

# Estudo

## Gravidez na adolescência no Distrito Federal: uma análise de 2000 a 2016

**codeplan**  
COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de  
Economia do  
Distrito Federal



**Gravidez na adolescência  
no Distrito Federal: uma análise de  
2000 a 2016**

Brasília-DF, fevereiro de 2021

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

**Ibaneis Rocha**

Governador

**Paco Britto**

Vice-Governador

**SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL**

**André Clemente Lara de Oliveira**

Secretário

**COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL - CODEPLAN**

**Jeansley Lima**

Presidente

**Juliana Dias Guerra Nelson Ferreira Cruz**

Diretora Administrativa e Financeira

**Renata Florentino de Faria Santos**

Diretora de Estudos Urbanos e Ambientais

**Daienne Amaral Machado**

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

**Clarissa Jahns Schlabit**

Diretora de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas

## **EQUIPE RESPONSÁVEL**

### **DIRETORIA DE ESTUDOS E POLÍTICAS SOCIAIS - DIPOS**

- Daienne Amaral Machado - Diretora

### **Gerência de Estudos e Análises de Proteção Social - GEPROT/DIPOS/Codeplan**

- Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira - Gerente

### **Elaboração do estudo**

---

- Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira - Gerente
- Mônica França - Chefe do núcleo de estudos de população
- Acsa Guimarães - Técnica
- Ana Bocucci - Técnica
- Francisca de Fátima de Araújo Lucena - Técnica
- Nabil Ahda Murtadha - Estagiário

### **Revisão Técnica**

---

- Daienne Amaral Machado - Diretora
- Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira - Gerente
- Tatiana Lemos Sandim - Gerente de Estudos e Análises Transversais - GEAT/Codeplan

---

### **Revisão e copidesque**

Nilva Rios

### **Editoração Eletrônica**

Maurício Suda

## RESUMO

Este estudo discute aspectos do fenômeno da gravidez na adolescência no Distrito Federal, como o perfil demográfico das jovens grávidas e as características epidemiológicas do nascimento de seus filhos. As análises foram realizadas a partir de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), de 2000 a 2016 e da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) de 2018. Para este estudo, considerou-se o conceito da Organização Mundial de Saúde da adolescência como a fase entre a infância e a vida adulta, especificamente compreendida entre os 10 e 19 anos. Como repercussões da gravidez, no aspecto biológico, a gravidez na adolescência apresenta maiores riscos ligados à gestação, ao parto e à criança. Este estudo evidencia que no DF a ocorrência de gravidez na adolescência, desde 2008, está abaixo da proporção nacional. O estudo também revela que esse fenômeno se encontra mais evidente entre as meninas de 15 a 19 anos. Entretanto, é possível notar ainda, tanto no DF como no Brasil, a persistência de gravidez de meninas de 10 a 14 anos. Outros destaques que o estudo trouxe foram: i) houve aumento da participação de nascimentos com quantidade de consultas pré-natal adequada entre mães adolescentes; ii) a ocorrência de partos vaginais entre mães adolescentes é consideravelmente maior que entre as mães adultas; iii) a frequência de nascimentos prematuros e de bebês com baixo peso de mães adolescentes é maior do que entre mães adultas; iv) a taxa de mortalidade neonatal precoce entre nascimentos de mães adolescentes é consideravelmente superior aos nascimentos de mães adultas; e v) as taxas de mortalidade materna entre mães adolescentes são baixas no DF se comparadas ao Brasil. Já em relação ao perfil dessas mães adolescentes no DF, é possível observar que: i) 7,2% das adolescentes de 14 a 19 anos que moravam em regiões administrativas de média-baixa renda eram mães; esse percentual, nas regiões de alta renda, foi de 1,6%; ii) 81% eram negras; iii) 17% eram casadas ou estavam em união estável regularizada em cartório; iv) 35% eram responsáveis ou companheiras de responsáveis pelo domicílio e 54% moravam na mesma residência que seus parceiros; e v) 69% não estavam no ensino formal e 17% estavam ocupadas no mercado de trabalho. Este estudo ainda apresentou uma série de possíveis ações para enfrentamento da gravidez na adolescência elencadas pela literatura da área.

# SUMÁRIO

RESUMO .....	4
1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. Gravidez como um fenômeno social .....	10
1.2. Gravidez como um problema social .....	10
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	13
2.1. Fontes de informação .....	13
2.1.1. Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC).....	13
2.1.2. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) .....	13
2.1.3. População total .....	14
2.1.4. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD).....	14
2.2. Fonte dos dados analisados e motivações para as escolhas temporais .....	14
2.2.1. Número de mães adolescentes na população do Distrito Federal e o perfil epidemiológico dos partos.....	14
2.2.2. Perfil das mães adolescentes no Distrito Federal.....	15
2.3. Desagregação da informação .....	16
2.4. Faixa etárias das mães.....	17
2.5. Variáveis e indicadores analisados no estudo .....	17
3. RESULTADOS.....	20
3.1. Perfil do parto/gestação de mães adolescentes .....	20
3.1.1. Número de nascimentos de mães adolescentes .....	20
3.1.2. Taxas Específicas de Fecundidade do Distrito Federal e Brasil .....	23
3.1.3. Características sociais do parto .....	25
3.1.4. Características epidemiológicas do recém-nascido .....	29
3.1.5. Taxas de mortalidade neonatal precoce, fetal e materna.....	33
3.2. Perfil das mães adolescentes.....	37
3.2.1. Número de mães adolescentes no Distrito Federal.....	37
3.2.2. Raça/cor das mães adolescentes no Distrito Federal .....	38
3.2.3. Estado civil/conjugal e responsabilidade pelo domicílio das mães adolescentes no Distrito Federal.....	40
3.2.4. Quantidade de filhos das mães adolescentes do Distrito Federal .....	43
3.2.5. Renda domiciliar <i>per capita</i> , escolaridade e ocupação das mães adolescentes do Distrito Federal.....	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICE.....	61

# 1. INTRODUÇÃO

Este estudo discute aspectos do fenômeno da gravidez na adolescência no Distrito Federal. Mais especificamente, analisa o perfil demográfico dessas jovens mães e as características epidemiológicas do nascimento de seus filhos e filhas. As análises foram realizadas a partir de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), realizada pela Codeplan a cada dois anos, com representatividade para as 31 Regiões Administrativas (RAs) legalmente constituídas até o ano de 2018.<sup>1</sup> Para este estudo, considerou-se que adolescência é a fase entre a infância e a vida adulta, especificamente compreendida entre os 10 e 19 anos, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>2</sup>

Ainda que a definição de adolescência da OMS seja mais diretamente vinculada aos aspectos ligados à maturação física vivenciados na passagem da infância para a vida adulta, destaca-se que a adolescência também deve ser entendida dentro de um contexto social, em que pessoas da mesma faixa etária vivem experiências distintas, que variam conforme a inserção social, familiar e geográfica e mudam ainda com o passar dos anos. Pode-se dizer que a adolescência é um constructo histórico e social (INDICA, 2017). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>3</sup> define adolescente como a pessoa entre 12 a 18 anos incompletos. Contudo, por este ser um estudo na área da saúde, em que serão investigados aspectos biológicos, optou-se pela definição etária da OMS.

A transformação econômica do início do século XX, principalmente as ocorridas depois dos anos 60, motivou os casais a terem menos filhos. Esse período também assistiu a uma verdadeira metamorfose do papel social das mulheres: à medida que mais meninas se matriculavam na escola, a taxa de alfabetização das mulheres aumentava. Com acesso a mais informações, foi possível aumentar o controle sobre sua própria fecundidade, fazendo com que essa diminuísse (UNFPA, 2018). Atualmente o que se observa é que as adolescentes têm maior probabilidade de se casar mais tarde, adiar sua primeira experiência sexual, usar anticoncepcionais e adiar o primeiro parto, em comparação a 25 anos atrás (LIAN, *et al.*, 2019).

A OMS (2020) estima que, nas regiões em desenvolvimento, a cada ano, cerca de 21 milhões de meninas de 15 a 19 anos engravidem e aproximadamente 12 milhões deem à luz. Entre meninas de 10 a 14 anos, esse número é de cerca de 780 mil nascimentos anuais. A maioria dos partos de adolescentes no mundo – 95% – ocorre em países em desenvolvimento e nove em cada 10 desses nascimentos ocorrem dentro de um casamento ou união conjugal precoce.<sup>4</sup> Na América Latina, 22% das mulheres entre 20 e 24 anos relataram pelo menos um parto antes dos 18 anos e 2% antes dos 15 anos (UNFPA, 2013). A taxa brasileira de gravidez na adolescência – número de nascimentos a cada mil

<sup>1</sup> A organização do DF em regiões administrativas está regulamentada pela Lei Federal nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964, que dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal e se refere às subdivisões territoriais, inclusive para oferta e prestação de serviços (BRASIL, 1964).

<sup>2</sup> Adolescent Health. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1). Acesso em: 08 set. 2020.

<sup>3</sup> Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

<sup>4</sup> Segundo dados do IBGE de 2010, no Brasil há aproximadamente 43 mil adolescentes abaixo dos 14 anos vivendo em situação marital; em geral esta decisão circunda ao lado da pobreza (RNPI, 2014).

adolescentes (64,9 por mil, por ano, entre 2010 e 2015)<sup>5</sup> – é similar às de outros países da América Latina (66,5 por mil, por ano, entre 2010 e 2015). São, porém, taxas menores do que a dos países africanos (98,5 por mil) e bem mais altas do que as da Europa (16,2 por mil) e a da América do Norte (28,3 por mil) (INDICA, 2017). No Distrito Federal, a taxa de gravidez na adolescência, entre 2010 e 2015, foi de 50,77 adolescentes grávidas a cada mil adolescentes.<sup>6</sup>

Ao observar a proporção de nascimentos por faixa etária, percebe-se que, de acordo com o último dado disponível sobre o número de nascidos vivos,<sup>7</sup> em 2018, 15,5% dos nascimentos no Brasil ocorreram entre adolescentes de 10 a 19 anos, sendo 14,8% no segundo grupo (15 a 19 anos) e 0,7% no primeiro (10 a 14 anos). No DF, essa proporção é 10,7% entre adolescentes de 10 a 19 anos, sendo 10,3% no segundo grupo e 0,4% no primeiro.

A Taxa Global Estimada de Fecundidade específica para adolescentes<sup>8</sup> diminuiu em 11,6% nos últimos 20 anos (OMS, 2020). Embora essa proporção tenha reduzido, em termos absolutos, muito possivelmente, essa não é a realidade (LIANG, *et al.*, 2019), uma vez que o número de adolescentes meninas entre 10 a 19 anos passou de 464,6 milhões, em 1980, para 584,1 milhões, em 2020, o que representa um aumento de 25%.<sup>9</sup> O mesmo fenômeno não é registrado no Brasil. Entre os anos de 1998 e 2018, a proporção de nascimentos entre meninas de 10 a 19 anos caiu de 23% para 16%, ao mesmo tempo em que o número absoluto de meninas nessa faixa etária também reduziu: passou de 729.816 para 456.128. A redução é menor quando se trata dos nascimentos entre meninas de 10 a 14 anos: a queda foi de apenas 22% (27.237, em 1998 e 21.172, em 2018).

No Distrito Federal, o fenômeno foi um pouco diferente do que ocorreu no Brasil para o mesmo período: a proporção de nascimentos caiu para menos da metade (22%, em 1998, para 10%, em 2018), o que representou em números absolutos uma queda de 5.560 nascimentos (10.294, em 1998, para 4.734, em 2018)<sup>10</sup> – Apêndice -Tabela 1. Contudo, o número de meninas nessa faixa etária teve um leve aumento no mesmo período (2%), passando de 223.659, em 1998, para 227.659 em 2018.<sup>11</sup>

A partir desses números, nota-se que no Brasil o fenômeno da gravidez na adolescência tem se reduzido nos últimos anos, sobretudo no Distrito Federal. Apesar dessa

<sup>5</sup> Em 2017, esta taxa já estava em 57,9 por mil adolescentes, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivo (SINASC), disponibilizados por meio do DATASUS - Ministério da Saúde, acesso em: 30 nov. 2020.

<sup>6</sup> Sistema de Informação de Nascidos Vivo (SINASC), disponibilizados por meio do DATASUS - Ministério da Saúde, acessados em 30.11.2020. A taxa de gravidez na adolescência é calculada pelo número de nascimentos em relação ao número de meninas de 10 a 19 anos de um determinado local, multiplicado por mil.

<sup>7</sup> Dados obtidos a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivo (SINASC), disponibilizados por meio do DATASUS - Ministério da Saúde, acesso em: 30 nov. 2020.

<sup>8</sup> Segundo o DATASUS, a taxa específica de fecundidade é definida pelo número médio de filhos nascidos vivos por ano da faixa etária específica do período reprodutivo, que é de 15 a 49 anos. Ou seja, o cálculo é obtido pelo número de filhos nascidos vivos, em determinado período, segundo faixas etárias das mães, sobre a população feminina residente, da mesma faixa etária e período. A taxa específica de fecundidade para adolescentes se refere à faixa etária de 15 a 19 anos. O cálculo é obtido através da relação entre o número de nascidos vivos de mães com menos de 19 anos e a população de adolescentes de 15 a 19 anos.

<sup>9</sup> Informação calculada pelo painel de consulta de dados do World Population Prospects 2019 da Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>. Acesso em: 22 out. 2020.

<sup>10</sup> Dados disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvdf.def>. Acesso em: 08 set. 2020.

<sup>11</sup> População de 1998 em População Residente - DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popDF.def>, acesso em: 21 dez. 2020, e população de 2018, em projeções populacionais por sexo e grupo de idade, 2013, IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=9116&t=resultados.a>. Acesso em: 21 dez. 2020.

redução, a gravidez na adolescência ainda é um fenômeno que precisa de atenção especial do Estado e da sociedade, pois prejudica as possibilidades de as meninas exercerem seus direitos à educação, saúde e autonomia, conforme assegurado em tratados internacionais como a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNFPA, 2013). É preciso haver, ainda, um olhar especial para os nascimentos de mães com menos de 14 anos, proporção que insiste em permanecer estável apesar das quedas recentes nos últimos anos (RNPI, 2014).

Os custos de uma gravidez e parto precoces ultrapassam a esfera individual e afetam as famílias, a comunidade, a economia e o desenvolvimento de uma nação. A literatura demonstra que há impactos da gravidez precoce na saúde física tanto da mãe quanto do bebê, incluindo riscos de morte materna, fetal ou neonatal, baixo peso e prematuridade do bebê (ALMEIDA *et al.*, 2002; AQUINO *et al.*, 2003; CONDE-AGUDELO, BELIZÁN e LAMMERS, 2005; HELENA *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2014). Ademais, diversos estudos também apontam impactos da gravidez precoce sobre a saúde emocional da mãe e do bebê. Existem evidências de que mães adolescentes tendem a ser menos confiantes, mais dependentes, mais depressivas e com menor autoestima comparativamente a adolescentes que não são mães (SOUZA *et al.*, 2007). Vale apontar que aspectos psicológicos e emocionais também são fatores de risco para a gravidez precoce, mães adolescentes tendem a estar em famílias com dificuldades de comunicação e menos adaptativas, a ter mais experiências adversas na infância (como episódios de abusos, exposição à violência, divórcio dos pais, entre outros) e a estar em contexto psicossocial de pobreza (MILLER, BENSON e GALBRAITH, 2001; SOUZA *et al.*, 2007; HILLS *et al.*, 2014). Com olhar sobre consequências emocionais para o bebê, mães adolescentes interagem menos com seus filhos, são menos sensíveis às suas necessidades e mantêm laços mais tênues comparativamente a mães adultas (LESLIE e DIBDEN, 2004; SOUZA *et al.*, 2007).

Ainda é possível observar impactos socioeconômicos associados à gravidez na adolescência, como o aprofundamento da situação de vulnerabilidade e a interrupção da trajetória de educação formal e consequente redução do capital humano (SABROZA *et al.*, 2004; FERREIRA *et al.*, 2012). Há um impacto econômico ligado à interrupção dos estudos e à baixa qualificação educacional dessas meninas, além de custos suplementares para o setor de saúde (UNFPA, 2013). Estudos internacionais apontam que, para cada US\$ 1,00 investido no planejamento familiar de adolescentes, poupa-se US\$ 98,20 até o fim de suas vidas reprodutivas (UNFPA, ITAIPU Binacional, 2019). No Brasil, isso representaria um retorno de cerca de R\$ 365,00 reais para cada R\$ 1,00 real investido na saúde sexual e reprodutiva das adolescentes. O Brasil poderia aumentar sua produtividade anual em US\$ 3,5 bilhões se as adolescentes adiassem a gravidez para depois dos 20 anos de idade, o que representaria um aumento de mais de R\$ 13 bilhões por ano na economia (UNFPA, ITAIPU Binacional, 2019).

A literatura sobre gravidez na adolescência concentra-se basicamente em dois tipos de estudos. Um deles entende a questão como um problema social que deve ser enfrentado e, embora reconheça a multifatorialidade das causas, centra os estudos nas vulnerabilidades e nos riscos/perigos que acometem parte das adolescentes gestantes. O segundo tipo o conceitua como um fenômeno social, em que uma série de elementos dos contextos social, cultural e individual devem ser levados em consideração. Nesse campo, o foco da atenção se volta para os diversos fatores que levaram as adolescentes a uma situação de gestação, incluindo seus próprios desejos e a necessidade de mudança de status social que pode resultar na escolha consciente por engravidar (DIAS e TEIXEIRA, 2010; INDICA, 2017). A seguir, estão descritas em linhas gerais os principais pontos dessas duas agendas de pesquisa.

## 1.1. Gravidez como um fenômeno social

Apesar de a maioria das mães adolescentes não ter planejado a gravidez, proporção significativa de adolescentes declara ter planejado (AQUINO *et al.*, 2003; SABROZA *et al.*, 2004; BORGATO, 2011). Na ausência de outras oportunidades (escolarização, profissionalização e independência financeira), a maternidade se torna uma das opções para as adolescentes alcançarem independência e reconhecimento social. Estar grávida pode significar ser aceita e amada; melhorar a autoestima e a visibilidade social (DADOORIAN, 2003; INDICA, 2017). Ter um filho pode ser visto como um rito de passagem, de menina para mulher (DADOORIAN, 2003). Durante oficinas promovidas pela UNICEF, UNFPA e INDICA com adolescentes grávidas/mães e especialistas, muitas meninas relataram o desejo de ser mãe e reclamaram dos preconceitos dos profissionais nos serviços de saúde por conta da concepção da gravidez como um problema (INDICA, 2017).

Além disso, mesmo entre adolescentes cuja gravidez não foi planejada e apesar das dificuldades impostas pela gravidez e maternidade, a maioria pondera fatores positivos como a melhora no relacionamento com o parceiro e serem tratadas com mais atenção por familiares (BORGATO, 2011). Especificamente entre mães de 10 a 14 anos, foi observado maior senso de responsabilidade em relação à vida reprodutiva, maior valorização dos estudos e desejo de retomar os estudos após a gravidez (FARIAS e MOREÍ, 2012).

Antes de prosseguir, cabe um destaque. De acordo com a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006), a taxa de fecundidade observada (a quantidade de filhos tidos por mulher), se aproximou da taxa de fecundidade desejada (a quantidade de filhos que cada mulher gostaria de ter tido), em 10 anos: 1996-2006. Nesse período, ela passou de 2,5 e 1,8, respectivamente, para 1,8 e 1,6. Contudo essa diferença foi mais acentuada entre as mulheres menos escolarizadas, as negras e as que residem no Norte e Nordeste do país.<sup>12</sup> Apesar disso, a pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre 2011 e 2012, trouxe que 25,5% das mães gostariam de ter esperado mais para engravidar e que 29,9% das mães não gostariam de estar passando por aquela gestação, o que informa uma proporção de 55% de mães, de todas as idades, que não planejaram aquela gravidez (VIELLAS *et al.*, 2014).

## 1.2. Gravidez como um problema social

Já a visão da literatura que entende a gravidez na adolescência como um problema social costuma focar na vulnerabilidade da mãe, que a levaria para esse fenômeno e se agravaria após a gravidez, e enfatiza o maior risco para a saúde da mãe adolescente e do bebê em comparação com mães de outras idades. Este estudo aborda a gravidez na adolescência a partir desse foco de análise. Para compreender a gravidez na adolescência como um acontecimento intencional seriam necessárias outra metodologia de estudo e outras informações adicionais.

Nesse campo, ganha destaque a imaturidade biológica do organismo que passa por uma gravidez (SIMÕES *et al.*, 2003; COSTA e HEILBORN, 2006). Do ponto de vista do risco de saúde para a mãe e o bebê, a gravidez na adolescência apresenta maior risco de aborto natural, hipertensão, eclâmpsia,<sup>13</sup> complicações obstétricas com maior ocorrência de fistula

<sup>12</sup> Informação disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pnds/fecundidade.php>. Acesso em: 07 jan. 2021.

<sup>13</sup> Presença de convulsões na paciente com pré-eclâmpsia, que é hipertensão arterial presente após a 20ª semana de gestação em gestantes sem histórico de hipertensão. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/10.-S%C3%AAdndromes-Hipertensivas-na-Gesta%C3%A7%C3%A3o-%E2%80%93Manejo-na-Emerg%C3%AAncia.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

obstétrica<sup>14</sup> durante o parto, maior chance de partos prematuros, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal (INDICA, 2017; UNFPA, 2013; LIANG *et al.*, 2019).

Embora as mães adolescentes representem 11% de todos os nascimentos no mundo, elas respondem por 23% da carga geral de doenças relacionadas à gravidez e ao parto. A proporção de crianças natimortas entre mães adolescentes é 50% maior do que entre mães com mais de 20 anos (OMS, 2008). Cerca de 1 milhão de crianças nascidas de mães adolescentes não completam 1 ano de idade. Os bebês que sobrevivem são mais propensos a terem baixo peso ao nascer e serem prematuros do que os nascidos de mulheres de 20 a 29 anos (UNFPA, 2013). Cerca de 70 mil adolescentes em países em desenvolvimento morrem anualmente de causas relacionadas à gravidez e ao parto (UNFPA, 2013). A taxa de mortalidade materna entre 15 e 19 anos de idade é de 260 a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto entre mães de 20 a 24 anos é de 190 a cada 10 mil nascidos vivos<sup>15</sup> (LIANG *et al.*, 2019).

Esses riscos aumentam ainda mais quando a gravidez é de meninas entre 10 e 14 anos. As meninas com as maiores vulnerabilidades, e que enfrentam o maior risco de complicações e morte devido à gravidez e ao parto, são as de 14 anos ou menos (UNFPA, 2013). A probabilidade de problemas de saúde aumenta quando uma menina fica grávida até dois anos após a primeira menstruação ou quando sua pélvis e canal de parto ainda estão em desenvolvimento. A gravidez em meninas menores de 15 anos merece uma especial atenção também porque, além das complicações físicas e emocionais, muitas vezes elas podem ser um indicador de violência sexual (RNPI, 2014). De acordo com o Código Penal brasileiro,<sup>16</sup> artigo 217, ter relação sexual com menor de 14 anos é considerado estupro de vulnerável, passível de reclusão entre oito e 15 anos.

Todos esses fatores de risco, para as mães adolescentes e os bebês, sofrem forte influência da imaturidade física, da falta de acesso a cuidados obstétricos de rotina e emergenciais prestados por profissionais qualificados e de outros fatores, como a pobreza, a desnutrição, a baixa escolaridade, as situações de violência e o casamento precoce (UNFPA, 2013; INDICA, 2017). Ainda é possível observar no Brasil um viés de raça/cor na ocorrência desse fenômeno, com maior prevalência entre meninas pobres, negras e com menor escolaridade (INDICA, 2017). Em geral, essas meninas são justamente as que têm menos escolaridade e suas famílias estão nos setores mais vulneráveis da sociedade. Se elas ainda adolescentes constituem novas famílias, a possibilidade de quebra desse ciclo torna-se menor. A cada 10 meninas de 15 a 19 anos grávidas ou com filhos, em 2010, 7 eram negras e 6 não trabalhavam e nem estudavam, das meninas de 15 a 17 anos que não têm filhos, 9 em cada 10 estavam na escola, já entre as que têm um filho ou mais, menos da metade continuava estudando (UNFPA, ITAIPU Binacional, 2019).

Apesar das complicações adicionais de gravidezes na faixa etária entre os 10 e 14 anos, em geral, os esforços e recursos para o enfrentamento da gravidez na adolescência se concentram em meninas de 15 a 19 anos de idade. Quando não há a presença de registros administrativos que reúnam os dados dos nascimentos conforme a idade da mãe, não é sequer possível saber sobre os nascimentos nessa faixa etária. Esse é o caso, por exemplo, da Pesquisa por Amostra de Domicílios (PDAD), feita no Distrito Federal, que não coleta essas informações para meninas com menos de 14 anos. Em 2018, os dados sobre

<sup>14</sup> A fístula obstétrica é uma das lesões de parto mais graves e trágicas. É um buraco entre o canal de parto e bexiga ou reto causado partos prolongados e com obstrução, sem acesso a tratamento médico oportuno e de alta qualidade. Isso deixa as mulheres escorrendo urina, fezes ou ambas e, muitas vezes leva a problemas médicos crônicos, depressão, isolamento social e aprofundamento da pobreza. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/topics/fistula>. Acesso em: 22 out. 2020.

<sup>15</sup> Estudo que levou em consideração 144 países.

<sup>16</sup> Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940.

gravidez só foram coletados para as mulheres a partir de 14 anos; no entanto, a PDAD 2021 passará a coletar essas informações para mulheres a partir de 10 anos.

Este estudo conta com quatro seções. A primeira seção é esta Introdução, que busca contextualizar o tema do estudo. A seção seguinte explicita os procedimentos metodológicos adotados para subsidiar a análise, conta com informações sobre as bases de dados e os tratamentos aplicados. A terceira seção apresenta análise do estudo. Essa análise está dividida em duas subseções: a primeira sobre o perfil do parto/gestação de mães adolescentes e a segunda sobre o perfil de mães adolescentes no Distrito Federal. Por fim, a última seção apresenta as considerações finais e traz algumas recomendações encontradas na literatura, nos organismos internacionais e no Ministério da Saúde para o enfrentamento da gravidez na adolescência.

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A análise da gravidez na adolescência no Distrito Federal foi dividida em duas estratégias: 1) análise do número de mães adolescentes na população do Distrito Federal e do perfil epidemiológico desses partos, com dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); 2) descrição do perfil das mães adolescentes encontradas pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios em 2018 e pelo SINASC. As informações geradas pelas duas fontes são complementares; enquanto a primeira fonte, o SINASC, provém de registros administrativos e tem caráter de fluxo, a segunda fonte, a PDAD, provém de uma pesquisa amostral e tem caráter de estoque.

### 2.1. Fontes de informação

#### 2.1.1. Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC)

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) é desenvolvido pelo DATASUS, coordenado pelo Ministério da Saúde e alimentado por cada uma das secretarias estaduais de Saúde. O SINASC é composto pelas informações registradas na Declaração de Nascido Vivo (DNV)<sup>17</sup> com abrangência nacional. Esse sistema armazena informações sobre o perfil sociodemográfico da mãe (idade, escolaridade e cor/raça), características da gestação e do parto (número de consultas pré-natal e tipo de parto) e características do recém-nascido (peso, tempo de gestação e existência de alguma anomalia).

Na composição deste estudo, foram utilizados dois formatos de dados do SINASC: dados abertos e microdados. Os dados abertos são disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do DATASUS<sup>18</sup> e apresentam resultados consolidados para local de nascimento; local de residência da mãe; idade, raça/cor, escolaridade e estado civil da mãe; duração da gestação; tipo de parto; quantidade de consultas de pré-natal, peso ao nascer e anomalias congênitas do bebê. Os microdados são de acesso restrito e, para este estudo, foram cedidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

#### 2.1.2. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Os dados que compõem o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)<sup>19</sup> são obtidos a partir do preenchimento da Declaração de Óbito (DO),<sup>20</sup> documento obrigatório para a emissão da certidão de óbito. A DO registra dados sobre a data, local e causa do

<sup>17</sup> Esse documento é de preenchimento obrigatório para toda pessoa nascida viva em território nacional. Para mais informações sobre a Declaração de Nascido Vivo (DNV), consultar Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. Disponível em: [http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/08/inst\\_dn.pdf](http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/08/inst_dn.pdf). Acesso em: 05 maio 2020.

<sup>18</sup> Os dados agregados do SINASC são disponibilizados pelo DATASUS - Ministério da Saúde no seguinte endereço eletrônico: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 20 ago. 2020.

<sup>19</sup> Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>. Acesso em: 28 maio 2020.

<sup>20</sup> Esse documento é emitido por médicos que atestam o óbito do indivíduo. Para maiores informações sobre a Declaração de Óbito. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

óbito (conforme código da CID-10)<sup>21</sup> e perfil do indivíduo que faleceu (idade e sexo, entre outras) e no caso de óbitos fetais, ainda traz a informação da idade da mãe. Assim como os microdados do SINASC, os microdados do SIM foram cedidos pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

### 2.1.3. População total

Como referência para quantificar a população total do Distrito Federal, foi utilizado o cálculo das projeções populacionais. Para esse cálculo para o Brasil e o DF, utilizou-se as Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 (IBGE, 2020), para as Regiões Administrativas do DF as projeções populacionais por sexo e idade por RA: 2010-2020 (CODEPLAN, 2019). As projeções populacionais subsidiaram o cálculo das taxas específicas de fecundidade (TEF) juntamente com os dados sobre nascidos vivos.

### 2.1.4. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)

A PDAD é uma pesquisa amostral domiciliar de periodicidade bianual, realizada pela Codeplan. A pesquisa possui representatividade para o Distrito Federal e para as Regiões Administrativas (RAs). Os dados coletados caracterizam as condições socioeconômicas da população e permitem identificar heterogeneidades dentro do território.

Os dados da PDAD 2018 subsidiaram a maior parte da análise de perfil das mães adolescentes com informações como: número de mães adolescentes, raça/cor, quantidade de filhos, situação estudantil e ocupacional, arranjo familiar e renda domiciliar *per capita*. Contudo, permitiu analisar somente a faixa etária de 14 a 19 anos, pois as perguntas sobre fecundidade foram feitas apenas para pessoas do sexo feminino com idade igual ou superior a 14 anos.

Ademais, a PDAD tem uma limitação comum às pesquisas amostrais: não comporta qualquer desagregação. Dessa forma, a análise de perfil de mães adolescentes trouxe informações representativas para o conjunto do Distrito Federal e, em alguns momentos, foi possível segmentar o território por Regiões Administrativas conforme suas rendas médias. Nesses casos, os resultados serão apresentados por grupos de RA conforme renda variando entre baixa, média-baixa, média-alta e alta.

## 2.2. Fonte dos dados analisados e motivações para as escolhas temporais

### 2.2.1. Número de mães adolescentes na população do Distrito Federal e o perfil epidemiológico dos partos

Os dados do SINASC e do SIM disponibilizados pelo DATASUS oferecem série histórica de 1994 a 2018 e são desagregados em nível nacional e unidades da Federação. Para este estudo, foram coletados dados do DATASUS, de 1999 a 2018, para o Brasil e

---

<sup>21</sup> A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde é uma das principais ferramentas epidemiológicas do cotidiano médico. Desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a principal função do CID é monitorar a incidência e prevalência de doenças, através de uma padronização universal das doenças, problemas de saúde pública, sinais e sintomas, queixas, causas externas para ferimentos e circunstâncias sociais, apresentando um panorama amplo da situação em saúde dos países e suas populações. As causas de óbitos e doenças da CID-10 podem ser agrupadas em capítulos, grupos, categorias e causas. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060203>. Acesso em: 22 jun. 2020.

Distrito Federal. Os microdados do SINASC e do SIM, cedidos pela SES/DF, apresentam série histórica de 2007 a 2017 e referem-se aos nascimentos e óbitos ocorridos dentro do Distrito Federal.

Os dados do SINASC e do SIM foram analisados com médias móveis trienais, que abrangem um ano anterior e um posterior ao ano de referência. O uso das médias móveis visa a suavizar possíveis flutuações de curto prazo e evidenciar tendências de longo prazo. Assim, as informações geradas com microdados do SINASC e do SIM tratam do período entre 2006 e 2016. As informações geradas com dados abertos oriundos desses sistemas apresentam periodização um pouco maior e analisam os anos de 2000 a 2016.<sup>22</sup>

As análises do quantitativo de nascimentos, perfil do parto e mortalidade materna, neonatal precoce e fetal consideram os anos 2000, 2008 e 2016 para o Brasil e DF e os anos 2008 e 2016 para RAs, já que os dados solicitados à SES/DF tinham uma abrangência temporal que iniciava em 2007. Já a análise epidemiológica do nascimento apresenta informações referentes aos três anos em caso de variações ao longo do tempo e a um ponto do tempo em caso de não observação de variações. Essa análise utilizou os anos de 2000, 2008 e 2016 para o Brasil, Distrito Federal e Regiões Administrativas, e apenas 2016 para os casos em que não houve variação no tempo.

A análise sobre as Taxas Específicas de Fecundidade (TEFs) de mães adolescentes foram apresentadas utilizando dados abertos para os anos de 2001, 2006, 2011 e 2016 no Brasil e Distrito Federal. A periodização da análise das TEFs difere das análises anteriores devido ao fato de a série temporal das Projeções Populacionais para as RAs do DF, que compõe o cálculo das TEFs, ser de 2010 a 2020.

Segue, abaixo, um quadro resumo com as informações das bases de dados utilizadas, suas respectivas fontes e quais anos foram utilizados para qual nível de desagregação territorial.

**Quadro 1** - Bases de dados, desagregações e anos utilizados para cada um dos focos de análise

Base de dados	Focos de análise	Desagregação	Anos analisados	Anos utilizados para a análise	Fonte da base de dados
Dados do SINASC	Quantitativo de nascimentos de mães adolescentes e perfil do parto (tipo de parto e quantidade de consultas de pré-natal)	Brasil e Distrito Federal	2000, 2008 e 2016	1999 a 2017	DATASUS
		Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2008 e 2016	2007 a 2017	SES/DF
	Informações sobre o bebê (prematuridade, peso e anomalias congênitas)	Brasil e Distrito Federal	2016	2015 a 2017	DATASUS
		Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2016	2015 a 2017	SES/DF
Dados do SIM	Mortalidade materna e fetal	Brasil e Distrito Federal	2000, 2008 e 2016	1999 a 2017	DATASUS
		Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2008 e 2016	2007 a 2017	SES/DF
Dados do SINASC e Projeções Populacionais por sexo e idade para as Unidades Federativas	Taxas de fecundidade	Brasil e Distrito Federal	2001, 2006, 2011 e 2016	2000 a 2017	DATASUS e IBGE
Dados do SINASC e Projeções Populacionais por RA	Taxas de fecundidade	Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2001, 2006, 2011 e 2016	2000 a 2017	SES/DF e Codeplan

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

<sup>22</sup> Apesar do DATASUS disponibilizar o ano de 2018 que possibilitaria obter a média móvel em 2017, a escolha metodológica foi apresentar a média móvel até 2016 para manter a comparabilidade com as informações dos microdados. Os dados do SINASC de 2018 para o Brasil e DF foram apresentados na introdução do estudo.

## 2.2.2. Perfil das mães adolescentes no Distrito Federal

As informações de perfil provenientes da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), para as mães adolescentes de 15 a 19 anos, são referentes ao ano de 2018.

## 2.3. Desagregação da informação

As informações com origem no SINASC e SIM disponíveis no DATASUS são apresentadas em nível nacional e distrital. Os microdados de ambas as bases, cedidos pela SES/DF, permitem desagregações para as Regiões Administrativas do Distrito Federal.

Os microdados do SINASC e SIM para o DF disponibilizam o endereço da residência da mãe e o endereço de ocorrência do óbito, respectivamente. As variáveis de endereço foram utilizadas para recompor as 31 RAs do DF.<sup>23</sup> A partir da distribuição do fenômeno por RA, as regiões foram agrupadas conforme os grupos de renda da Pesquisa de Emprego e Desemprego do Distrito Federal, a PED.<sup>24</sup> Assim, agrupou-se as 31 RAs em quatro grupos de renda, conforme Quadro 1, abaixo.

**Quadro 2** - Especificações dos grupos da PED, Distrito Federal, 2018

Classificação da renda	Regiões Administrativas	População total estimada em 2018	Renda domiciliar média	Grupo
<b>Alta</b>	Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way e Sudoeste/Octogonal	384.913	R\$ 15.622,00	1
<b>Média-alta</b>	Águas Claras, Candangolândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Sobradinho, Sobradinho II, Taguatinga e Vicente Pires	916.651	R\$ 7.266,00	2
<b>Média-baixa</b>	Brazlândia, Ceilândia, Planaltina, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, SIA, Samambaia, Santa Maria e São Sebastião	1.269.601	R\$ 3.101,00	3
<b>Baixa</b>	Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA-Estrutural e Varjão	310.689	R\$ 2.472,00	4

Fonte: Codeplan, Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2018  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Para a análise, as informações serão apresentadas para o Brasil e Distrito Federal, e grupos de Regiões Administrativas quando for o caso. As informações por região administrativa estarão disponibilizadas no apêndice deste estudo.

<sup>23</sup> A recomposição das RAs de residência da mãe apresentou pequena perda, aproximadamente 0,7% para a base do SINASC e do SIM.

<sup>24</sup> A Pesquisa de Emprego e Desemprego do Distrito Federal divide as 31 Regiões Administrativas do DF em quatro grupos de renda: renda alta, renda média-alta, renda média-baixa e renda baixa. O grupo de renda alta é composto por: Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way e Sudoeste/Octogonal. O grupo de renda média-alta é composto por: Águas Claras, Candangolândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Sobradinho, Sobradinho II, Taguatinga e Vicente Pires. O grupo de renda média-baixa é composto por: Brazlândia, Ceilândia, Planaltina, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, SIA, Samambaia, Santa Maria e São Sebastião. Por fim, o grupo de renda baixa é composto por: Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA-Estrutural e Varjão.

## 2.4. Faixas etárias das mães

Outra variável relevante para a análise foi a idade das mães de nascidos vivos. As idades das mães foram apresentadas nesta análise por meio de faixas etárias. As faixas etárias de mães adolescentes foram 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, conforme a segmentação comumente identificada na literatura sobre riscos da gravidez na adolescência (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; COSTA e HEILBORN, 2006; NEVES FILHO *et al.*, 2011). Além disso, eventualmente foram utilizadas duas faixas etárias para mães adultas utilizadas na comparação com mães adolescentes: 20 a 34 anos e 35 anos ou mais (NEVES FILHO *et al.*, 2011). Essa categorização de faixa etária se estendeu às informações geradas pelo SIM.

Já as análises de perfil com dados da PDAD tratam apenas de mães adolescentes de 14 a 19 anos, como já elucidado anteriormente, e informações com origem no SINASC seguem as duas faixas etárias de mães adolescentes, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

## 2.5. Variáveis e indicadores analisados no estudo

Os indicadores analisados neste estudo estão descritos no Quadro 3, a seguir.

**Quadro 3** - Indicadores analisados

(continua)

Indicador	Descrição	Fonte da informação	Desagregação e temporalidade
Número de nascimentos	Número de nascimentos no Brasil e no Distrito Federal	SINASC	Brasil e DF - 2000, 2008 e 2016 RA - 2008 e 2016
Proporção de nascimentos por faixa etária	Proporção do total de nascimentos pelas faixas etárias: 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 35 anos; e mais de 35 anos.	SINASC	Brasil e DF - 2000, 2008 e 2016 RA - 2008 e 2016
Taxa Específica de Fecundidade (TEF)	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço.	SINASC; e CODEPLAN - projeções populacionais por faixa etária.	Brasil e DF - 2001, 2006, 2011 e 2016 RA - 2011 e 2016
Número de consultas pré-natal	O número de consultas no SINASC é apresentado nas seguintes categorias: nenhuma, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e 7 ou mais consultas. Considerou-se como número adequado as mães que realizaram mais de 7 consultas de pré-natal. (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL <i>et al.</i> , 2006; HELENA <i>et al.</i> , 2008)	SINASC	Brasil e DF - 2002*, 2008 e 2016 RA - 2008 e 2016
Tipo de parto	O tipo de parto é dividido em vaginal e cesáreo. A análise sobre tipo de parto teve como referência o parto vaginal, sendo que o residual se trata de parto cesáreo.	SINASC	Brasil e DF - 2000, 2008 e 2016 RA - 2008 e 2016
Tempo da gestação	A duração da gestação é apresentada por faixas semanais: menos de 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 semanas ou mais. Para a análise, a idade gestacional foi categorizada em prematuro e não prematuro. O nascimento prematuro é referente a idade gestacional inferior a 37 semanas. (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL <i>et al.</i> , 2006; HELENA <i>et al.</i> , 2008; NEVES FILHO <i>et al.</i> , 2011, MARTINS <i>et al.</i> , 2011)	SINASC	Brasil, DF e RA - 2016

Quadro 3 - Indicadores analisados

(continua)

Indicador	Descrição	Fonte da informação	Desagregação e temporalidade
Peso ao nascer	O peso ao nascer é apresentado em gramas. Foi categorizado em baixo peso, peso insuficiente e peso normal/sobrepeso: baixo peso $\leq$ a 2500 gramas; peso insuficiente $>$ 2500 e $<$ 3000 gramas; peso normal/sobrepeso $\geq$ 3000 gramas. (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL <i>et al.</i> , 2006; HELENA <i>et al.</i> , 2008; NEVES FILHO <i>et al.</i> , 2011; MARTINS <i>et al.</i> , 2011)	SINASC	Brasil, DF e RA - 2016
Anomalias congênitas	As anomalias são disponibilizadas no SINASC conforme o CID-10. As anomalias foram analisadas de duas formas, quanto a quantidade de anomalias incidentes e tipos de anomalias. A primeira categorização foi: sem anomalia, uma anomalia e múltiplas anomalias. A categorização de tipo de anomalia foi: do sistema nervoso (Q00 - Q07), do olho, ouvido, face e pescoço (Q10 - Q18), do aparelho circulatório (Q20 - Q28), do aparelho respiratório (Q30 - Q34), fenda labial e fenda palatina (Q35 - Q37), outras malformações congênitas do aparelho digestivo (Q38 - Q45), dos órgãos genitais (Q50 - Q56), do aparelho urinário (Q60 - Q64), malformações e deformidades congênitas do aparelho osteomuscular (Q65 - Q79), outras malformações congênitas (Q80 - Q89) e anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte (Q90 - Q99). (GUIMARÃES <i>et al.</i> , 2019).	SINASC	Brasil, DF e RA - 2016
Número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna	Proporção de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna por idade da mãe: 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 35 anos; e mais de 35 anos.  Os dados de óbitos maternos para RAs foram gerados, a partir dos microdados, segundo a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde. <sup>25</sup>	SIM e SINASC	Brasil, DF e RA - 2016
Número de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal	Número de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal de mães por idade da mãe: 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 35 anos; e mais de 35 anos.	SIM e SINASC	Brasil, DF e RA - 2016
Número de óbitos perinatais e taxa de mortalidade perinatal	Número de óbitos perinatais e taxa de mortalidade perinatal de mães por idade da mãe: 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 35 anos; e mais de 35 anos.	SIM e SINASC	Brasil, DF e RA - 2016
Distribuição dos nascimentos por escolaridade da mãe	De acordo com categorização do SINASC: sem estudo, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais anos.	SINASC	Brasil e DF - 2000, 2008 e 2016 RA - 2008 e 2016
Distribuição dos nascimentos por estado civil da mãe	Distribuição dos nascimentos entre as mães conforme a sua escolaridade. SINASC - solteira; casada ou em união estável; e outros (viúvas e separadas judicialmente/divorciadas)	SINASC	Brasil e DF - 2000, 2008 e 2016 RA - 2008 e 2016
Raça/cor	A variável raça/cor foi agrupada como: negra (preta + parda); e não negra (branca + amarela + indígena).	PDAD	DF e RA - 2018
Quantidade de filhos	Ela categorizou a quantidade de filhos em: mães com um filho e mães com mais de um filho.	PDAD	DF e RA - 2018

<sup>25</sup> A metodologia de cálculo dos óbitos maternos foi retirada do documento “Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos” disponibilizado pelo Ministério da Saúde em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Ob\\_Mu\\_Id\\_Fertil\\_Mat\\_1996\\_2012.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Ob_Mu_Id_Fertil_Mat_1996_2012.pdf). Acesso em: 24 dez. 2020.

**Quadro 3** - Indicadores analisados

(conclusão)

Indicador	Descrição	Fonte da informação	Desagregação e temporalidade
Situação ocupacional	Considerou-se ocupadas as adolescentes que responderam te um ou mais trabalhos e não ocupada as adolescentes que responderam não trabalhar.	PDAD	DF e RA - 2018
Situação estudantil	Foi categorizado a condição estudantil das adolescentes como estudantes e não estudantes de duas formas distintas, uma considerando apenas ensino formal e outra considerando outros tipos de cursos.	PDAD	DF e RA - 2018
Arranjo familiar	Duas categorias gerais, caso elas fossem responsáveis ou cônjuges do responsável pelo domicílio e caso elas estivessem nas demais condições, que sugere haver algum responsável por elas.	PDAD	DF e RA - 2018
Renda domiciliar <i>per capita</i>	A renda domiciliar <i>per capita</i> foi categorizada em relação ao salário-mínimo vigente na data de entrevista, tal que as categorias são: até ½ salário-mínimo, de ½ a 1 salário, 1 a 3 salários, 3 a 5 salários e mais de 5 salários.	PDAD	DF e RA - 2018

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* A metodologia de contabilização da quantidade de consultas pré-natal foi alterada em 2000. Assim, a série histórica sobre consultas pré-natal foi de 2002 a 2016, com análise das médias móveis.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Perfil do parto/gestação de mães adolescentes

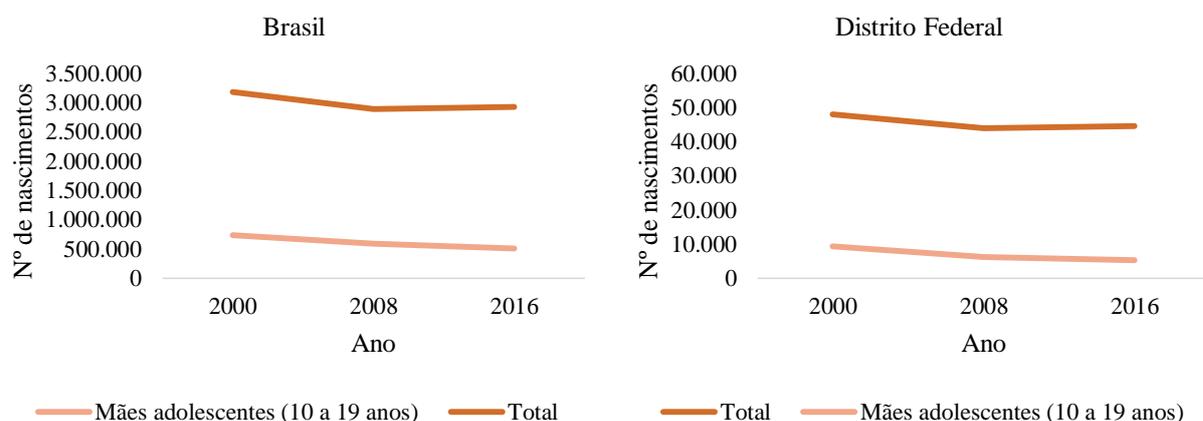
A análise de perfil dos partos de mães adolescentes conta com quatro subseções, com informações desagregadas por território (nacional, distrital e, quando de interesse, por RA) e por grupos de RAs conforme a renda. A primeira subseção apresenta o quantitativo de nascimentos de mães adolescentes. A análise sobre as Taxas Específicas de Fecundidade (TEFs) será apresentada na segunda subseção. As informações sobre características do parto e gestação e características epidemiológicas nascimento e gestação compõem outras duas subseções. A terceira subseção é referente às características sociais do parto, sendo elas adequação do pré-natal e tipo de parto, lembrando que essas características serão apresentadas ao longo do tempo, na tentativa de captar possíveis alterações na série histórica. A quarta subseção analisa as características epidemiológicas nascimento e da gestação, sendo: baixo peso e peso insuficiente, prematuridade e Taxa de Mortalidade Fetal e perinatal; esses dados serão apresentados apenas para a data de referência mais recente (2016).

##### 3.1.1. Número de nascimentos de mães adolescentes

Os dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) indicam decréscimo no total dos nascimentos no período analisado (2000-2016) tanto para o Brasil quanto para o Distrito Federal. No Brasil, em 2000 ocorreram 3.192.889 nascimentos e, em 2016, 2.933.001. No Distrito Federal, foram 48.077 nascimentos no início e 44.677 ao final do período analisado.

Entre as adolescentes, 28.141 dos nascimentos foram de mães de 10 a 14 anos, em 2000, e 24.327, em 2016, no Brasil, enquanto no DF foram 279, em 2000, e 171, em 2016. Quanto aos nascimentos de mães de 15 a 19 anos, foram registrados, no Brasil, 715.054 nascimentos, em 2000, e 485.629, em 2016, enquanto no Distrito Federal foram 9.142 nascimentos e 5.095, nos mesmos períodos.

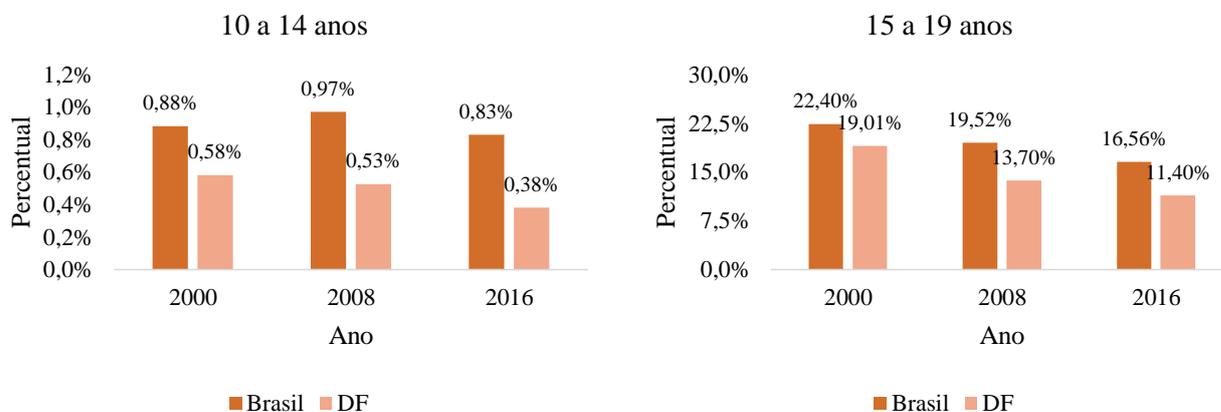
**Gráfico 1** - Evolução dos nascimentos para o Brasil e Distrito Federal - 2000, 2008 e 2016



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1999-2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Em todos os períodos analisados, o Distrito Federal apresentou quantidade relativa inferior ao volume do Brasil para os nascimentos de mães adolescentes. A participação dos nascimentos de mães adolescentes de 15 a 19 anos nos nascimentos totais de residentes do DF passou de 19,1%, em 2000, para 11,4%, em 2016. No Brasil, a participação era de 22,6%, em 2000, e 16,6%, em 2016. Observou-se uma queda contínua de 6 pontos percentuais no Brasil e de 7,6 pontos percentuais no DF. O Gráfico 2 exibe a evolução proporcional, de acordo com a idade da mãe, dos nascimentos ocorridos entre 2000 e 2016.

**Gráfico 2** - Participação relativa de nascimentos de mães de 10 a 14 e 15 a 19 anos do Distrito Federal e Brasil - 2000, 2008 e 2016

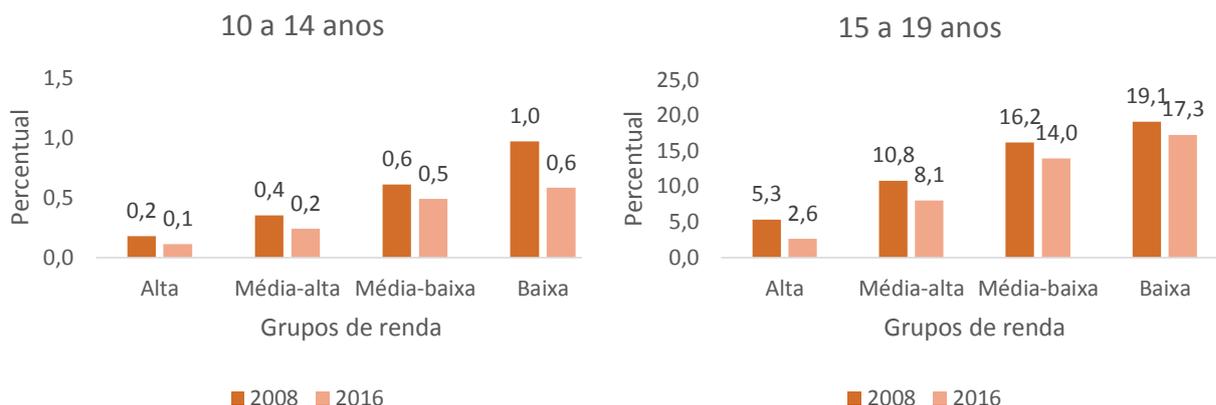


Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1999-2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

O número de nascimentos de mães de 10 a 14 anos no Distrito Federal também apresentou queda contínua no período, tendo a maior queda registrada entre 2008 e 2016 (0,53% para 0,38%). Por outro lado, o Brasil apresentou um leve aumento na proporção dos partos de mães de 10 a 14 anos, entre 2000 e 2008 (0,89% para 0,97%), voltando a cair, em 2016, para patamares inferiores ao do começo do período (0,83%).

