Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

OPEN ACCESS

doi.org/10.51891/rease.v12i11.31635

GRAVIDEZ EM MENINAS DE 10 A 14 ANOS NO ESTADO DE ALAGOAS: ANÁLISE DA TAXA, PERFIL DA GESTAÇÃO E DO NASCIMENTO

PREGNANCY AMONG GIRLS AGED 10 TO 14 YEARS IN THE STATE OF ALAGOAS: ANALYSIS OF THE RATE AND OF PREGNANCY AND BIRTH PROFILES

EMBARAZO EN NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS EN EL ESTADO DE ALAGOAS: ANÁLISIS DE LA TASA Y DEL PERFIL DE LA GESTACIÓN Y DEL NACIMIENTO

Martha Juciara Cavalcanti Santos[1]
Jessica dos Santos Bezerra[2]
Ercilaide Tenório Lisbôa[3]
José Augustinho Mendes Santos[4]
Maria Aparecida de Albuquerque Fernandes Ramalho[5]

RESUMO: Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da gravidez em meninas de 10 a 14 anos residentes no estado de Alagoas, Brasil, entre 2015 e 2024. Trata-se de estudo ecológico e descritivo, com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Foram analisadas características sociodemográficas maternas, da gestação, do pré-natal e do recém-nascido, além da distribuição por Região de Saúde, por meio de frequências absolutas e relativas e da taxa de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos por 1.000 nascidos vivos. Foram registrados 5.903 nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos (12,1 por 1.000 nascidos vivos); a taxa diminuiu em todos os anos, de 15,8 em 2015 para 8,1 em 2024 (redução de 49,1%). Predominaram mães solteiras (66,54%), com 4 a 7 anos de estudo (58,41%) e gestação única (99,03%); 53,52% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal e 12,38% realizaram menos de quatro ou nenhuma. A prematuridade atingiu 17,06% e o baixo peso ao nascer, 12,69%. Entre os recém-nascidos, predominaram o sexo masculino (51,79%), a raça/cor parda (92,51%) e o Apgar de 8 a 10 no 1º (83,60%) e no 5º minuto (94,90%). A 1ª Região de Saúde concentrou 32,98% dos nascimentos, e a 2ª apresentou a maior taxa do período (20,8 por 1.000 nascidos vivos). Apesar da redução, a gravidez em meninas de 10 a 14 anos permanece relevante em Alagoas, com desigualdades territoriais, o que reforça a necessidade de ações intersetoriais de prevenção, qualificação do pré-natal e proteção dos direitos das meninas.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Adolescente. Saúde da mulher. Nascido vivo. Epidemiologia.

[1] Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar (FASVIPA).
[2] Enfermeira. Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pelo Centro de Ensino e Pesquisa em Emergências Médicas (CEPEM). Docente do curso de Enfermagem da Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar (FASVIPA).
[3] Enfermeira. Doutora em Educação e Ciências pelo Centro Universitário da Cidade do Rio de Janeiro. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar (FASVIPA).
[4] Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Professor da Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar (FASVIPA).
[5] Enfermeira. Mestre em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do curso de Enfermagem da Faculdade São Vicente de Pão de Açúcar (FASVIPA).

ABSTRACT: This study aimed to describe the epidemiological profile of pregnancy among girls aged 10 to 14 years living in the state of Alagoas, Brazil, from 2015 to 2024. This is an ecological, descriptive study using data from the Live Birth Information System (SINASC). Maternal sociodemographic, pregnancy, prenatal care and newborn characteristics and the distribution by Health Region were analyzed using absolute and relative frequencies and the rate of live births to mothers aged 10 to 14 years per 1,000 live births. A total of 5,903 live births to mothers aged 10 to 14 years were recorded (12.1 per 1,000 live births); the rate decreased every year, from 15.8 in 2015 to 8.1 in 2024 (a 49.1% reduction). Most mothers were single (66.54%), had 4 to 7 years of schooling (58.41%) and singleton pregnancies (99.03%); 53.52% attended seven or more prenatal visits and 12.38% attended fewer than four or none. Preterm birth reached 17.06% and low birth weight, 12.69%. Among newborns, males (51.79%), mixed race (parda) (92.51%) and Apgar scores of 8 to 10 at the 1st (83.60%) and 5th minute (94.90%) predominated. The 1st Health Region accounted for 32.98% of births, and the 2nd had the highest rate for the period (20.8 per 1,000 live births). Despite the reduction, pregnancy among girls aged 10 to 14 years remains relevant in Alagoas, with territorial inequalities, reinforcing the need for intersectoral prevention actions, better prenatal care and the protection of girls' rights.

Keywords: Pregnancy in adolescence. Adolescent. Women's health. Live birth. Epidemiology.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico del embarazo en niñas de 10 a 14 años residentes en el estado de Alagoas, Brasil, entre 2015 y 2024. Se trata de un estudio ecológico y descriptivo, con datos del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC). Se analizaron características sociodemográficas maternas, de la gestación, del control prenatal y del recién nacido, además de la distribución por Región de Salud, mediante frecuencias absolutas y relativas y la tasa de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años por 1.000 nacidos vivos. Se registraron 5.903 nacidos vivos de madres de 10 a 14 años (12,1 por 1.000 nacidos vivos); la tasa disminuyó todos los años, de 15,8 en 2015 a 8,1 en 2024 (reducción del 49,1%). Predominaron madres solteras (66,54%), con 4 a 7 años de estudio (58,41%) y gestación única (99,03%); el 53,52% realizó siete o más consultas prenatales y el 12,38%, menos de cuatro o ninguna. La prematuridad alcanzó el 17,06% y el bajo peso al nacer, el 12,69%. Entre los recién nacidos, predominaron el sexo masculino (51,79%), la raza/color parda (92,51%) y el Apgar de 8 a 10 en el 1.er (83,60%) y en el 5.º minuto (94,90%). La 1.ª Región de Salud concentró el 32,98% de los nacimientos, y la 2.ª presentó la mayor tasa del período (20,8 por 1.000 nacidos vivos). A pesar de la reducción, el embarazo en niñas de 10 a 14 años sigue siendo relevante en Alagoas, con desigualdades territoriales, lo que refuerza la necesidad de acciones intersectoriales de prevención, mejora del control prenatal y protección de los derechos de las niñas.

Palabras clave: Embarazo en adolescencia. Adolescente. Salud de la mujer. Nacimiento vivo. Epidemiología.

1 INTRODUÇÃO

No âmbito das políticas de saúde e de proteção social, a adolescência é delimitada por diferentes critérios etários. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescente a pessoa com idade entre 10 e 19 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 2º, define como adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. Essas delimitações orientam o planejamento de ações e políticas públicas voltadas às necessidades específicas dessa etapa do desenvolvimento (Brasil, 1990; World Health Organization, 2026).

Marcada por transformações físicas, emocionais, sociais e culturais, a adolescência é uma etapa em que ocorrem a construção da identidade e o desenvolvimento progressivo da

autonomia e da capacidade de tomar decisões. Essas mudanças repercutem na forma como os adolescentes percebem a si mesmos, estabelecem relações sociais e enfrentam os desafios dessa fase da vida (Brasil, 2017).

Nesse período, as transformações são acompanhadas pelo estabelecimento de novos vínculos afetivos e pelo despertar da sexualidade, e a iniciação sexual pode ocorrer de forma precoce, muitas vezes sem informações e orientações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva. A gestação na adolescência pode representar importante fator de risco, considerando suas repercussões obstétricas, econômicas, psicológicas e sociais para a adolescente e para seu contexto familiar e comunitário (Oliveira; Aguiar, 2021).

Além dos aspectos de saúde, a gravidez na adolescência está inserida em um contexto social complexo. Os desafios vividos pelas adolescentes não se explicam apenas pelas condições financeiras das famílias, pois envolvem aspectos sociais, educacionais, culturais e de acesso a oportunidades e serviços de saúde. A gestação precoce é mais frequente em contextos de vulnerabilidade social, desigualdade e escassez de oportunidades, condições que ampliam seus impactos sobre a continuidade dos estudos, a inserção profissional e o desenvolvimento social e econômico das adolescentes (Almeida; Aquino, 2011; Pinto *et al.*, 2024; United Nations Population Fund, 2026).

No Brasil, a gravidez na adolescência permanece como importante desafio de saúde pública. De 2020 a 2022, foram registrados 49.325 nascimentos de mães de 10 a 14 anos e 1.012.640 de mães de 15 a 19 anos, e, em 2022, a taxa de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos foi de 43,6 nascimentos por 1.000 adolescentes. O Nordeste apresentou uma das maiores taxas de fecundidade na adolescência, inclusive na faixa de 10 a 14 anos, com taxa mediana de 2,8 nascimentos por 1.000 meninas, inferior apenas à da região Norte, de 4,0 por 1.000 (Barros *et al.*, 2026).

A gravidez entre meninas de 10 a 14 anos exige atenção particular. No Brasil, a conjunção carnal ou a prática de qualquer ato libidinoso com menor de 14 anos configura estupro de vulnerável (Brasil, 2009), de modo que a gestação nessa faixa etária envolve, além dos riscos à saúde, questões de proteção integral e de garantia de direitos. Conhecer a ocorrência e as características da gravidez entre meninas de 10 a 14 anos em Alagoas, incluindo o perfil materno, a gestação, a assistência pré-natal, as condições de nascimento e a distribuição entre as Regiões de Saúde, pode subsidiar profissionais e gestores na identificação de territórios e grupos que demandam maior atenção e na elaboração de estratégias de cuidado e de proteção mais direcionadas.

Assim, este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico da gravidez em meninas de 10 a 14 anos residentes no estado de Alagoas, Brasil, no período de 2015 a 2024.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, com dados secundários de domínio público, sobre os nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos residentes no estado de Alagoas, Brasil, no período de 2015 a 2024. Alagoas localiza-se na região Nordeste do Brasil, possui 102 municípios, organizados em dez Regiões de Saúde, e registrou 487.958 nascidos vivos de mães residentes no período estudado (Brasil, 2026a).

Os dados foram obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) por meio do TabNet, com coleta em agosto de 2026 (Brasil, 2026a). Foram incluídos todos os nascidos vivos de mães com idade de 10 a 14 anos no momento do parto, segundo o município de residência da mãe e o ano de nascimento. A unidade de análise foi o nascido vivo; assim, nos partos gemelares, cada recém-nascido foi contado separadamente.

Foram analisadas as variáveis maternas estado civil (solteira, casada, viúva, separada judicialmente e união consensual) e escolaridade em anos de estudo (nenhuma, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 ou mais); as variáveis da gestação tipo de gravidez (única, dupla e tripla ou mais), número de consultas de pré-natal (nenhuma, 1 a 3, 4 a 6 e 7 ou mais) e duração da gestação em semanas (menos de 22, 22 a 27, 28 a 31, 32 a 36, 37 a 41 e 42 ou mais); as variáveis do recém-nascido sexo, raça/cor, Apgar no 1º e no 5º minuto (0 a 2, 3 a 5, 6 a 7 e 8 a 10) e peso ao nascer; e a Região de Saúde de residência da mãe (1ª a 10ª). Os registros com informação ignorada foram mantidos e apresentados como categoria própria. Considerou-se prematuro o nascimento com menos de 37 semanas de gestação e baixo peso ao nascer o peso inferior a 2.500 g.

Calculou-se a taxa de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos por 1.000 nascidos vivos, pela razão entre o número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos e o total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo ano e local, multiplicada por 1.000. A taxa do período de cada Região de Saúde correspondeu à razão entre os totais de 2015 a 2024. Esse indicador expressa a participação das mães de 10 a 14 anos no total de nascimentos e difere da taxa específica de fecundidade, calculada sobre a população feminina da mesma faixa etária. A evolução anual foi descrita pelos valores absolutos e pela variação percentual entre anos. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas (n) e relativas (%) e taxas, apresentadas em tabelas e gráfico.

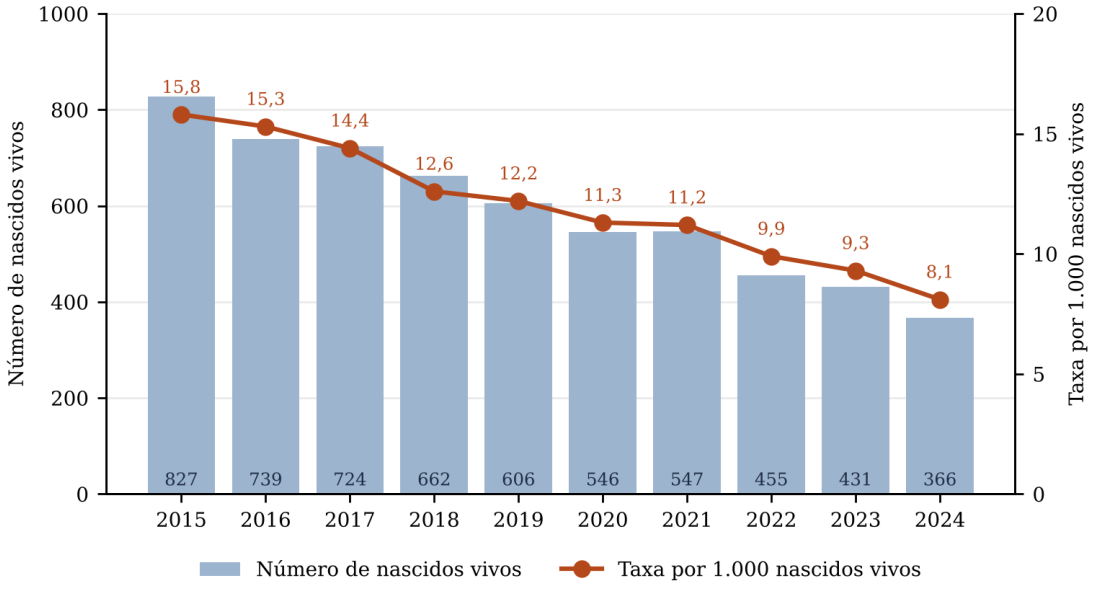
Por utilizar exclusivamente dados secundários, agregados, de domínio público e sem identificação dos indivíduos, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o art. 1º, parágrafo único, incisos II, III e V, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

Na revisão do manuscrito, que compreendeu a correção ortográfica e gramatical, a conferência das referências e a normalização do texto, das citações e das referências às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), foi utilizada a ferramenta de inteligência artificial Claude (Anthropic). Todo o conteúdo revisado foi conferido pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo texto final.

3 RESULTADOS

Entre 2015 e 2024, foram registrados 5.903 nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos residentes em Alagoas, o que corresponde a 12,1 por 1.000 nascidos vivos no período. O número anual passou de 827 em 2015 para 366 em 2024 (redução de 55,7%), e a taxa diminuiu em todos os anos, de 15,8 para 8,1 por 1.000 nascidos vivos (redução de 49,1%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos e taxa por 1.000 nascidos vivos no estado de Alagoas, Brasil, 2015-2024



Fonte: elaborado pelos autores com dados do SINASC (2026).

Predominaram mães solteiras (66,54%) ou em união consensual (31,68%), e 39 (0,66%) foram registradas como casadas. Quanto à escolaridade, 58,41% tinham de 4 a 7 anos de estudo e 35,93%, de 8 a 11 anos. A gravidez foi única em 99,03% dos casos. Mais da metade das mães

realizou sete ou mais consultas de pré-natal (53,52%), enquanto 12,38% realizaram menos de quatro consultas ou nenhuma. A maioria dos nascimentos ocorreu a termo (37 a 41 semanas; 74,88%), e 1.007 (17,06%) foram prematuros (Tabela 1).

Tabela 1 – Características maternas e da gestação dos nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos no estado de Alagoas, Brasil, 2015-2024

Variáveis	n	%
Estado civil		
Solteira	3.928	66,54
Casada	39	0,66
Viúva	1	0,02
Separada judicialmente	3	0,05
União consensual	1.870	31,68
Ignorado	62	1,05
Escolaridade		
Nenhuma	31	0,53
1 a 3 anos	234	3,96
4 a 7 anos	3.448	58,41
8 a 11 anos	2.121	35,93
12 anos e mais	1	0,02
Ignorado	68	1,15
Tipo de gravidez		
Única	5.846	99,03
Dupla	45	0,76
Tripla e mais	1	0,02
Ignorada	11	0,19
Número de consultas de pré-natal		
Nenhuma	125	2,12
De 1 a 3 consultas	606	10,27
De 4 a 6 consultas	1.977	33,49
7 ou mais consultas	3.159	53,52
Ignorado	36	0,61
Duração da gestação		
Menos de 22 semanas	8	0,14
De 22 a 27 semanas	52	0,88
De 28 a 31 semanas	132	2,24
De 32 a 36 semanas	815	13,81
De 37 a 41 semanas	4.420	74,88
42 semanas ou mais	278	4,71
Ignorado	198	3,35

Fonte: elaborado pelos autores com dados do SINASC (2026).

Entre os recém-nascidos, 51,79% eram do sexo masculino e 92,51% foram registrados como pardos. O Apgar de 8 a 10 foi observado em 83,60% no 1º minuto e em 94,90% no 5º minuto, e o Apgar de 0 a 2 em 1,17% e 0,37%, respectivamente. Predominou o peso de 3.000 a 3.999 g (55,38%), e 749 recém-nascidos (12,69%) tiveram baixo peso ao nascer (Tabela 2).

Tabela 2 – Características dos recém-nascidos de mães de 10 a 14 anos no estado de Alagoas, Brasil, 2015-2024

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	3.057	51,79
Feminino	2.844	48,18
Ignorado	2	0,03
Raça/cor		
Branca	212	3,59
Preta	50	0,85
Amarela	16	0,27
Parda	5.461	92,51
Indígena	22	0,37
Ignorado	142	2,41
Apgar no 1º minuto		
0 a 2	69	1,17
3 a 5	189	3,20
6 a 7	579	9,81
8 a 10	4.935	83,60
Ignorado	131	2,22
Apgar no 5º minuto		
0 a 2	22	0,37
3 a 5	41	0,69
6 a 7	98	1,66
8 a 10	5.602	94,90
Ignorado	140	2,37
Peso ao nascer		
Menos de 500 g	13	0,22
500 a 999 g	43	0,73
1.000 a 1.499 g	83	1,41
1.500 a 2.499 g	610	10,33
2.500 a 2.999 g	1.754	29,71
3.000 a 3.999 g	3.269	55,38
4.000 g e mais	130	2,20
Ignorado	1	0,02

Fonte: elaborado pelos autores com dados do SINASC (2026).

A 1ª Região de Saúde concentrou o maior número de nascimentos (1.947; 32,98%), seguida da 7ª (779; 13,20%) e da 3ª (583; 9,88%). A maior taxa do período foi observada na 2ª Região (20,8 por 1.000 nascidos vivos), seguida da 3ª (17,5) e da 4ª (16,4), e a menor, na 7ª (9,6). Entre 2015 e 2024, as taxas diminuíram em todas as Regiões de Saúde, com as maiores reduções relativas na 6ª (de 13,4 para 3,2), na 5ª (de 19,8 para 7,5) e na 7ª (de 13,0 para 5,8) (Tabela 3).

Tabela 3 – Taxa de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos (por 1.000 nascidos vivos), número e proporção de nascimentos, segundo Região de Saúde de residência, no estado de Alagoas, Brasil, 2015-2024

Ano	1ª RS	2ª RS	3ª RS	4ª RS	5ª RS	6ª RS	7ª RS	8ª RS	9ª RS	10ª RS
2015	13,4	28,4	21,6	23,7	19,8	13,4	13,0	14,4	15,7	15,7
2016	14,6	25,5	23,0	15,5	20,4	13,8	11,3	13,4	13,2	13,4
2017	13,3	28,9	20,9	17,6	18,1	12,6	10,2	9,3	11,9	14,9
2018	11,4	20,7	19,2	13,8	16,2	12,0	11,4	8,1	9,4	12,7
2019	10,5	20,1	17,7	14,0	16,5	15,6	9,5	11,4	10,7	9,6
2020	9,7	22,0	16,3	16,1	12,0	11,4	9,2	7,7	9,6	13,8
2021	9,4	15,3	17,2	15,1	10,6	14,8	9,7	10,3	10,8	10,6
2022	8,0	18,4	10,9	20,2	13,9	7,9	7,9	10,2	10,2	10,9
2023	7,4	13,1	11,1	15,0	12,2	10,1	7,5	11,9	8,8	11,8
2024	7,2	15,0	15,0	12,3	7,5	3,2	5,8	8,5	7,8	9,0
Taxa do período	10,6	20,8	17,5	16,4	14,9	11,7	9,6	10,5	10,8	12,3
Total de nascimentos (n)	1.947	533	583	320	437	345	779	246	414	299
%	32,98	9,03	9,88	5,42	7,40	5,84	13,20	4,17	7,01	5,07

Fonte: elaborado pelos autores com dados do SINASC (2026).

Legenda: RS = Região de Saúde.

4 DISCUSSÃO

Entre 2015 e 2024, foram registrados 5.903 nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos residentes em Alagoas. Embora a taxa tenha diminuído em todos os anos, de 15,8 para 8,1 por 1.000 nascidos vivos, a magnitude encontrada mostra que a gravidez nessa faixa etária permanece como importante questão de saúde pública.

No Brasil, Pinto *et al.* (2024) identificaram 127.022 nascidos vivos de meninas de 10 a 14 anos e seis meses entre 2011 e 2021, cerca de 0,4% dos nascimentos do país, com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste, o que indica distribuição desigual da gravidez em idade muito precoce no território brasileiro. Dados do SINASC mostram que o número de nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos no país passou de 27.989 em 2013 para 14.293 em 2022, e,

em 2023, foram registrados 13.939, cerca de 0,55% do total de nascimentos, o que indica redução, mas também persistência do fenômeno (Brasil, 2026b).

Monteiro *et al.* (2021), ao analisarem os nascimentos no Brasil entre 2000 e 2019, identificaram redução de 26,5% na taxa específica de fecundidade de meninas de 10 a 14 anos, de 3,4 para 2,5 por 1.000; em Alagoas, essa taxa foi de 3,9 por 1.000 meninas em 2019, situando o estado entre aqueles com maiores valores. Esse indicador, calculado sobre a população feminina de 10 a 14 anos, não é diretamente comparável à taxa por 1.000 nascidos vivos utilizada neste estudo, mas ambos apontam a relevância do problema em Alagoas mesmo diante da redução nacional.

Em Alagoas, a 1ª Região de Saúde concentrou o maior número de nascimentos, possivelmente por reunir a maior população do estado, enquanto a 2ª Região apresentou a maior taxa do período, com valores anuais superiores a 13 por 1.000 nascidos vivos em toda a série. Embora as taxas tenham diminuído em todas as regiões, as diferenças entre elas persistiram, o que pode refletir variações nas condições socioeconômicas, no acesso à educação sexual e aos métodos contraceptivos e na organização da rede de atenção e de proteção, aspectos que não foram avaliados diretamente neste estudo.

Quanto ao estado civil, predominaram meninas solteiras (66,54%), seguidas das que viviam em união consensual (31,68%), perfil semelhante ao observado por Pinto *et al.* (2024), que identificaram 77,0% de solteiras e 19,9% em união estável no Brasil.

O registro de 39 meninas de 10 a 14 anos na categoria "casada" deve ser interpretado com cautela. A legislação brasileira estabelece 16 anos como idade mínima para o casamento, e a Lei nº 13.811/2019 suprimiu as exceções legais ao casamento de quem não atingiu essa idade (Brasil, 2002; Brasil, 2019). Assim, esses registros não devem ser tomados como evidência de casamentos formais e podem decorrer da forma de preenchimento ou de classificação da situação conjugal na Declaração de Nascido Vivo, variável em que já foram descritas limitações de concordância (Gabriel *et al.*, 2014).

Por se tratar, pela legislação, de situação de estupro de vulnerável (Brasil, 2009), e por essa faixa etária ter maior vulnerabilidade ao acesso limitado a informações, métodos contraceptivos e serviços de saúde, os registros reforçam a necessidade de ações articuladas entre saúde, educação, assistência social e órgãos de proteção, que garantam acolhimento, identificação de violações e acompanhamento adequado, ainda que o SINASC não identifique as circunstâncias de cada gestação (World Health Organization, 2024; Pinto *et al.*, 2024).

Em relação ao pré-natal, 53,52% das mães realizaram sete ou mais consultas, mas 12,38% realizaram menos de quatro ou nenhuma. Silva Júnior, Silva e Netto (2025) destacam que a gravidez na adolescência está relacionada a maior ocorrência de início tardio e de acompanhamento inadequado do pré-natal, o que pode contribuir para resultados menos favoráveis no parto e no puerpério.

A prematuridade atingiu 17,06% dos nascimentos e o baixo peso ao nascer, 12,69%. No Brasil, Pinto *et al.* (2024) observaram 18,9% de prematuros e 14,5% de baixo peso entre os nascidos vivos de meninas de 10 a 14 anos e seis meses, percentuais pouco superiores aos de Alagoas. Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005), em Montes Claros, já haviam identificado associação entre adolescência precoce e maior ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer, especialmente quando o pré-natal era inadequado. A prematuridade está entre os principais desfechos associados à gravidez na adolescência, sobretudo entre as adolescentes mais jovens (Almeida *et al.*, 2020).

Quanto à raça/cor, 92,51% dos recém-nascidos foram registrados como pardos. No estudo nacional de Pinto *et al.* (2024), 68,8% das meninas foram classificadas como pardas e 4,8% como pretas. A comparação deve ser cautelosa, pois no SINASC a raça/cor analisada neste estudo refere-se ao recém-nascido, e não à mãe.

A maior parte das mães tinha de quatro a sete anos de estudo (58,41%), seguida das que tinham de oito a 11 anos (35,93%), o que indica que a gestação ocorreu, em geral, durante a educação básica. Pinto *et al.* (2024) também observaram predominância de quatro a sete anos de estudo (66,3%) entre meninas de 10 a 14 anos no país. A gravidez na adolescência pode interferir na trajetória escolar, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e de poucas oportunidades educacionais (Heilborn *et al.*, 2002), e pode reduzir a conclusão da educação básica, com repercussões na inserção profissional e na renda (Almeida; Aquino, 2011).

Este estudo apresenta limitações. Os dados do SINASC dependem da qualidade do preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, e algumas variáveis, como o estado civil, podem não refletir a situação real das meninas. A análise considerou apenas as gestações que resultaram em nascidos vivos, sem incluir abortos e óbitos fetais, o que subestima a ocorrência de gravidez nessa faixa etária. Além disso, os dados agregados não permitem identificar as circunstâncias das gestações, como a ocorrência de violência sexual.

5 CONCLUSÃO

Entre 2015 e 2024, foram registrados 5.903 nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos em Alagoas, e a taxa por 1.000 nascidos vivos diminuiu em todos os anos, de 15,8 para 8,1. Apesar dessa redução, a gravidez nessa faixa etária permanece como questão relevante de saúde pública, que envolve aspectos sociais, educacionais, de saúde e de proteção de direitos. Predominaram mães solteiras, com quatro a sete anos de estudo e gestação única. Embora a maioria tenha realizado sete ou mais consultas de pré-natal, parte das gestações teve acompanhamento insuficiente ou nenhum, e cerca de um em cada seis nascimentos foi prematuro, o que evidencia a necessidade de ampliar o acesso e a continuidade do cuidado na gestação.

Entre os recém-nascidos, predominaram o sexo masculino, a raça/cor parda, o peso de 3.000 a 3.999 g e o Apgar de 8 a 10 no primeiro e no quinto minuto de vida. As taxas diminuíram em todas as Regiões de Saúde, mas as diferenças entre elas permaneceram, com maior taxa na 2ª Região. Esses resultados reforçam a importância de ações integradas entre saúde, educação, assistência social e rede de proteção para a prevenção da gravidez na infância e na adolescência, com fortalecimento da educação sexual, do acesso aos serviços de saúde, do pré-natal e das estratégias de permanência escolar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. H. V. *et al.* Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, e00145919, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00145919.

ALMEIDA, M. C. C.; AQUINO, E. M. L. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2386-2400, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011001200010.

BARROS, A. J. D. *et al.* Maternidade na adolescência no Brasil: altas taxas de fecundidade e desigualdades gritantes entre municípios e regiões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, e00057625, 2026. DOI: 10.1590/0102-311XPT057625.

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**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**: nascidos vivos, Alagoas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nval.def. Acesso em: 1 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**: nascidos vivos, Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def. Acesso em: 1 ago. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

GABRIEL, G. P. *et al.* Avaliação das informações das Declarações de Nascidos Vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Campinas, São Paulo, 2009. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 3, p. 183-188, 2014. DOI: 10.1590/0103-0582201432306.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000400010.

HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002. DOI: 10.1590/S0104-71832002000100002.

MONTEIRO, D. L. M. *et al.* Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 67, n. 5, p. 759-765, 2021. DOI: 10.1590/1806-9282.20210265.

OLIVEIRA, B. S.; AGUIAR, R. S. Repercussões na saúde da mulher adolescente devido a gravidez precoce: uma revisão narrativa. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 68, p. 7363-7374, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7363-7374.

PINTO, I. V. *et al.* Gravidez em meninas menores de 14 anos: análise espacial no Brasil, 2011 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e10582024, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.10582024.

SILVA JÚNIOR, L. C.; SILVA, S. C.; NETTO, L. Reincidência de gravidez na adolescência: escolha ou sujeição. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, e02952022, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025305.02952022.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Prevenção da gravidez na adolescência**. Brasília, DF: UNFPA Brasil, 2026. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/preven%C3%A7%C3%A3o-da-gravidez-na-adolesc%C3%AAncia. Acesso em: 28 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy. Acesso em: 28 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health**. Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health. Acesso em: 18 ago. 2026.