin America. *Popul Dev Rev* 2018; 44:723-743.
27. Dechandt MJ, Kluthcovsky ACGC, Pereira BLR, Wosniak EJM. Gravidez na adolescência: taxas específicas de fecundidade e tendência temporal, Brasil, (2008 a 2017). *Res Soc Dev* 2021; 10:e19710615664.
28. Lopes MCL, Oliveira RR, Silva MAPD, Padovani C, Oliveira NLB, Higarashi IH. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. *Rev Esc Enferm USP* 2020; 54:e03639.
29. Sodré NS, Schröder NT, Silveira EF. Gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos da maternidade precoce no Estado do Pará, Brasil. *Saude Pesqui* 2023; 16:1-15.
30. Ferreira RA, Ferriani Md, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):313-323.
31. Nogueira MJ, Silva BFA, Barcelos SM, Schall VT. Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12:297-312.
32. Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Achcar JÁ, Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. *Cad. Saude Publica* 2011; 27:855-867.
33. Roza DL, Martinez EZ. Spatial distribution of pregnancy in adolescence and associations with socioeconomic and social responsibility indicators: State of Minas Gerais, Southeast of Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstetrícia* 2015; 37:366-373.
34. Brito SR, Silva AS, Cruz AG, Barroso RFF, Monteiro MA, Costa JCWA, Francês CRL. Gravidez na adolescência e associação com indicadores de renda, educação e acesso às Tecnologias de Informação e Comunicação no Brasil e na Amazônia Legal Brasileira. *Saude Desenvol Hum* 2016; 4(2):21-33.
35. Chiavegatto Filho AD, Kawachi I. Income inequality is associated with adolescent fertility in Brazil: a longitudinal multilevel analysis of 5,565 municipalities. *BMC Public Health* 2015; 15:103.
36. Costa MG. *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva; 2019.
37. Vaz RF, Monteiro DLM, Rodrigues NCP. Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011. *Rev Assoc Med Bras* 2016; 62:330-335.
38. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/LACRO). *Estratégia Regional Para Prevenção e Redução Da Gravidez Não Intencional Na Adolescência. Uma Aliança Sub-Regional Para Avançar Com a Implementação Das Políticas No Cone Sul* [Internet]. 2017 [acessado 2024 jun 15]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Marco_Estrat%C3%A9gico_portugu%C3%A9s_FI-NALaj.pdf.
39. Szwarcwald CL, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Almeida WS, Frias PG, Damacena GN, Souza Junior PRB, Rocha NM, Mullachery PMH. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00214918.
40. Surveillance Research Program. National Cancer Institute. Joinpoint Regression Software, Version 5.4.0 - April 2025 [Internet]. Available from: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint>.
41. Coutinho RZ, Souza IVM. A transição da fecundidade no Brasil: investigação sobre os efeitos das crises exógenas nas tendências recentes de queda do número de nascidos vivos. *Rev Bras Estud Popul* 2024; 41:1-33.
42. Miranda-Ribeiro A, Garcia RA, Faria TCAB. Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2019; 36:e0080.
43. Simão AB, Coutinho RZ, Guedes GR. Desejo por filhos entre mulheres de alta escolaridade: conflitos, mudanças e permanências. *Rev Bras Estud Popul* 2020; 37:e0123.
44. Reis AAC, Malta DC, Furtado LAC. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2018; 23(9):2879-2890.

45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional do Escolar (Pense). *Tabela 11.2 - Percentual de escolares do 9º ano do Ensino Fundamental, dentre os que tiveram relação sexual alguma vez, que tiveram a primeira relação sexual com menos de 13 anos, por sexo e dependência administrativa da escola, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo os Municípios das Capitais - 2009/2019* [Internet]. [acessado 2024 ago 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>.
46. Marteleto LJ, et al. Fertility trends during successive novel infectious disease outbreaks: Zika and COVID-19 in Brazil. *Cad Saude Publica* 2022; 38:EN230621.
47. Coutinho RZ, Lima LC, Leocádio VA, Bernardes T. Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *Rev Bras Estud Popul* 2020; 37:e0130.
48. Resende MFC, Terra FHB. Ciclo, crise e retomada da economia brasileira: avaliação macroeconômica do período 2004-2016. *Econ Soc* 2020; 29:469-496.
49. Firmino BDR. *Mobilidade educacional e fecundidade: uma análise pautada no status socioeconômico de origem* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2023.
50. Silva NG, Sanchez MPC, Figueiredo R, Borges ALV. Internet como instrumento de disseminação de informações e esclarecimento de dúvidas sobre contracepção de emergência. *Panor Contracep Emerg Bras* 2016; [205]-249.
51. Watson RJ, Wheldon CW, Puhl RM. Evidence of Diverse Identities in a Large National Sample of Sexual and Gender Minority Adolescents. *J Res Adolesc Off J Soc Res Adolesc* 2020; 30(Supl. 2):431-442.
52. Cardoso AS, Valério ID, Ramos CI, Machado KP. Casamento infantil no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cien Saude Colet* 2022; 27(2):417-426.
53. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MG, Silva MMAD, Lima CM. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2909-2918.
54. Cavalcante S. Projeto de Lei nº 1904/2024. *Acresce dois parágrafos ao art. 124, um parágrafo único ao artigo 125, um segundo parágrafo ao artigo 126 e um parágrafo único ao artigo 128, todos do Código Penal Brasileiro, e dá outras providências* [Internet]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493>.

Artigo apresentado em 30/07/2024

Aprovado em 21/06/2025

Versão final apresentada em 23/06/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca