

Violência, gestação e parto de crianças e adolescentes no Brasil:

análises de dados da saúde
(2018-2024)



observatório
criança
não é mãe



Ficha Técnica

Redação e revisão:

Ana Maria Miguez, Clara Wardi, Ellen Vieira,
Isabella Santa Simões, Júlia Guadagnucci, Júlia Piazza,
Juliana Vitória, Letícia Ueda Vella

Extração e tratamento dos dados:

Moka Info

Projeto gráfico, ilustração, infografia e diagramação:

Estúdio Rebimboca

Assistente de Arte:

Carolina Herrera

Realização e execução:

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Este relatório foi elaborado como parte de projeto realizado em parceria com o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania, executado por meio de Termo de Fomento n. 972805/2024, celebrado com o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.



MINISTÉRIO DOS
DIREITOS HUMANOS
E DA CIDADANIA



Sumário

Introdução	2
Nota metodológica	4
Quantas e quem são as crianças e adolescentes que engravidam no Brasil?	7
Violência contra crianças e adolescentes	15
Mortalidade no ciclo gravídico-puerperal entre crianças e adolescentes de 12 a 17 anos	20
Acesso aos serviços de saúde	24
Gravidez e casamento na infância e na adolescência	29
Distorção idade-série	34
Conclusão	38
Referências	40



Introdução

A gravidez na adolescência, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como aquela que ocorre entre 10 e 19 anos, constitui um fenômeno global marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas e de gênero. Quando uma gestação atravessa essa fase do desenvolvimento, interrompe processos fundamentais de formação física, emocional e social, com repercussões severas para a saúde, a escolaridade, a autonomia e as perspectivas futuras de crianças e adolescentes. Os impactos extrapolam o campo biológico, refletindo-se em maior risco de mortalidade materna e infantil, evasão escolar e perpetuação de ciclos de pobreza e violação de direitos (OMS; UNFPA, 2025).

No cenário internacional, a América Latina e o Caribe apresentam a segunda maior taxa de fecundidade adolescente do mundo, com cerca de 1,6 milhão de nascimentos anuais — o equivalente a uma adolescente mãe a cada 20 segundos (UNFPA, 2025; ONU NEWS, 2025). No Brasil, esses números tornam-se ainda mais graves quando se considera o recorte das crianças com menos de 14 anos. A atualização do estudo Estupro de Vulnerável: Caracterização de Crianças Mães no Brasil, divulgado pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, indica que, em 2023, foram registrados 13.941 nascimentos de meninas entre 10 e 14 anos, ou uma criança tornando-se mãe a cada 38 minutos (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2025).

Trata-se de um fenômeno estruturalmente racializado: 81,5% dessas meninas eram negras ou indígenas (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2025). Esses dados revelam que o país falha tanto na prevenção da violência sexual quanto na garantia do acesso aos serviços previstos em lei, incluindo o aborto em casos de gestação decorrente de violência, direito previsto desde o Código Penal de 1940 e reafirmado por normativas de saúde (BRASIL, 1940; BRASIL, 2018).

No ordenamento jurídico brasileiro, toda gestação em crianças com menos de 14 anos decorre de violência sexual, uma vez que qualquer relação sexual com crianças dessa faixa etária configura estupro de vulnerável presumido, pois a lei considera que qualquer pessoa menor de 14 anos é vulnerável e incapaz de consentir validamente para fins sexuais (BRASIL, 1940). Esse crime é tipificado no Código Penal no artigo 217-A. Esse entendimento é reforçado pela Súmula 593 do STJ, que determina que não há consentimento válido possível nessa faixa etária — ainda que haja relação afetiva ou experiência sexual anterior (BRASIL, 2017), e pela Lei nº 15.353/2026, sancionada no dia 8 de março de 2026 (BRASIL, 2026).

A frequência desse crime é bastante alta no Brasil: dos 87.545 registros de estupro em 2024, 76,8% dos casos foram de estupros de vulneráveis. O perfil da maioria das vítimas é de crianças e adolescentes abusadas dentro das residências, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2025). Assim, não se trata apenas de “gravidez na adolescência”, mas de uma grave violação de direitos humanos que demanda resposta imediata do Estado. A interrupção legal da gestação, nesses casos, é um direito garantido e uma medida essencial de proteção à saúde física, psicológica e reprodutiva dessas crianças e adolescentes (BRASIL, 2018; UNFPA, 2025).

É nesse contexto que o Observatório Criança Não é Mãe, desenvolvido pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, analisa dados oficiais sobre gravidez infantil e adolescente no Brasil. O Observatório evidencia as múltiplas dimensões que estruturam essas gestações — violência sexual, desigualdades no acesso aos serviços de saúde, óbitos no ciclo gravídico-puerperal, marcadores raciais e territoriais — e revela como a vulnerabilidade se concentra nos corpos femininos racializados. Ao produzir informação qualificada e acessível, o projeto contribui para fortalecer o debate público, subsidiar políticas baseadas em evidências e defender os direitos humanos de crianças e adolescentes, especialmente diante de iniciativas legislativas que buscam restringir direitos já garantidos.

Assim, discutir os dados sistematizados pelo Observatório é fundamental para compreender a profundidade das iniquidades reprodutivas e reafirmar a urgência do fortalecimento das políticas de saúde, educação e proteção social capazes de romper ciclos de violência, vulnerabilidade e injustiça que atingem crianças e adolescentes no Brasil.

Nota metodológica

Este relatório fundamenta-se em quatro bases de dados públicas sobre saúde reprodutiva, produzidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS, as quais apresentam metodologias distintas de coleta, registro e extração das informações. A sistematização e tratamento dos dados foi realizada em conjunto com a Moka Info, especializada em Big Data em saúde.

Em todas as bases, adotou-se como marco inicial o ano de 2019 a fim de extrair dados dos últimos cinco anos, podendo estender-se, conforme a disponibilidade de cada sistema ao momento da coleta de dados, até os anos de 2023 ou 2024. O período analisado, portanto, compreende a pandemia de Covid-19, o que reflete impactos relevantes para a análise de dados situados no campo da saúde. Em distintas seções, o recorte pandêmico será destacado a fim de situar possíveis subnotificações, distorções ou falhas no registro de dados.

A primeira delas é o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), cujos dados analisados abrangem o período de 2019 a 2023. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e, por fim, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), responsável pelo registro das violências notificadas nos serviços de saúde, disponibilizam informações referentes ao período de 2019 a 2024. A respeito do SINAN, é importante destacar que trata-se de sistema utilizado por profissionais de saúde para registrar, dentre outros dados, os casos de violência identificados nos atendimentos que realizam. Por isso, a base contabiliza apenas os casos das vítimas que buscaram o serviço de saúde e o preenchimento das fichas pode variar conforme a capacitação dos profissionais e as condições de trabalho nos serviços de saúde, o que impacta diretamente na qualidade dos dados registrados.

Optou-se pela utilização do maior período de dados disponível em cada uma das bases ao momento da coleta de dados pelo Observatório (maio/2025), em vez da adoção de um recorte temporal uniforme, com o objetivo de evitar a exclusão de informações já registradas e disponíveis. Em razão dessa escolha metodológica, as comparações entre as bases são realizadas de forma pontual, sempre com a indicação explícita do período correspondente a cada sistema.

Em todas as bases analisadas, aplicou-se o recorte etário entre 8 e 17 anos, com a finalidade de delimitar o fenômeno da gestação na infância e na adolescência entre crianças e adolescentes no contexto brasileiro, adotando a idade mínima encontrada e a idade máxima da categoria “adolescente”, conforme definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – que define “criança” até os 11 anos e 11 meses e “adolescente” entre 12 e 18 anos. Além disso, foi aplicado o recorte de “sexo feminino” em todas as bases analisadas.

Ao analisar os dados de nascidos vivos de gestações decorrentes de estupro de vulnerável, isto é, todo ato libidinoso praticado com pessoa com menos de 14 anos (BRASIL, 1940), incluímos os partos de meninas de 14 anos para contemplar casos em que a violência ocorreu quando tinham 13 anos e a gestação se estendeu até os 14.

Os registros classificados como “sem informação” ou “em branco” foram mantidos e incorporados às análises, uma vez que a intenção é também evidenciar a elevada proporção de dados não preenchidos. Tal ocorrência constitui um indicativo relevante das fragilidades nos processos de registro das informações, aspecto particularmente sensível em se tratando de dados fundamentais para análises sobre o acesso, a cobertura e a efetividade das políticas públicas de saúde. Desse modo, acrescenta-se a esse esforço a identificação, em momentos específicos, de observações críticas relativas às categorias utilizadas nos registros que dão suporte a esses dados. Tal exercício busca evidenciar a importância de um debate qualificado que contribua para o aprimoramento do registro de informações e a ampliação das ações desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, reconhecidos como instâncias centrais na prevenção, no acolhimento e na atenção à gestação e às diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes no país.

A principal finalidade do presente documento é oferecer uma análise quantitativa e descritiva dos dados, com vistas a qualificar a compreensão sobre a saúde reprodutiva de crianças e adolescentes a partir de diferentes marcadores sociais, tais como raça/cor, escolaridade, idade, região e unidade da federação e suas condições desiguais. Busca-se, ainda, evidenciar o cenário alarmante da violência sexual e da gravidez na infância e na adolescência, de modo a ampliar o acesso à informação e subsidiar a atuação política comprometida com o enfrentamento dessas agendas.

Nesse contexto, destaca-se que a presente pesquisa, situada no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, se compromete com o enfrentamento às desigualdades sociais – de raça, gênero, classe e outras formas

de vulnerabilização, razão pela qual adota abordagem transfeminista e interseccional.

Por isso, considera-se que a categoria “mulher” ou “menina”, a despeito de sua importância na luta feminista, não abarca o conjunto de pessoas que desafiam as relações de poder por sexo e gênero na sociedade. Para as questões reprodutivas, entende-se importante reconhecer a diversidade de corporalidades e de gêneros de pessoas que podem gestar, entre elas homens e meninos trans, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo, entre outras identidades sexo-gênero dissidentes. Essa inclusão e reconhecimento, entretanto, não minimizam a importância de ressaltar a categoria “mulheres e meninas”, também reconhecendo toda a pluralidade que a categoria abarca, em termos de raça/etnia, condição sócio-econômica ou orientação sexual, por exemplo, ao abordarmos direitos sexuais e reprodutivos.

O uso de linguagem sem marcadores de gênero e de termos como pessoa(s), pessoa(s) gestante(s), pessoa(s) que gesta(m)/podem gestar, mulheres e “criança” no lugar de “menina” será, portanto, recorrente no texto e utilizado sempre que pertinente, dentro dessas perspectivas. Da mesma forma, em vez de “mortalidade materna”, usamos “mortalidade gravídico-puerperal”, por ser um termo sem marcador de gênero e que ajuda a separar a ideia de gestar da de maternar, mostrando que são experiências diferentes e que nem sempre acontecem juntas. O uso do termo “meninas”, isoladamente, será realizado em citações diretas, para preservação do conteúdo.

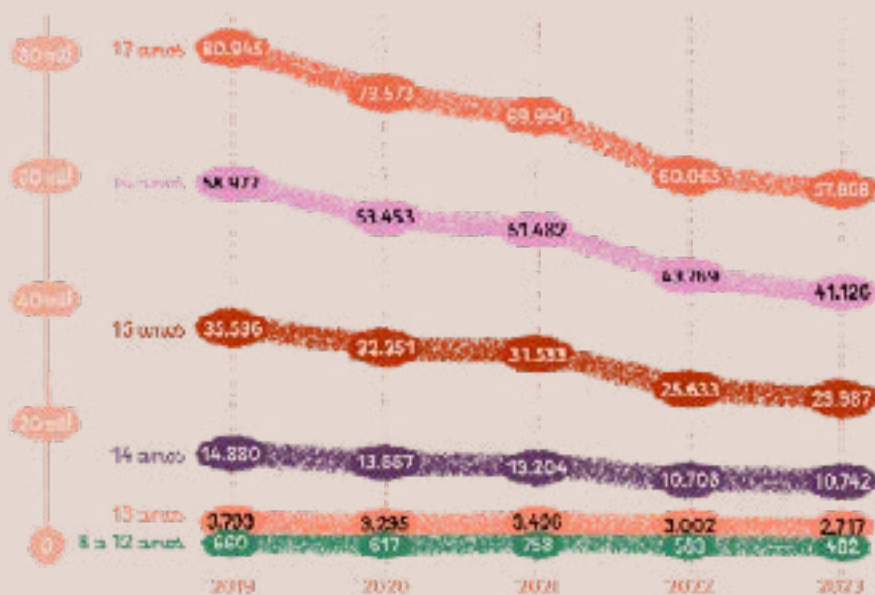
A perspectiva interseccional, formulada academicamente por Kimberlé Crenshaw (1989), constitui um dos referenciais teóricos que fundamentam a análise desenvolvida neste relatório, ao permitir compreender como diferentes marcadores sociais — como gênero, raça/cor e idade —, fundamentais ao contexto dos fenômenos analisados, se articulam e produzem formas específicas e desiguais de vulnerabilidade, construídas historicamente. Partindo desse referencial, a interseccionalidade orienta o olhar analítico e a perspectiva da escrita, mesmo reconhecendo que, em função das limitações dos dados disponíveis, nem todos os fenômenos analisados puderam ser examinados a partir do cruzamento sistemático de todos os marcadores sociais. Ainda assim, sempre que possível, a análise empírica realizou cruzamentos sociodemográficos que contribuíram para evidenciar como a gravidez na infância e adolescência — frequentemente associada a contextos de violência e desigualdade — incide de maneira diferenciada sobre distintos grupos populacionais, impactando de forma desigual o acesso a direitos, à saúde, à educação e à proteção social.

Quantas e quem são as crianças e adolescentes que engravidam no Brasil?

Entre 2019 e 2023, o Brasil registrou 822.892 nascidos vivos cujas mães eram crianças e adolescentes de 8 a 17 anos, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Desse total, 10% (82.604) tinham entre 8 e 14 anos, enquanto 90% (740.288) eram adolescentes de 15 a 17 anos. Em média, isso significa que, nesse período, cerca de 450 crianças e adolescentes deram à luz todos os dias no país — sendo 45 crianças com menos de 15 anos e 405 adolescentes entre 15 e 17 anos.

A maior parte dessas adolescentes tinham 17 anos (342.441 casos, 41,61%), seguida pelas de 16 anos (248.807 casos, 30,24%) e 15 anos (149.040 casos, 18,11%). Em idades mais jovens, os números diminuem significativamente, mas ainda são elevados e revelam a gravidade do problema: 14 anos (63.201 casos, 7,68%), 13 anos (16.303 casos, 1,98%), 12 anos (2.621 casos, 0,32%), 11 anos (438 casos, 0,05%), 10 anos (34 casos, 0,004%), 9 anos (2 casos, 0,0002%) e 8 anos (5 casos, 0,0006%).

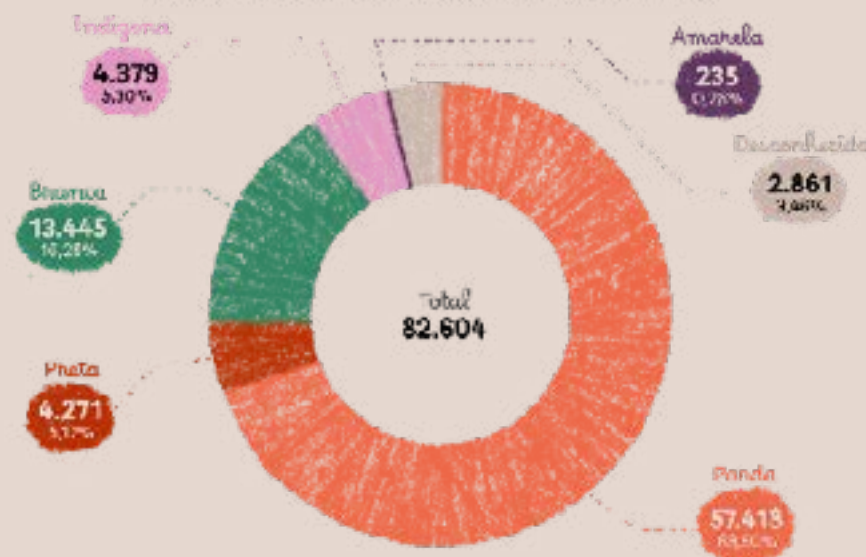
Nascidos vivos de crianças e adolescentes com 17 anos ou menos por ano e idade (2019-2023)



É especialmente importante direcionar a análise para as gestações ocorridas entre crianças e adolescentes de 8 a 14 anos, uma vez que esses casos se enquadram juridicamente na categoria de estupro presumido, e, portanto, deveriam ter sido automaticamente reconhecidos como situações passíveis de aborto legal. Nesse contexto, os dados revelam uma média anual de 16.521 nascimentos nessa faixa etária, o que evidencia não apenas a magnitude do fenômeno, mas também possíveis falhas na identificação, acolhimento e encaminhamento dessas situações pelos serviços de saúde, à luz do amparo jurídico vigente.

Desses casos, observa-se a prevalência de crianças e adolescentes negras, somando 61.684 ocorrências, o que corresponde a aproximadamente 74,67% do total. Tal dado engloba pardas (57.413 casos, ou 69,5%) e pretas (4.271 casos, ou 5,17%), segundo determinação do IBGE. As porcentagens de crianças e adolescentes brancas e indígenas vêm em seguida, com 13.445 casos (16,28%) e 4.379 casos (5,3%), respectivamente. Por fim, as ocorrências classificadas como “desconhecida” somaram 2.861 (3,46%), enquanto a população identificada como amarela registrou 235 casos (0,28%).

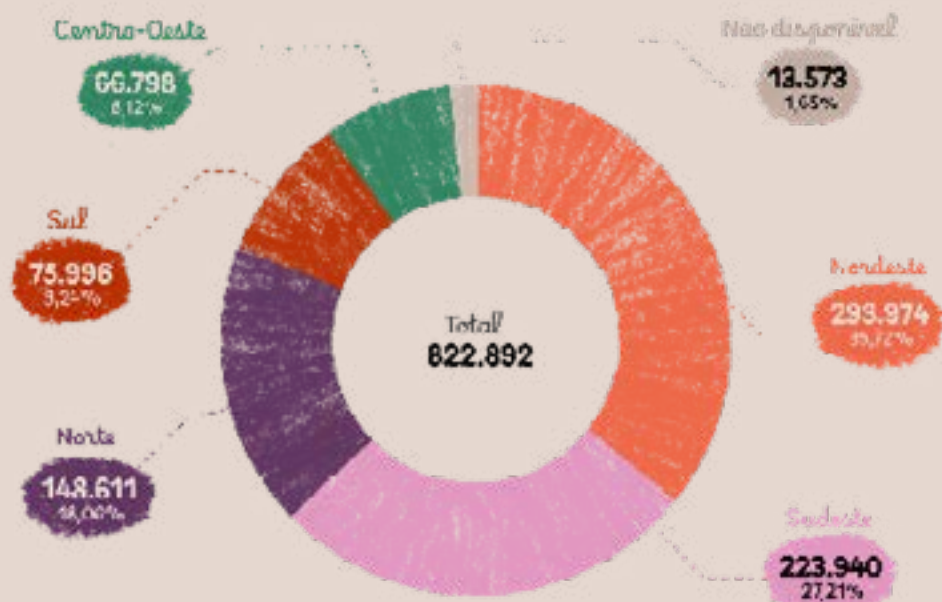
Nascidos vivos de crianças e adolescentes de 8 a 14 anos por raça/cor decorrentes de estupro presumido (2019-2023)



Do ponto de vista do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), aplicando-se os filtros “gestação” e “violência sexual”, foram registrados 18.130 casos de crianças grávidas com menos de 14 anos (2019-2024), sendo que 75,22% delas são negras. Apesar de o dado ser significativamente inferior ao total de registros, a ocorrência é alarmante: a média diária é de 8 partos de crianças e adolescentes com menos de 14 anos vítimas de violência sexual notificada pelos serviços de saúde.

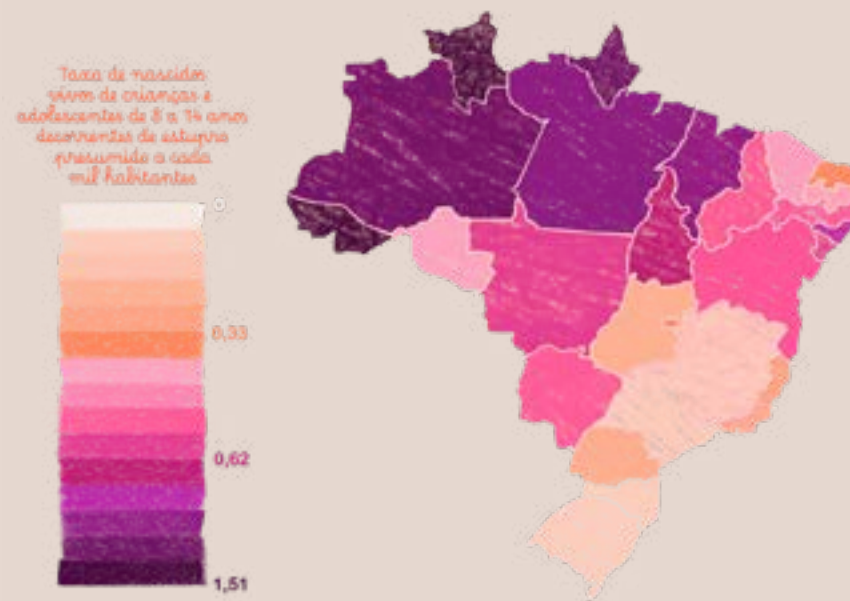
A distribuição regional com relação aos nascimentos registrados no SINASC, cujas mães eram crianças e adolescentes, mostra que o Nordeste concentra a maior proporção dos registros (35,72% do total), seguido pelo Sudeste (27,21%), Norte (18,06%), Sul (9,24%) e Centro-Oeste (8,12%). Apenas 1,65% dos registros não tiveram a região identificada.

Nascidos vivos de crianças e adolescentes com 17 anos ou menos por região (2019-2023)



Especificamente no caso de crianças e adolescentes de até 14 anos, as maiores proporções de nascidos vivos também são registradas na região Nordeste, com 31.992 registros, o que corresponde a 38,7% do total. Em seguida aparecem as regiões Sudeste, com 19.009 casos, equivalente a 23%, e a região Norte, com 18.675 nascidos vivos, representando 22,6%. O Centro-Oeste e o Sul apresentam dados muito similares, com registros de 6.672 (8,1%) e 6.256 (7,6%), respectivamente.

Nascidos vivos de crianças e adolescentes de 8 a 14 anos decorrentes de estupro presumido por UF (2019-2023)

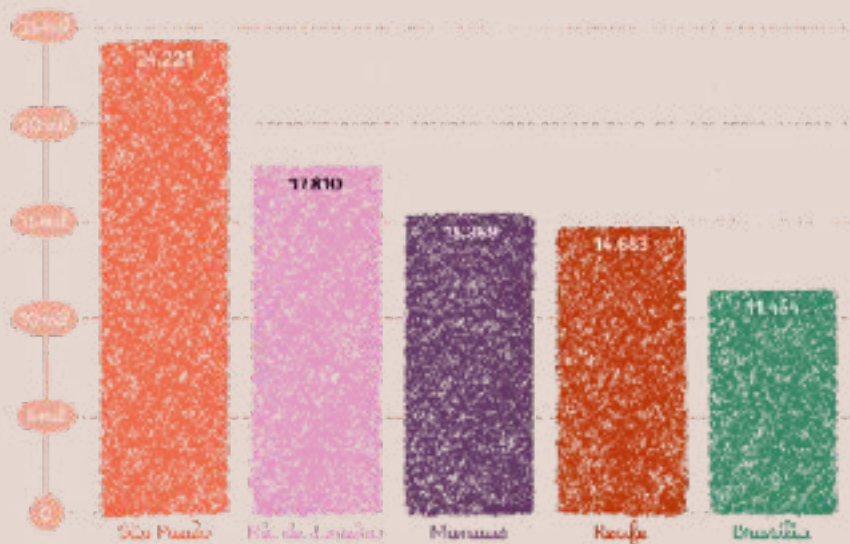


As altas proporções nessas regiões sugerem a prevalência de fatores sistêmicos, como a distribuição desigual de recursos, o acesso restrito à educação de qualidade e à saúde sexual e reprodutiva abrangente, e redes de proteção social mais frágeis. Nesses locais, a maior vulnerabilidade socioeconômica expõe crianças e adolescentes a gestações e, consequentemente, a maternidades que, na infância, frequentemente se relacionam à violência (FURTADO, 2025).

A análise por estados demonstra que São Paulo registra o maior número absoluto de nascimentos de filhos de crianças e adolescentes (cerca de 101.244 registros), embora esse valor deva ser ponderado pelo contingente populacional do estado. Bahia (66.848 registros) e Pará (66.660 registros), ambos nas regiões Norte e Nordeste, ocupam as posições subsequentes. O Pará, em particular, onde há alta incidência de estupro e violência letal, conecta esses números a um contexto de fragilidade na proteção de direitos (UNICEF, 2021). A lista de maiores ocorrências inclui ainda Minas Gerais (56.309), Maranhão (54.580) e Rio de Janeiro (52.202).

O recorte municipal mostra a concentração dos registros de gravidez em crianças e adolescentes nas grandes capitais, com destaque para São Paulo (24.221 casos), Rio de Janeiro (17.810), Manaus (15.369), Recife (14.683) e Brasília (11.454). Embora o tamanho populacional contribua para esses números, eles também refletem desigualdades urbanas profundas, marcadas por pobreza, violência sexual e acesso desigual a políticas de saúde e proteção. Ao mesmo tempo, é importante considerar que municípios menores e áreas rurais podem apresentar subnotificação significativa, seja por barreiras no acesso aos serviços de saúde, seja por falhas nos sistemas de registro, o que pode ocultar parte relevante da realidade da gravidez precoce no país.

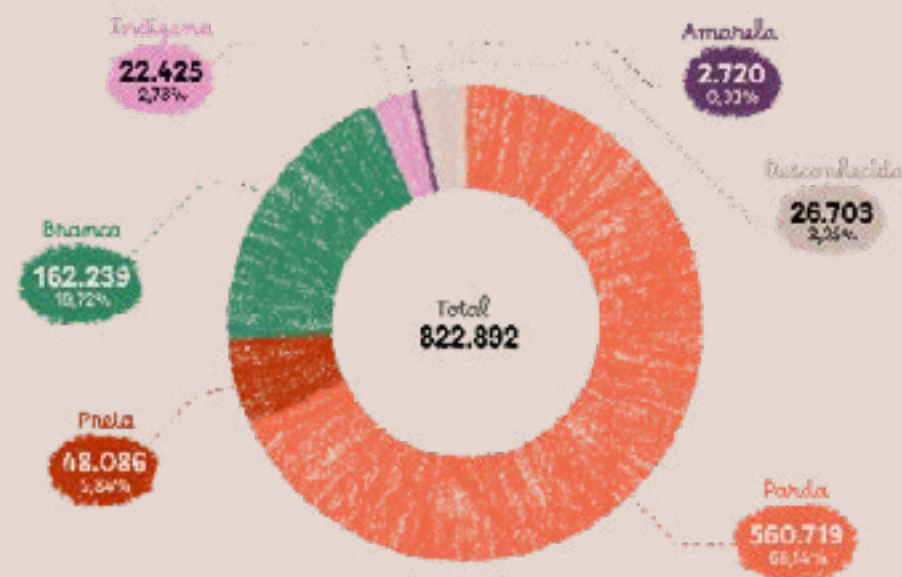
Principais municípios com registros de gravidez em crianças e adolescentes com 17 anos ou menos (2019-2023)



Dos 822.892 nascidos vivos de pessoas entre 8 e 17 anos, 110.550 (cerca de 13,4% do total) eram filhos de crianças e adolescentes que já haviam vivenciado ao menos uma gestação anterior. A reincidência se concentra mais nas adolescentes de 17 anos (63.219 registros), seguidas pelas de 16 anos (32.055), 15 anos (11.769) e 14 anos (2.840). É alarmante a ocorrência de 667 crianças e adolescentes com menos de 14 anos que já haviam passado por uma gestação prévia, o que expõe a persistência de ciclos de gravidez na infância e a gravidade das violações de direitos a que estão expostas.

Quanto à variável raça/cor, observa-se que a maioria das crianças e adolescentes se autodeclarou negra (pretas e pardas), correspondendo a 74% do total. As crianças e adolescentes brancas que tiveram partos registrados representaram 19,7%, seguidas pelas indígenas (2,7%) e amarelas (0,3%). Em 3,3% dos registros não havia informação sobre raça/cor, o que indica proporção de dados não preenchidos no sistema.

Nascidos vivos de crianças e adolescentes com 17 anos ou menos por raça/cor (2019-2023)



A análise revela que a gravidez em crianças e adolescentes negras ocorre 3,75 vezes mais do que entre brancas. A predominância de crianças e adolescentes negras e indígenas nesse grupo etário não pode ser interpretada apenas como dado demográfico, mas como reflexo de desigualdades históricas e estruturais. Diversos estudos apontam que mulheres e meninas racializadas estão mais expostas à violência sexual, à vulnerabilidade socioeconômica e à maternidade forçada na infância e adolescência, resultantes de um processo histórico que remonta à colonização e à escravidão.

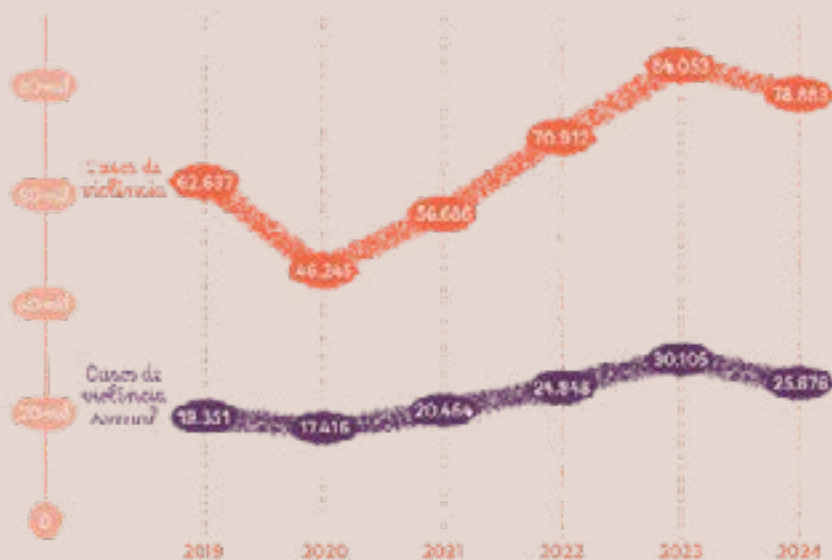
Nesse contexto, a sexualização precoce de corpos negros e indígenas — frequentemente naturalizada socialmente — contribui para que essas adolescentes sejam mais frequentemente alvo de relações desiguais de poder, em que o consentimento é fragilizado ou inexistente. Assim, os dados aqui apresentados revelam não apenas um perfil sociodemográfico, mas também a persistência de padrões de exploração e opressão de gênero e raça que atravessam gerações.

Violência contra crianças e adolescentes

Entre 2019 e 2024, o Sinan registrou 399.416 casos de violência contra crianças e adolescentes de 8 a 17 anos do sexo feminino, sendo que, entre 2020 e 2023, os registros de violência nessa faixa etária saltaram de 46.245 para 84.053 casos — um aumento superior a 80%.

Desses, 137.860 (34,52%) casos envolviam violência sexual, sendo que, entre 2020 e 2023, também houve um salto representativo de 72,8% dos casos.

Casos de violência contra crianças e adolescentes de 8 a 17 anos por ano (2019-2024)



Esse salto pode ser explicado por diversos fatores. Uma das hipóteses é que, durante o período da pandemia de COVID-19 (2020–2022), tenha havido subnotificação ou preenchimento inadequado dos registros de violência, em decorrência da sobrecarga dos serviços públicos e de saúde (FBSP, 2021). Ademais, a procura por serviços de saúde em situações de violência pode ter sido significativamente impactada pelas medidas de isolamento social então vigentes. Por outro lado, o aumento observado no período subsequente também pode refletir avanços na conscientização quanto à obrigatoriedade da notificação, bem como o fortalecimento e a ampliação de políticas públicas voltadas à proteção da infância e da adolescência.

Em termos de raça-cor, 61,69% das crianças e adolescentes atingidas pela violência sexual são negras e 31,01% são brancas. Os dados também indicam que 1,76% das vítimas são indígenas e 0,85% são amarelas, enquanto 4,7% dos registros não informam raça ou cor.

Deve-se considerar as limitações no preenchimento dos dados do SINAN relacionadas a preenchimento incompleto e inconsistências. Na questão raça-cor, além da possibilidade deste campo não ser preenchido no formulário e da autodeclaração, o letramento racial das pessoas que registram ou reportam os casos pode afetar os dados. Quando a raça/cor é marcada como desconhecida, o sistema de saúde falha em visibilizar as desigualdades, impede a formulação de políticas públicas eficazes e se exime de responsabilidade por práticas que impactam desigualmente grupos raciais diferentes.

Em termos de faixa etária, as violências sexuais somam 5,54% dos casos aos 8 anos de idade e 6,08% dos casos aos 9 anos. Aumentam progressivamente a partir dos 10 anos (6,95%), chegando a 9,61% dos casos aos 11 anos e se destacando nas idades entre 12 e 14 anos, que concentram os maiores percentuais: 12 anos (15,06%), 13 anos (20,93%) e 14 anos (14,54%). A faixa etária dos 15 anos concentra 8,93% dos casos; a dos 16 anos, 7,06% e, aos 17 anos, são 5,3% dos casos.

Crianças e adolescentes vítimas de estupro de 8 a 17 anos por idade (2019-2024)



Já em termos regionais, os casos de violência sexual registrados no Sinan contra crianças e adolescentes (8-17 anos) entre 2019 e 2024 se concentram principalmente no Sudeste (30,68%) e no Nordeste (19,12%), seguidos pelo Sul (18,4%), pelo Norte (17,7%) e pelo Centro-Oeste (8,6%).

Dentre os 137.860 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes de 8 a 17 anos notificados entre 2019 e 2023, há notificação de 22.282 (16,16%) de casos que coincidem com gestação – o que pode significar que a violência foi praticada quando a criança ou adolescente estava gestante ou resultou em uma gestação. Esse dado é especialmente relevante, pois aponta para possíveis situações de estupro de vulnerável e/ou negligência institucional.

Entre as crianças com 14 anos ou menos, há registro de 21.554 casos de gestação no Sinan, ou seja, de crianças que estão gestantes ao chegar no serviço de saúde e passaram por situações de violência entre 2019 e 2024. Todos esses casos deveriam coincidir com notificação de violência sexual em razão da presunção do crime nesta faixa etária. Apenas 18.130 (84,11%) deles, contudo, coincidem com notificação de violência sexual, o que denota o fato de que 3.424 (15,89%) dos casos não foram notificados adequadamente.

Nesses casos, 75,67% das crianças e adolescentes atingidas são negras, 17,01% são brancas, 4,33% são indígenas, 0,87% são amarelas e 2,13% dos dados não informam raça-cor. Essa informação permite concluir que a gestação decorrente de violência sexual atinge de forma desproporcional – isto é, 4,4 vezes mais – a crianças e adolescentes negras.

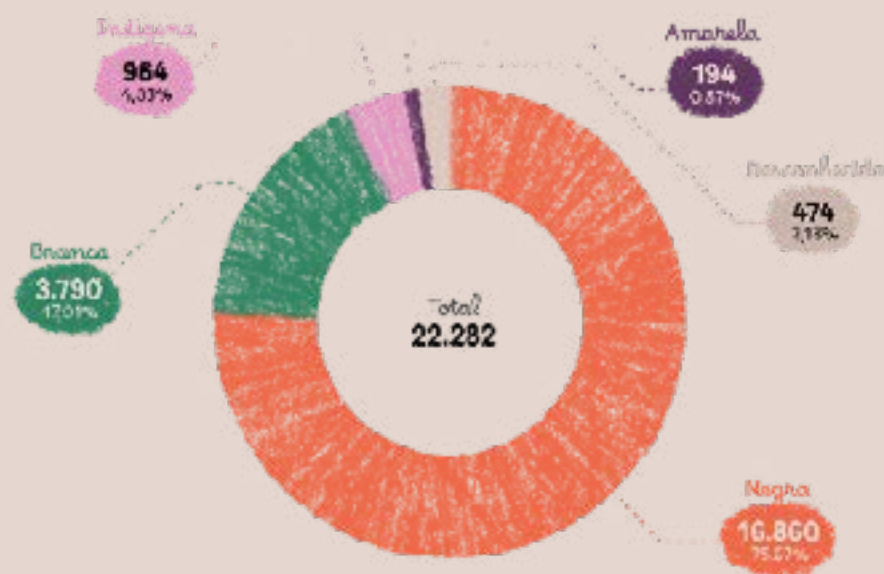
Além disso, a maior parte dessas crianças e adolescentes têm entre 12 e 14 anos: 37,36% têm 13 anos, 25,62% têm 14 anos e 14,7% têm 12 anos. As demais idades distribuem-se da seguinte forma: 8,28% têm 15 anos, 5,82% têm 16 anos, 4,54% têm 17 anos, 3,67% têm 11 anos e 0,01% tem 10 anos.

A concentração da violência sexual e das gestações nessa faixa etária pode demonstrar relação com a puberdade – período em que o corpo passa a ser socialmente sexualizado, ainda que se trate de crianças e adolescentes em desenvolvimento. Esse padrão pode revelar como as relações de gênero e poder estruturam a violência sexual, naturalizando a objetificação e o controle sobre corpos femininos desde muito cedo. O aumento das notificações nessa faixa etária não reflete uma “descoberta” da sexualidade, mas sim a exposição precoce de meninas a contextos de vulnerabilidade. Nesse contexto, por exemplo, estudos apontam que o abuso sexual tem por um de seus efeitos a menarca precoce e o desenvolvimento antecipado de

características sexuais secundárias, enquanto outros tipos de maus-tratos não apresentaram esse mesmo efeito (MENDLE; RYAN; MCKONE, 2016).

Não se tratam, portanto, de “casos isolados”, mas sim de um padrão estrutural de violência baseada em gênero, em que a desigualdade entre homens e mulheres se expressa na sexualização precoce de crianças e adolescentes. Em outras palavras, esses números não refletem “escolhas reprodutivas” individuais, mas sim as consequências estruturais das desigualdades de gênero: crianças e adolescentes que ainda estão no início da adolescência, em pleno desenvolvimento físico e emocional, são submetidas à maternidade forçada como resultado de relações desiguais de poder, abuso e controle sobre seus corpos. Assim, a gestação na infância deve ser entendida não como um fenômeno isolado, mas como um indicador extremo das violações de direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes no Brasil.

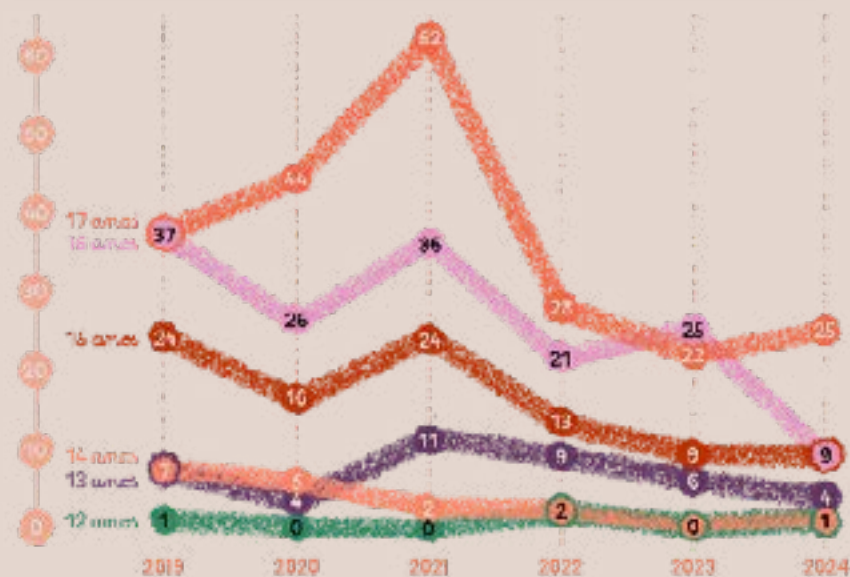
Casos de intersecção entre violência sexual e gestação em crianças e adolescentes de 8 a 17 anos por raça/cor (2019-2024)



Mortalidade no ciclo gravídico-puerperal entre crianças e adolescentes de 12 a 17 anos

A **mortalidade** no ciclo gravídico-puerperal entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos é 38% maior do que entre pessoas acima de 20 anos (FEBRASGO, 2025). Entre 2019 e 2024, registraram-se 529 óbitos em crianças e adolescentes de 12 a 17 anos, com maior concentração aos 16–17 anos, mas ocorrências já a partir dos 12 anos. Esses dados revelam gestações em contextos de vulnerabilidade extrema, incluindo violência sexual e casamento infantil.

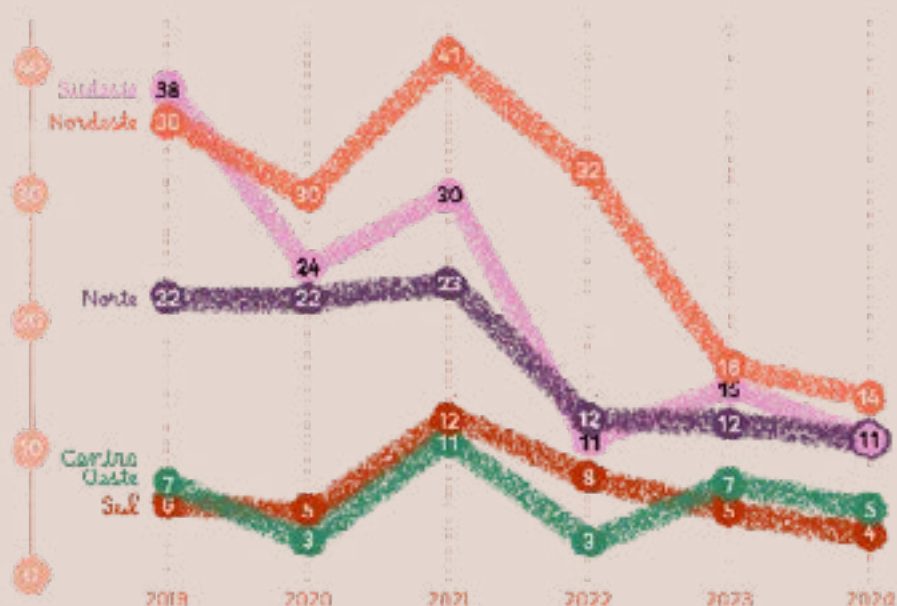
Número de óbitos de crianças e adolescentes de 12 a 17 anos por idade e ano (2019-2024)



O pico foi registrado em 2021, com 135 casos, seguido de uma redução progressiva até 2024, quando foram contabilizados 49 casos. Em 2021, observou-se um aumento de 54,19%, sendo que aproximadamente metade dos óbitos esteve diretamente associada à COVID-19 (ALENCAR; BASTOS, 2025). A pandemia aprofundou desigualdades raciais e sociais já existentes, afetando de forma desproporcional pessoas negras, com menor escolaridade e com acesso limitado ao pré-natal (SOUZA; RIBEIRO, 2023). Ademais, a sobrecarga dos serviços de saúde restringiu o acesso à assistência obstétrica adequada, contribuindo para um retrocesso nos indicadores.

Entre 2019 e 2024, as regiões com maior concentração de mortes de crianças e adolescentes de 12 a 17 anos, em decorrência de gravidez, foram o Nordeste, com 169 registros (35,5%), o Sudeste, com 129 casos (27,1%), e o Norte, com 102 ocorrências (21,4%).

Número de óbitos de crianças e adolescentes de 12 a 17 anos por região e ano (2019-2024)



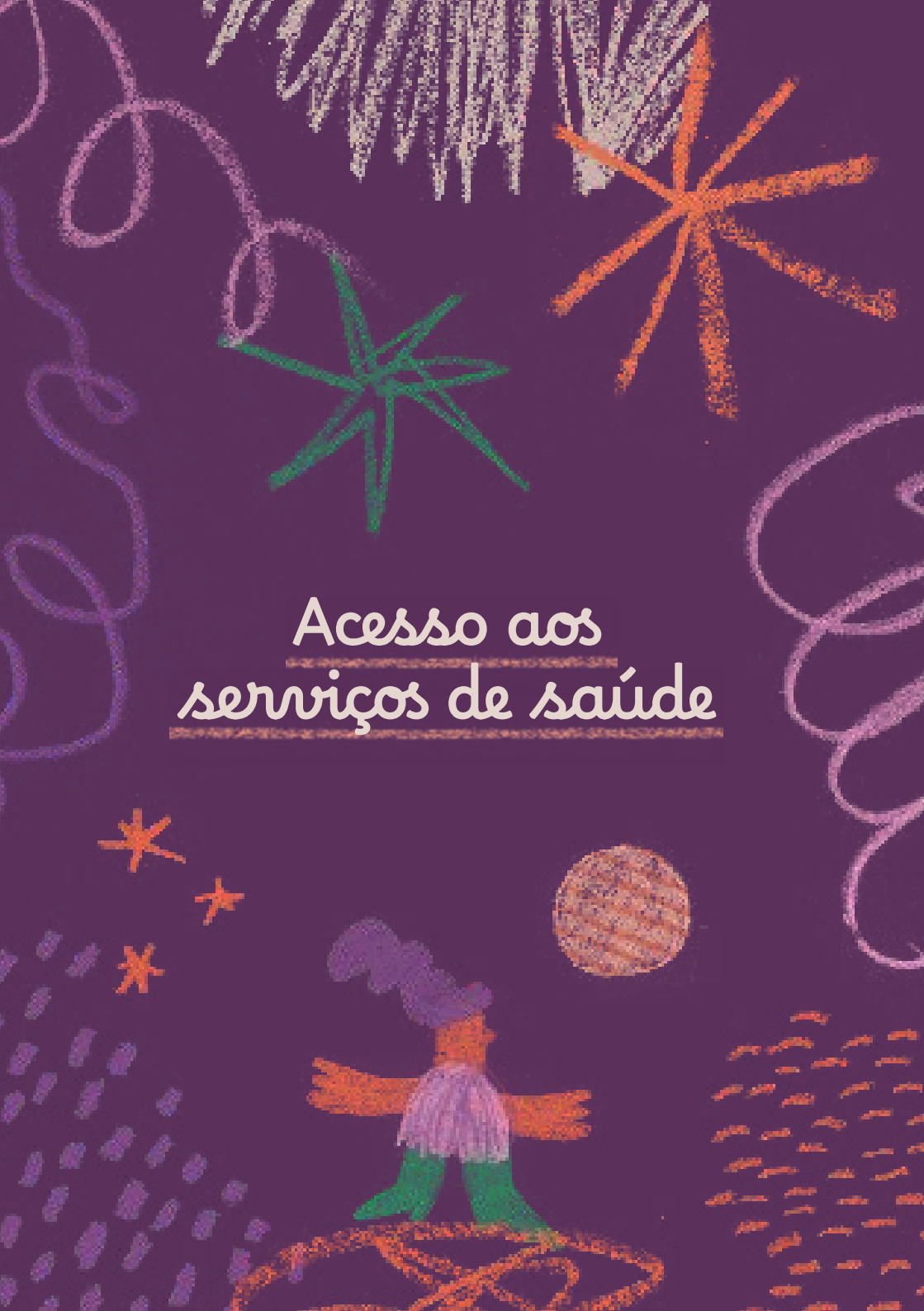
Pará, Maranhão, São Paulo e Rio de Janeiro concentram os maiores números absolutos, enquanto Amapá e Rondônia apresentam os menores.

Em termos de faixa etária e raça/cor, observa-se que quase 70% dos óbitos no ciclo gravídico-puerperal ocorreram entre adolescentes pardas (59,17%) e pretas (10,02%), evidenciando a forte associação entre desigualdades raciais e maior risco obstétrico, indicando que crianças e adolescentes negras apresentam aproximadamente o dobro do risco de morte por causas obstétricas quando comparadas às brancas, mesmo após o controle por fatores socioeconômicos e assistenciais, o que revela o impacto do ra-

cismo estrutural e institucional na produção desses desfechos (HOMAN et al., 2021; DANTAS-SILVA et al., 2024). Esse cenário é agravado pela violência obstétrica, que incide de forma desproporcional sobre crianças, adolescentes e pessoas negras usuárias do SUS, contribuindo para atrasos no diagnóstico, manejo inadequado de complicações e maior probabilidade de óbito evitável (LIMA et al., 2021).

As principais causas obstétricas (CID-10) foram hipertensão, descolamento prematuro de placenta e eclâmpsia, condições majoritariamente evitáveis com acompanhamento adequado (PEREIRA et al., 2025; OMS, 2022). Quanto ao procedimento, houve predominância de cesarianas (94; 28,5%) e partos normais (86; 26,1%), proporção de cesáreas superior àquela associada a melhores desfechos populacionais segundo a OMS, que indica que taxas acima de 10–15% não produzem redução adicional da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). A concentração dos óbitos no puerpério imediato e sua ocorrência majoritária em ambiente hospitalar reforçam que o acesso ao serviço, isoladamente, é insuficiente, evidenciando a necessidade de qualificação da assistência obstétrica e do cuidado contínuo no ciclo gravídico-puerperal, especialmente entre crianças e adolescentes em contextos de maior vulnerabilidade.

O período de 2019 a 2024 evidencia a persistência de profundas desigualdades sociais, raciais e territoriais que ampliam de forma significativa o risco obstétrico no país. Diante desse cenário, torna-se urgente o fortalecimento de políticas de saúde sexual e reprodutiva que assegurem o acesso universal a métodos contraceptivos, educação sexual integral e apoio psicossocial, especialmente para populações em maior situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2015; OMS, 2022). Ademais, é imprescindível a qualificação da assistência obstétrica, com especial atenção às regiões Norte e Nordeste, por meio da capacitação contínua das equipes de saúde, da atualização de protocolos clínicos e da ampliação da infraestrutura dos serviços, de modo a reduzir iniquidades regionais e prevenir desfechos evitáveis (AZEVEDO; TEIXEIRA, 2023; GALVÃO et al., 2023).



Acesso aos serviços de saúde

Crianças e adolescentes de 8 a 17 anos enfrentam barreiras persistentes ao acesso à saúde sexual e reprodutiva — como ausência de confidencialidade, medo de julgamento, baixa testagem para ISTs e oferta restrita e desigual de contraceptivos, especialmente dos métodos de longa duração — o que amplia vulnerabilidades e contribui para gestações precoces e não planejadas (REIS et al., 2024). Embora o SUS preveja a disponibilização de diferentes métodos contraceptivos, a oferta efetiva é marcada por falhas de distribuição, capacitação das equipes e enfrentamento do estigma, com impactos mais acentuados nas regiões Norte e Nordeste (SANTOS et al., 2024).

Nesse contexto de vulnerabilidade, a gestação na infância e na adolescência está fortemente associada à violência sexual, ao casamento infantil, ao início sexual precoce e às desigualdades sociais, colocando o Brasil em posição crítica (BRAGA et al., 2021; FIOCRUZ, 2023). Essas gestações expõem adolescentes a maiores riscos de pré-eclâmpsia, anemia, parto prematuro e mortalidade gravídico-puerperal, o que torna essencial uma assistência pré-natal qualificada, livre de julgamentos, com rastreamento de riscos e suporte psicossocial (JEHA et al., 2015; OMS, 2023; BRASIL, 2012). Nos casos de violência sexual, o cuidado em saúde deve garantir acolhimento, anticoncepção de emergência, profilaxias e encaminhamentos conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

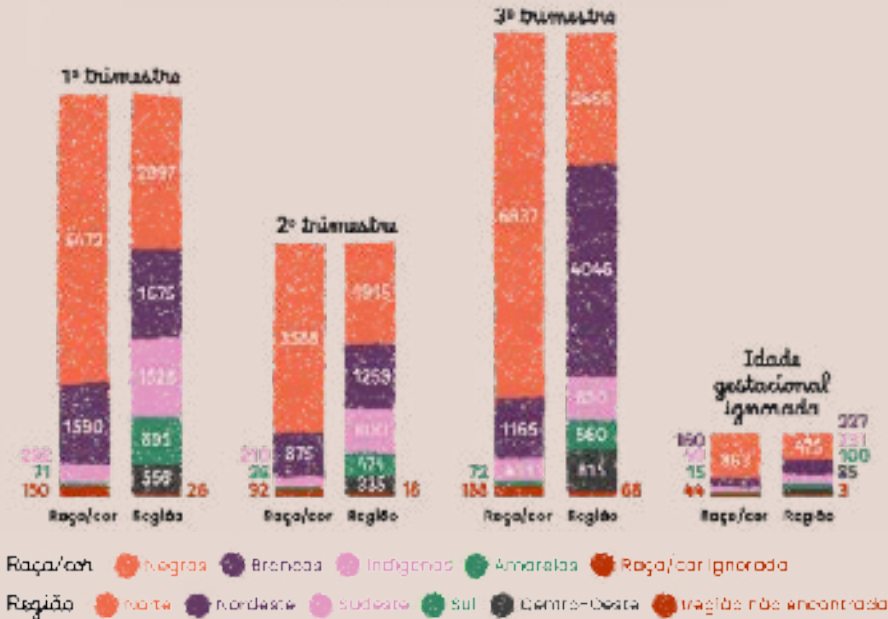
Nos casos de crianças e adolescentes com menos de 14 anos, a gestação decorre de estupro de vulnerável, e o acesso ao aborto legal constitui direito garantido, independentemente de boletim de ocorrência ou autorização judicial. A Resolução nº 258/2024 do CONANDA (BRASIL, 2025) reforça o direito à proteção integral e ao atendimento humanizado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A norma determina que o Sistema de Garantia de Direitos assegure acesso à informação e à saúde, acesso ao aborto legal, escuta especializada sem culpabilização, sigilo e respeito à autonomia de crianças e adolescentes e prevenção da violência psicológica e institucional.

Junto à Resolução nº 258/2024, todo o ordenamento jurídico brasileiro forma um arcabouço integrado de atendimento às crianças e adolescente vítimas de violência sexual, garantindo: atendimento padronizado, caminhos clínicos claros para aborto legal, escuta especializada, proteção da privacidade e medidas para evitar revitimização institucional. Destacam-se: Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, Constituição Federal (Art. 227), ECA, Código Penal (tipificação do estupro de vulnerável

e previsão de aborto legal nos casos previstos em lei), Lei da Escuta Protegida (Lei nº 13.431/2017) e normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde, incluindo a Portaria n. 1.508/2005 e a diretriz Atenção Humanizada ao Abortamento (2014).

Entre 2019–2024, foram notificados 137.860 casos de gestação decorrente de violência sexual em crianças e adolescentes (8-17 anos). Destes, 39,38% foram identificados apenas no terceiro trimestre, atrasando o acesso aos cuidados em saúde. A maior parte das vítimas que chega tardiamente aos serviços é negra (79%), seguida de brancas (13,28%), indígenas (4,7%) e amarelas (0,8%). No primeiro trimestre, há redução proporcional de pessoas negras e aumento de brancas. Esses dados demonstram o impacto do racismo estrutural no acesso à saúde sexual e reprodutiva (DANTAS-SILVA et al, 2024; IPEA, 2021). Regionalmente, os casos tardios concentram-se no Nordeste (46,1%) e Norte (27,87%), revelando desigualdades no reconhecimento da gestação e no acesso a serviços e direitos, como o aborto legal.

Agravos de violência sexual coincidentes com gestação por raça/cor, região e período de notificação



Os casos de notificação tardia evidenciam falhas estruturais que limitam a autonomia reprodutiva garantida pelo ECA. A OMS (2022) recomenda ampliar o acesso ao aborto seguro e ao acolhimento sem estigma. Mesmo com previsões legais (BRASIL, 2014), o país mantém poucos serviços ativos, concentrados em capitais, dificultando o atendimento de adolescentes vítimas de violência. Propostas recentes, como o PL 1904/2024 e o PL 2254/2024, que pretendem equiparar o aborto realizado após as 22 semanas gestacionais ao crime de homicídio, criam novas barreiras, afetando sobretudo crianças e adolescentes cuja gestação só é identificada tardiamente ou que demoram a conseguir chegar ao serviço de saúde, muitas vezes no terceiro trimestre.

Entre 2019–2024, registraram-se 1.214 casos de peregrinação de crianças e adolescentes de 8 a 17 anos para acesso ao aborto legal, incluindo 476 deslocamentos entre municípios ou estados. Os atendimentos se concentraram em Recife (29), Salvador (18), São Paulo (14), Manaus (12), Brasília (12) e Rio de Janeiro (11), com trajetos que chegaram a superar 1.600 km.

Distância percorrida por crianças e adolescentes vítimas de violência sexual para acesso ao aborto legal (2019-2024)

Classificação	Critério territorial	Distância média estimada	Porcentagem
Curta	Dentro do mesmo município ou região metropolitana	Até 100 km	85% (1039 crianças/adolescentes)
Media	Intermunicipal/interior para capital	100 a 300 km	11% (133 crianças/adolescentes)
Longa	Interestadual/interior para capital	300 a 500 km	1,46% (18 crianças/adolescentes)
		500 a 1000 km	1,07% (11 crianças/adolescentes)
		Acima de 1000 km	1,07% (11 crianças/adolescentes)

Sabe-se que a dificuldade de acesso aumenta o risco de abortos inseguros (BARR-WALKER et al., 2019). Por sua vez, o Estado deve garantir transporte e hospedagem quando o atendimento ocorre fora da região (BRASIL, 1999). Dessa forma, para evitar a peregrinação e assegurar o direito legal, são necessárias a descentralização dos serviços, a capacitação das equipes e um acolhimento sigiloso (BRASIL, 2014).



Gravidez e casamento na infância e na adolescência

O **casamento infantil**, definido no âmbito das Nações Unidas como qualquer união formal ou informal envolvendo pessoas com menos de 18 anos, é amplamente reconhecido como uma violação dos direitos humanos e uma forma de violência de gênero (UNFPA, 2012). O uso da terminologia “casamento infantil” deve atentar para o fato de que o fenômeno se dá, em sua maioria, com adolescentes (PLAN INTERNATIONAL, 2019).

Apesar das legislações nacionais que proíbem essa prática¹, ela persiste em diferentes partes do mundo, impulsionada por fatores como pobreza, desigualdade de gênero, normas culturais discriminatórias e baixa escolarização (PLAN INTERNATIONAL, 2019; UNFPA, 2012). Embora meninos também possam ser afetados, as meninas são desproporcionalmente impactadas — enfrentando maiores riscos à saúde, à educação, à autonomia e ao exercício de seus direitos (PLAN INTERNATIONAL, 2019).

Na América Latina, os casamentos infantis e uniões precoces ocorrem majoritariamente de forma informal e consensual, muitas vezes envolvendo meninas na infância ou adolescência e homens adultos (PLAN INTERNATIONAL, 2019). O Brasil se destaca negativamente nesse cenário: segundo o Atlas da organização Girls not Brides (2024), 26% das meninas se casam formal ou informalmente antes dos 18 anos no Brasil, e 6%, antes dos 15 anos. Em 2023, o Brasil registrou formalmente a média de 15.300 casamentos ao ano envolvendo pessoas com menos de 18 anos (ARPEN BRASIL, 2023). Segundo dados do Censo 2022, publicados pelo IBGE, 34 mil crianças e adolescentes de até 14 anos vivem em união conjugal no Brasil (MUNIZ, 2025). Destas, aproximadamente 70% (cerca de 24 mil) são negras. O estado de São Paulo concentra o maior número absoluto de crianças e adolescentes nessa situação (4.722 pessoas), enquanto o Amazonas apresenta a maior proporção relativa, com 0,11% das uniões envolvendo pessoas dessa faixa etária.

¹ No Brasil, desde a Lei nº 13.811/2019 (BRASIL, 2019), é proibido o casamento de pessoas menores de 16 anos. Adolescentes entre 16 e 18 anos só podem se casar com autorização dos responsáveis ou decisão judicial, conforme o Código Civil. O país também é signatário de normas internacionais que tratam do tema. A Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), ratificada pelo Brasil em 1990, afirma o dever estatal de proteger integralmente crianças e adolescentes. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) determina que o casamento deve ocorrer com consentimento livre e pleno, o que exige maturidade e capacidade legal. A CEDAW (1979), especialmente em seu artigo 16, reforça que o casamento deve ocorrer em condições de igualdade, sendo incompatível com uniões precoces ou forçadas. Tanto a CEDAW (Recomendação Geral nº 21/1994) quanto o Comitê da ONU sobre os Direitos da Criança recomendam que os países adotem 18 anos como idade mínima legal, sem exceções, para garantir o pleno exercício dos direitos individuais.

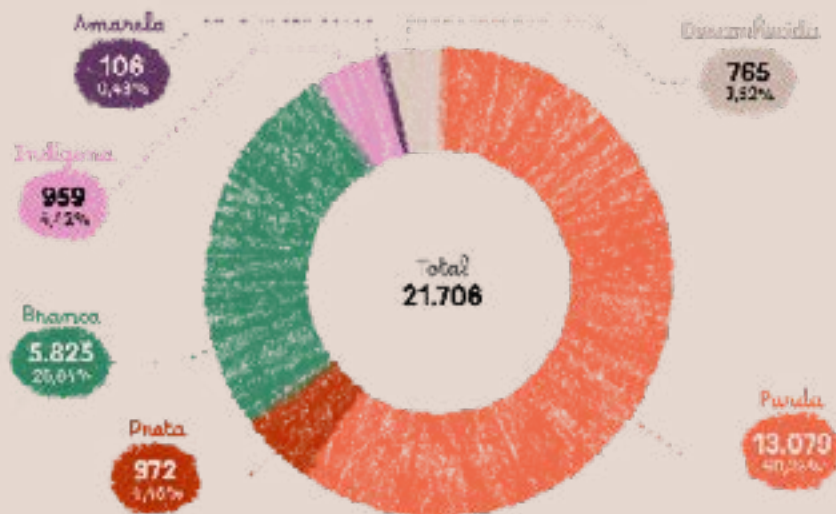
Essas uniões precoces representam graves ameaças à vida e ao futuro de crianças e adolescentes. Frequentemente essas relações acabam favorecendo a gravidez na adolescência — com maior risco de complicações e mortalidade no ciclo gravídico-puerperal, o abandono escolar, limitação de oportunidades econômicas, manutenção intergeracional da pobreza e da desigualdade, maior vulnerabilidade à violência por parceiros íntimos e restrição do seu direito à infância e à liberdade — tendo esses riscos aumentados em crises epidemiológicas e climáticas (ONU, 2023; PLAN INTERNATIONAL, 2023; UNICEF, 2021; UNFPA, 2013; WONDON, TAVARES, MALE, LOUREIRO, 2018). Entre 2019 e 2023, foram registrados casos de violência contra 15.984 crianças e adolescentes gestantes e solteiras, entre 8 e 17 anos, e 3.852 casadas ou que já haviam sido casadas nos dados do SINAN.

Entre 2019 e 2023, foram registrados 20.903 mil nascimentos dentro de casamentos infantis. Além deles, o Sistema de Nascidos Vivos registrou outros 803 bebês que nasceram de crianças e adolescentes que estavam divorciadas, separadas judicialmente (541) ou viúvas (262).

Do total de 21.706 nascidos vivos de crianças e adolescentes casadas ou que já foram casadas (incluindo as divorciadas, separadas judicialmente ou viúvas), 3.388 se tratavam da segunda ou mais gestações. Em outras palavras, aproximadamente 16% das gestações de crianças e adolescentes que são ou já foram casadas não é a primeira. A média anual é de 4.341 nascimentos dentro desse contexto.

Apesar de se notar uma queda ao longo dos anos, vale destacar que essa realidade continua marcada por profundas desigualdades raciais: aproximadamente 65% (14.051) dos nascimentos são de crianças e adolescentes negras casadas ou que já foram casadas, sendo 60,25% (13.079) pardas e 4,48% pretas (972). Em sequência, há o registro de 26,84% (5825) nascidos vivos de crianças e adolescentes brancas, seguidas por 4,42% (959), indígenas; 3,52% (765) de raça/cor desconhecida, e 0,49%, amarelas (106).

Nascidos vivos de crianças e adolescentes de 17 anos ou menos que já foram casadas por raça/cor (2019-2023)

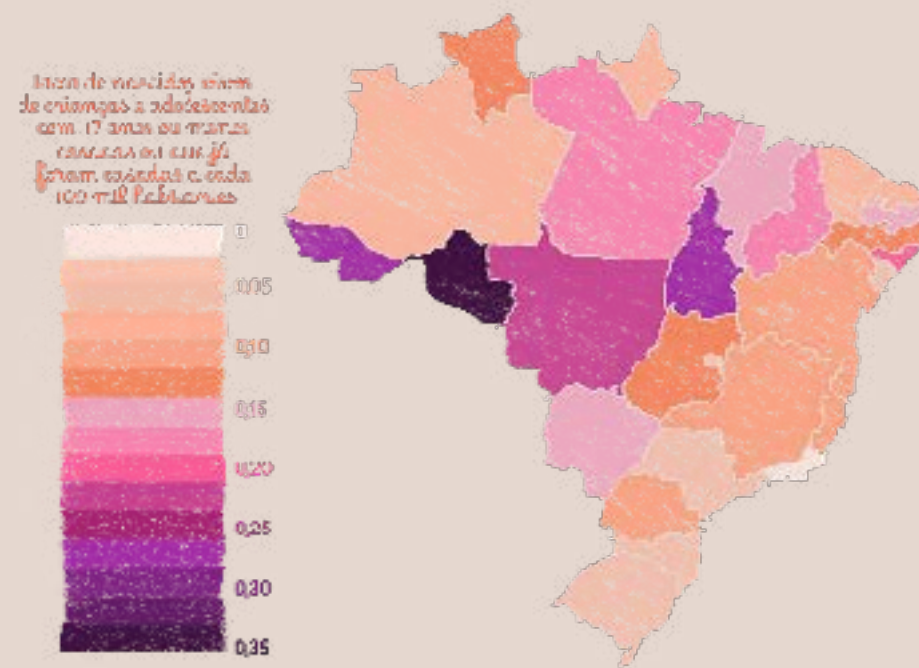


O casamento na infância e na adolescência está fortemente associado à distorção idade-série – conceito que será melhor discutido no tópico seguinte –, sobretudo entre crianças e adolescentes de 11 a 13 anos, faixa etária que marca o início do Ensino Fundamental II. É importante destacar que, desde 2002, a idade núbil é definida pelo Código Civil como 16 anos, mas desde 2019 (marco inicial da base de dados aqui trabalhada), o casamento antes dessa idade é expressamente proibido e que qualquer relação sexual envolvendo crianças e adolescentes de até 14 anos configura estupro de vulnerável.

Aos 11 anos, a proporção de distorção idade-série entre as crianças e adolescentes casadas ou que já foram casadas é de 70,83%, enquanto a das solteiras é de 39,82%. Já aos 12 anos, a diferença se amplia para mais que o dobro: 42,86% das crianças e adolescentes casadas já possuem distorção idade-série, enquanto entre as solteiras esse índice cai para 18,9%. Aos 13 anos, a desigualdade persiste: a taxa de distorção idade-série é duas vezes maior entre as crianças e adolescentes casadas (23,26%) do que entre as solteiras (11,26%). Em resumo, entre 12 e 13 anos, crianças e adolescentes casadas ou que já foram casadas apresentam mais que o dobro de defasagem escolar em relação às solteiras.

Ao se tratar de território, Rondônia se destaca com a maior proporção desta ocorrência por mil habitantes (0,325), seguido pelo Acre (0,275), Tocantins (0,262), Mato Grosso (0,232), Alagoas (0,187), Pará (0,177), Piauí (0,172), Paraíba (0,161), Maranhão (0,153) e por fim, Mato Grosso do Sul (0,151).

Nascidos vivos de crianças e adolescentes de 17 anos ou menos que já foram casadas por UF (2019-2023)



Os dados mostram que a maior concentração de nascidos vivos de crianças e adolescentes casadas ou que já foram casadas está na região Nordeste, com 7.102 registros, o que corresponde a 32,72% do total. Em seguida aparece o Sudeste, com 6.422 casos, equivalente a 29,59%. A região Norte registra 3.001 nascidos vivos, representando 13,81%, enquanto o Sul soma 2.505, correspondendo a 11,54%. Já o Centro-Oeste apresenta 2.216 registros, o que equivale a 10,2% do total. Por fim, há 460 (2,12%) casos com dados regionais não informados.



Distorção idade-série

A **distorção idade-série** ocorre quando estudantes têm uma diferença de dois ou mais anos entre a idade recomendada e o ano escolar em que estão matriculados. Esse fenômeno resulta, em grande parte, de repetências, abandono temporário ou ingresso tardio na escola, e funciona como um importante indicador de desigualdades no processo educacional (UNICEF, 2018).

De acordo com o art. 4º, inciso I, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), a educação básica no Brasil é obrigatória e gratuita dos 4 aos 17 anos, sendo organizada em três etapas: pré-escola, ensino fundamental e ensino médio. Apesar dos avanços recentes, a distorção idade-série ainda atinge milhões de crianças e adolescentes.

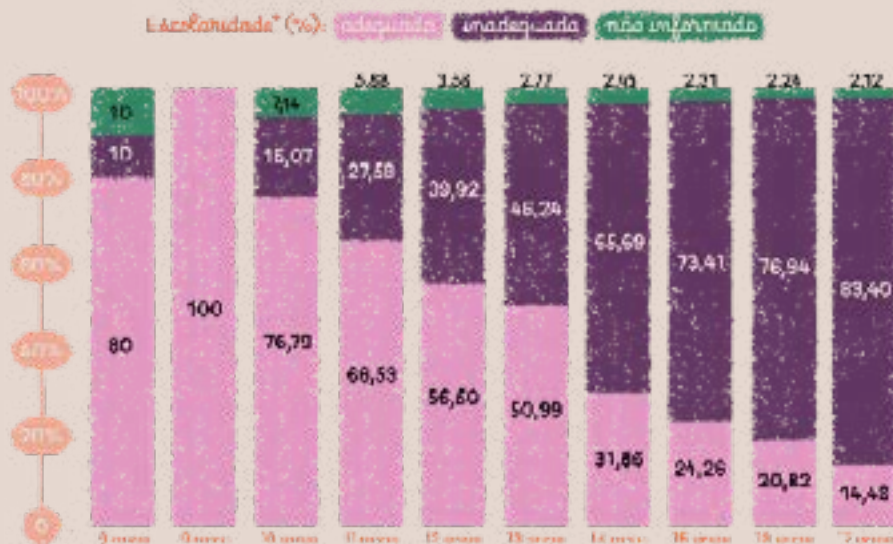
Em 2024, contudo, o índice nacional de distorção idade-série foi de 7,1% nos anos iniciais do ensino fundamental, 15,7% nos anos finais e 17,8% no ensino médio. No caso das alunas do sexo feminino, tem-se uma média nacional de 6% nos anos iniciais do ensino fundamental, 12,5% nos anos finais e 14,8% no ensino médio (UNICEF, 2024; BENEVIDES et. al, 2024; Inep, [s.d.]). A gravidez e a necessidade de dedicação a afazeres domésticos são apontadas por meninas e mulheres de 14-29 anos como as principais razões para o abandono escolar (IBGE, 2025).

Esses índices se tornam mais críticos quando observados sob a ótica da gravidez na infância e na adolescência. Dentre as crianças e adolescentes (8-17 anos) que tiveram partos registrados, a taxa de inadequação da escolaridade para a idade é alarmante.

Entre 2019 e 2023, o Brasil registrou 82.604 nascidos vivos de crianças de 8 a 14 anos, ou seja, gestações resultantes de estupro presumido (BRASIL, 1940). Nessa faixa etária, predominam os nascidos vivos de crianças com 14 anos (76,5%) e 90,34% apresentaram escolaridade abaixo do esperado para a idade.

Nas demais faixas etárias, o número de crianças com escolaridade inadequada para a idade também é crítico. Entre as crianças de 8 anos que tiveram partos registrados, 10% apresentou escolaridade inadequada. Na faixa etária de 10 anos, a taxa de inadequação foi de 16,07%. Aos 11 anos, 27,59% das crianças que tiveram partos registrados tinham nível escolar inadequado para a idade. Esse número cresce para 39,92% aos 12 anos e 46,24% aos 13 anos, saltando novamente na adolescência, com taxas de 73,42% aos 15 anos; 76,94% aos 16 anos e 83,4% aos 17 anos.

Nível escolar de crianças e adolescentes de 8 a 17 anos com partos registrados por idade (2019-2023)



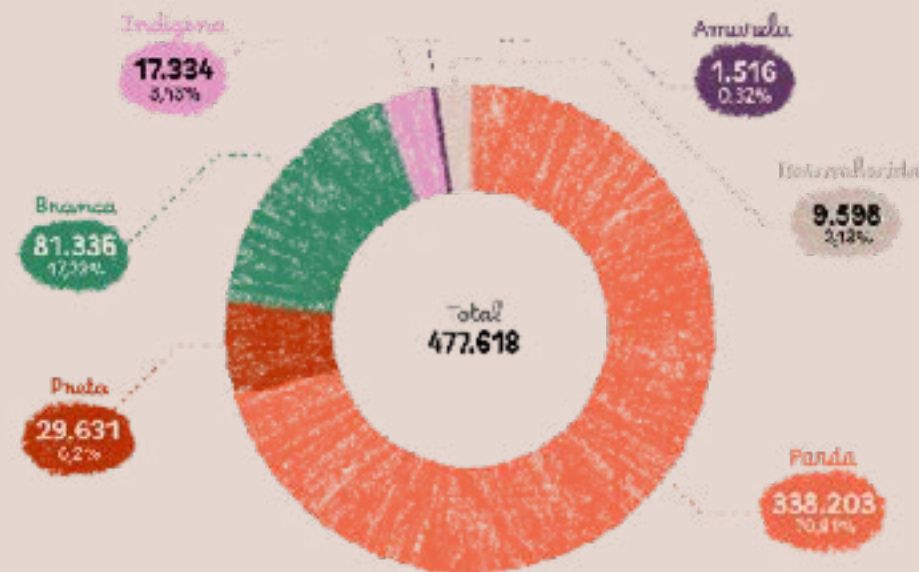
*Calculada conforme os parâmetros de idade adequada para cada escolaridade da UNICEF (2018).

Esses dados mostram que a maior parte dessas crianças ou adolescentes ainda estava cursando os anos iniciais ou intermediários do ensino fundamental no momento da gravidez, etapa em que deveriam estar avançando de forma regular sem interrupções.

Crianças e adolescentes negras são as mais afetadas pelos níveis de distorção idade-série, sendo que, dentre aquelas em que há registro de escolaridade inadequada, 70,81% são pardas e 6,2% são pretas – isto é, 77% são negras.

Na faixa etária de 8 anos, o registro de escolaridade inadequada é de criança parda; já na faixa etária de 10 anos, as crianças negras com partos registrados correspondem a 33,3% dos casos de inadequação do nível escolar; aos 11 anos, essa taxa sobe para 49,48%; na faixa de 12 anos, as adolescentes pretas e pardas correspondem a 56,9% dos casos de inadequação escolar; aos 13 anos, a taxa é de 62,9%; aos 14 anos, as adolescentes negras correspondem a 77,01% dos casos de inadequação escolar; aos 15 anos, são 77,21%; aos 16 anos, 77,14% e aos 17 anos, somam 76,9% dos casos de inadequação.

Nascidos vivos de crianças e adolescentes com 17 anos ou menos com nível de escolaridade inadequado por raça/cor (2019-2023)



Em relação às disparidades regionais, os casos de distorção da idade escolar se concentram nas regiões Nordeste (38,09%), Sudeste (23,13%), e Norte (20%). Todavia, essa análise não deve considerar apenas números absolutos, mas também a densidade demográfica do país: segundo o IBGE, em 2024, o Sudeste concentrava 41,69% da população brasileira, o Nordeste 26,87% e o Norte 8,79%. Isso significa que, se comparados com a concentração de nascidos vivos de crianças e adolescentes, há incidência desproporcional à densidade populacional nas regiões Norte e Nordeste.

Os desvios observados podem decorrer de múltiplos fatores, entre os quais desigualdades estruturais no acesso à educação — vulnerabilidade socioeconômica, menor investimento público, déficit de vagas e infraestrutura, taxas elevadas de evasão e trabalho infantil.

A taxa de distorção idade-série revela uma das consequências mais graves da violência sexual e da gestação na infância e na adolescência: o impacto no direito à educação e no projeto de vida de crianças e adolescentes, especialmente negras.



Conclusão

A análise demonstra que a gravidez na infância e na adolescência no Brasil é um fenômeno estrutural, marcado por profundas desigualdades de gênero, raça, território e classe social, e intrinsecamente relacionado à violência sexual e às falhas na garantia de direitos. Os dados evidenciam que essas gestações não resultam de escolhas individuais, mas de um padrão reiterado de violações de direitos humanos que afeta de forma desproporcional crianças e adolescentes negras, indígenas, pobres e residentes em regiões com históricos vazios assistenciais, especialmente no Norte e no Nordeste.

Entre 2019 e 2023, o elevado número de nascimentos de crianças e adolescentes, em especial de crianças e adolescentes menores de 14 anos, confirma a centralidade do estupro de vulnerável como determinante das gestações infantis. A recorrência de gestações precoces, aliada à subnotificação da violência e às fragilidades dos sistemas de informação, revela limitações nas estratégias de prevenção, na proteção institucional e no acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Os achados também indicam riscos expressivos à saúde e à vida de crianças e adolescentes, com maiores taxas de complicações obstétricas, internações e mortalidade no ciclo gravídico-puerperal, sobretudo entre meninas negras. A predominância de causas evitáveis reforça a necessidade de fortalecimento da atenção primária, do pré-natal oportuno e da assistência obstétrica qualificada, considerando que crises como a pandemia da COVID-19 aprofundam desigualdades e restringem o acesso aos cuidados.

No campo dos direitos reprodutivos, persistem barreiras estruturais ao acesso ao aborto legal, incluindo a identificação tardia da gestação, a concentração de serviços e a violência institucional, agravadas por propostas legislativas restritivas. Soma-se a isso a associação entre gravidez e uniões na infância e adolescência, que evidencia a reprodução intergeracional de desigualdades, com impactos diretos na escolarização, na autonomia e nas perspectivas de vida das crianças e adolescentes.

Diante desse cenário, o enfrentamento da gravidez na infância e na adolescência requer respostas intersetoriais fundamentadas na justiça reprodutiva, na proteção integral e nos direitos humanos, com fortalecimento das políticas de prevenção da violência sexual, da educação sexual, do acesso a métodos contraceptivos, do acolhimento em saúde e da garantia do aborto legal.

Referências

ALENCAR, J. A.; BASTOS, P. R. H. O. de. Caracterização epidemiológica da mortalidade materna por Covid-19 no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350116pt>. Acesso em: 9 jan. 2026.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2021. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ano 15, 2021. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/2c290f1f-6b-52-4ba2-b1de-5bb33f7245fb>. Acesso em: 24 set. 2025.

ARPEN-BRASIL. Brasil possui média anual de 15 mil casamentos com menores de idade [Internet]. Brasília, 12 maio de 2023. Disponível em: https://arpenbrasil.org.br/press_releases/brasil-possui-media-anual-de-15-mil-casamentos-com-menores-de-idade/. Acesso em: 25 set. 2025.

AZEVEDO, M. C.; TEIXEIRA, I. Mortalidade materna na adolescência e cobertura de pré-natal na Região Norte do Brasil: análise temporal, 2018–2022. *SingularSH*, v. 1, n. 7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33911/singularsh.v1i7.277>. Acesso em: 9 jan. 2026.

BARR-WALKER, Jill; JAYAWEERA, Ruvani T.; RAMIREZ, Ana Maria; GERDTS, Caitlin. Experiences of women who travel for abortion: a mixed methods systematic review. *PLOS ONE*, v. 14, n. 4, p. e0209991, 09 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209991>. Acesso em: 12 jan. 2026

BENEVIDES, A. et al. Os avanços na redução da distorção idade-série: Ceará é o destaque. *Blog do IBRE (FGV)*, 11 set. 2024. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/os-avancos-na-reducao-da-distorcao-idade-serie-ceara-e-o-destaque>. Acesso em: 2 set. 2025.

BRAGA, J. C. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para pré-eclâmpsia: revisão sistemática da literatura. 2021. p. 37–49. Disponível em: <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/1727/1537>. Acesso em: 9 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 fev. 1999. Seção 1, p. 116 (ou conforme publicação original). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-do-conanda-n-258-de-23-de-dezembro-de-2024>. Acesso em: 11 dez. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 22 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 2 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13718.htm. Acesso em: 19 dez. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.811, de 12 de março de 2019. Confere nova redação ao art. 1.520 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), para suprimir as exceções legais permissivas do casamento infantil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 mar. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13811.htm. Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 15.353, de 8 de março de 2026. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever a presunção absoluta de vulnerabilidade da vítima do crime de estupro de vulnerável e para estabelecer a aplicação das penas desse crime independentemente da experiência sexual da vítima ou da ocorrência de gravidez resultante do estupro. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 mar. 2026. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/L15353.htm. Acesso em: 28 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 9 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno n. 4). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Aten%C3%A7%C3%A3o-humanizada-ao-abortamento-2014.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2020. Vol. 53 - nº 20, pg. 19. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>. Acesso em: 9 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS: Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência – “Prevenção da gravidez na adolescência, promovendo a saúde e garantindo direitos”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 9 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 9 jan. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Súmula nº 593, de 25 out. 2017. *Diário da Justiça Eletrônico*, Brasília, DF, n. 2314, 6 nov. 2017. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_593_2017_terceira_secao.pdf. Acesso em: 22 out. 2025.

DANTAS-SILVA, A. et al. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Revista de Saúde Pública*, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.202405800586>. Acesso em: 9 jan. 2026.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 28 de maio é o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher. São Paulo: FEBRASGO, 2025. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/2125-28-de-maio-e-o-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-e-dia-internacional-de-acao-pela-saude-da-mulher>. Acesso em: 12 jan. 2026.

FIOCRUZ; ISC/UFBA; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Sem deixar ninguém para trás: gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência. 2023. Disponível em: <https://brasil.unfpa.org/ptbr/publications/sem-deixar-ninguem-para-tras>. Acesso em: 11 dez. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Brasil reduz distorção idade-série, mas 13% dos estudantes do ensino fundamental público estão com dois ou mais anos de atraso escolar, alerta UNICEF. São Paulo, 4 jun. 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/brasil-reduz-distorcao-idade-serie>. Acesso em: 2 set. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Panorama da distorção idade-série no Brasil. São Paulo: UNICEF, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/461/file/Panorama_da_distorcao_idade-serie_no_Brasil.pdf. Acesso em: 2 set. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/16421/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf>. Acesso em: 3 out. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). 10 milhões de meninas a mais em risco de casamento infantil devido à Covid-19 [Internet]. Brasília, 8 mar. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/10-milhoes-de-meninas-a-mais-em-risco-de-casamento-infantil-devido-a-covid-19>. Acesso em: 25 set. 2025.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Maternidade precoce: The State of World Population 2013 [Internet]. Nova Iorque: UNFPA, 2013. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Marrying too young: end child marriage [Internet]. Nova Iorque: UNFPA, 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/marrying-too-young>. Acesso em: 25 set. 2025.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). The price of inequality: socioeconomic consequences of adolescent pregnancy and early motherhood in Latin America and the Caribbean. [S.l.]: UNFPA, jul. 2025. Disponível em: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-07/Milena_ENG_WEB_DOBLES%20%281%29.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

FURTADO, R. A. de A. Maternidade na infância e adolescência no Brasil: uma análise do RASEAN 2025, dados, legislação e violações de direitos. *SciELO Preprints*, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.13295>. Acesso em: 11 dez. 2025.

GALVÃO, L. R. et al. Maternal mortality in adolescents and young adults: temporal trend and correlation with prenatal care coverage in the state of Bahia, Brazil, 2000-2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 32, n. 2, e2023103, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200022>. Acesso em: 9 jan. 2026.

GIRLS NOT BRIDES. Atlas del matrimonio infantil [Internet]. [S.l.]: Girls Not Brides, 2024. Disponível em: <https://www.girlsnotbrides.es/aprendizaje-recursos/child-marriage-atlas/>. Acesso em: 25 set. 2025.

HOMAN, P.; BROWN, T. H.; KING, B. Structural intersectionality as a new direction for health disparities research. *Journal of Health and Social Behavior*, [S.l.], v. 62, n. 3, p. 350–370, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00221465211032947>. Acesso em: 9 jan. 2026.

IBGE. Indicadores educacionais avançam em 2024, mas atraso escolar aumenta. Agência de Notícias IBGE, 13 jun. 2025. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43699-indicadores-educacionais-avancam-em-2024-mas-atraso-escolar-aumenta>. Acesso em: 2 set. 2025.

INEP. Distorção idade-série é maior entre os meninos. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/centrais-de-contenido/noticias/censo-escolar/distorcao-idade-serie-e-maior-entre-os-meninos>. Acesso em: 2 set. 2025.

IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Atlas da violência 2021. Brasília: Ipea, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2026.

JEHA, D. et al. A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, v. 8, n. 1, p. 1–8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/NPM-15814038>. Acesso em: 9 jan. 2026.

LIMA, L. et al. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 4909–4918, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wbq3FqQH7HmVMYSp7Y9dntq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jan. 2026.

MENDLE, J.; RYAN, R. M.; MCKONE, K. M. Early childhood maltreatment and pubertal development: replication in a population-based sample. *Journal of Research on Adolescence*, v. 26, n. 3, p. 595–602, set. 2016. DOI: 10.1111/jora.12201. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28581653>. Acesso em: 27 set. 2025.

MUNIZ, B. Brasil tem 34 mil crianças e adolescentes de até 14 anos vivendo em uniões conjugais, mostra Censo. G1, 5 nov. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/centro/noticia/2025/11/05/pessoas-ate-14-anos-uniao-conjugal-centro.ghtml>. Acesso em: 5 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais (Protocolo de San Salvador). San Salvador, 17 nov. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3321.htm. Acesso em: 13 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). A cada 20 segundos uma adolescente se torna mãe na América Latina e no Caribe. ONU Brasil, 2025. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2025/03/1846066>. Acesso em: 26 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Unicef: múltiplas crises globais são luta crescente para erradicar casamento infantil [Internet]. ONU News, 2 maio 2023. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/05/1813732>. Acesso em: 25 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Abortion care guidelines. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em: 9 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Adolescent health. OMS – World Health Organization, 2025. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. Acesso em: 6 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Adolescent pregnancy: key facts and strategies. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 9 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>. Acesso em: 9 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23700650/>. Acesso em: 9 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Statement on Caesarean section rates. Geneva: World Health Organization, 2015. (WHO/RHR/15.02). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442>. Acesso em: 9 jan. 2026.

PEREIRA, P. O. B. et al. Maternal mortality due to abortion in Brazil: a temporal, regional, and sociodemographic analysis over the last three decades. *Healthcare*, v. 13, n. 8, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare13080951>. Acesso em: 9 jan. 2026.

PLAN INTERNATIONAL. Mudanças climáticas e educação de meninas: barreiras, normas de gênero e caminhos para a resiliência; Abaixo da meta: enfrentando a crise de financiamento climático para crianças. São Paulo: Plan International, 2023. Disponível em: <https://plan.org.br/estudos/estudo-mudancas-climaticas-genero-e-idade/>. Acesso em: 8 jan. 2026.

PLAN INTERNATIONAL. Tirando o véu: estudo sobre casamento infantil no Brasil [Internet]. São Paulo: Plan International, 2019. Disponível em: <https://plan.org.br/estudos/> <https-plan-org-br-wp-content-uploads-2019-07-tirando-o-veu-estudo-casamento-infantil-no-brasil-plan-international-pdf/>. Acesso em: 25 set. 2025.

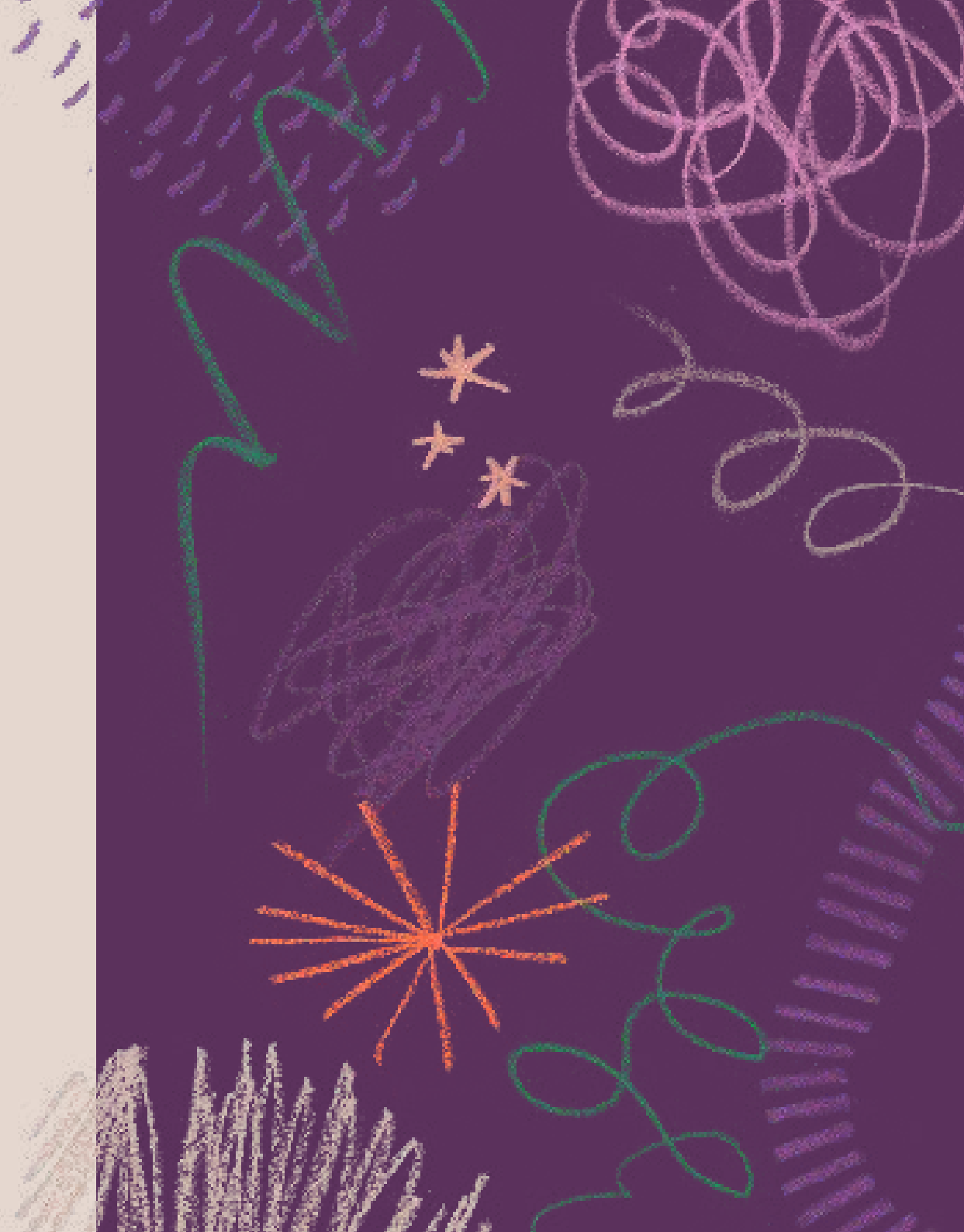
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Estupro de vulnerável: caracterização de crianças mães no Brasil: atualização 2023. 2025. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1rwHE1Mx0LzwQyeldJjESeA2G-dH6im12-/view>. Acesso em: 26 nov. 2025.

REIS, A. P. dos; RODRÍGUEZ, A. D. P. T.; BRANDÃO, E. R. Contraception as a value: stories of youth on the challenges of using and managing contraceptive methods. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2024/03/contraception-as-a-value.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2026.

SANTOS, A. M. D. et al. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT417122>. Acesso em: 9 jan. 2026.

SOUZA, V. T. F. S.; RIBEIRO, J. M. Análise das implicações da pandemia Covid-19 na mortalidade materna no Brasil em 2020-2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-das-implicacoes-da-pandemia-covid19-na-mortalidade-materna-no-brasil-em-20202021/19134>. Acesso em: 9 jan. 2026.

WODON, Q.; TAVARES, P.; MALE, C.; LOUREIRO, A. Casamento na infância e adolescência: a educação das meninas e a legislação brasileira [Internet]. Washington, D.C.: The World Bank, abr. 2019. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/657391558537190232/pdf/Casamento-na-Inf%C3%A2ncia-e-Adolesc%C3%A2ncia-A-Educa%C3%A7%C3%A3o-das-Meninas-e-a-Legisla%C3%A7%C3%A3o-Brasileira.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.





**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE

MINISTÉRIO DOS
DIREITOS HUMANOS
E DA CIDADANIA

GOVERNO DO
BRASIL
BRASIL 2016-2019