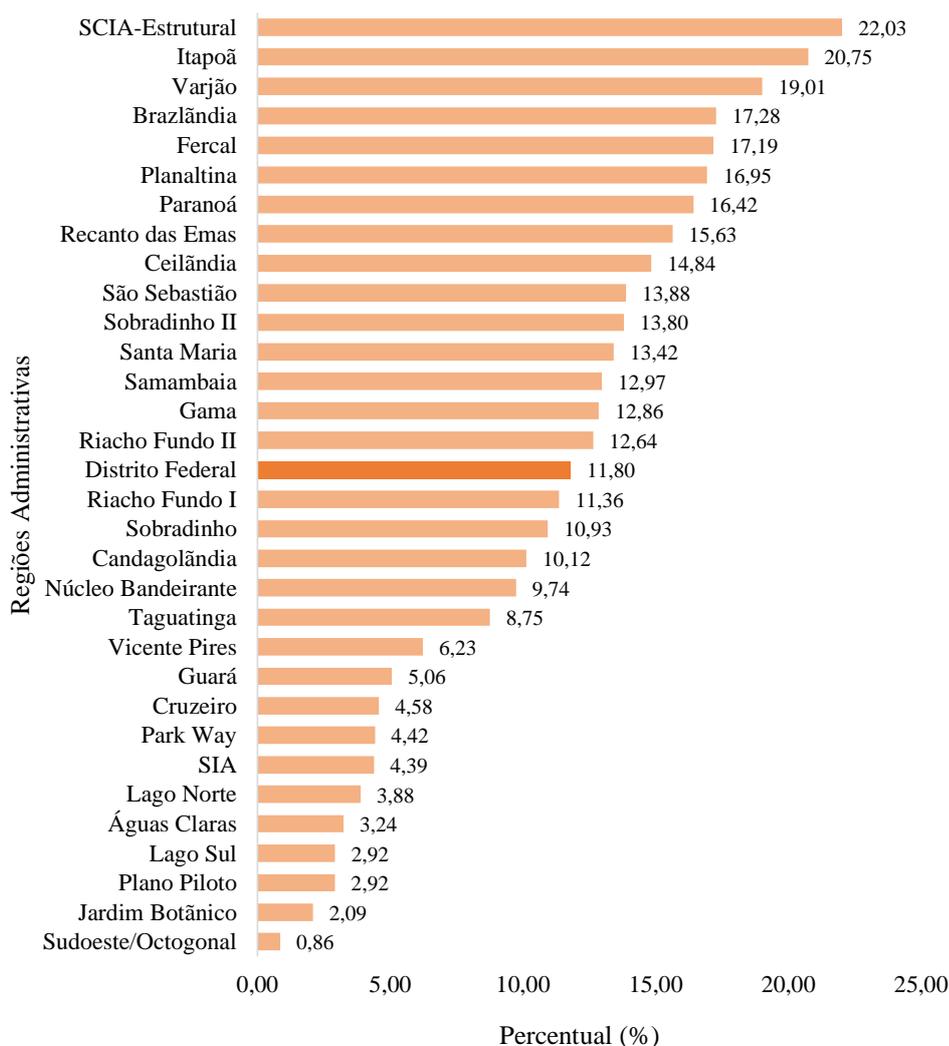
### 3.1.1.1. Nascimentos por grupo de renda e Região Administrativa

No Distrito Federal, a participação de nascimentos de mães adolescentes em ambas as faixas etárias aumenta à medida que a faixa de renda diminui. Essa situação é observada tanto em 2008 quanto em 2016. A proporção de mães adolescentes é maior nas RAs de renda baixa, logo, as menores proporções são encontradas nas RAs de alta renda. Em 2016, a diferença nas proporções de mães de 10 a 14 anos entre os grupos de RAs de menor renda, comparativamente aos de maior renda, foi de 0,47 pontos percentuais e entre a faixa etária de 15 a 19 anos chegou a quase 15 pontos percentuais.

**Gráfico 3** - Participação relativa de mães adolescentes de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos no total de nascimentos segundo grupo de renda para o Distrito Federal - 2008 e 2016

Fonte: SES, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2007-2017  
 Elaboração: DIPOS/Codeplan.

O Gráfico 4 mostra as participações de nascimentos de mães adolescentes, 10 a 19 anos, nos nascimentos totais por Região Administrativa. As maiores proporções das mães adolescentes de 10 a 19 anos estão em RA de baixa renda, como SCIA-Estrutural (22,03%), Itapoã (20,75%) e Varjão (19,01%). As RAs de alta renda apresentam as menores proporções, como Sudoeste/Octogonal (0,86%), Jardim Botânico (2,09%), Plano Piloto e Lago Sul (ambas com 2,92%). As proporções de nascimentos para ambas as faixas etárias de mães adolescentes, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, por Região Administrativa estão no Apêndice - Tabelas 4 e 5.

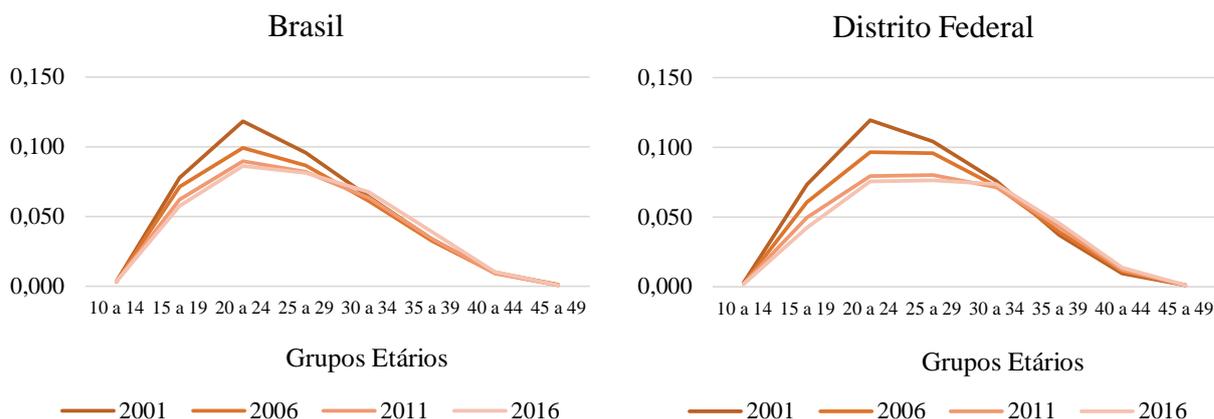
**Gráfico 4** - Proporção de nascimentos de mães adolescentes (10 a 19 anos) no total de nascimentos, segundo as Regiões Administrativas do Distrito Federal - 2016

Fonte: SES, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2007-2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

### 3.1.2. Taxas Específicas de Fecundidade do Distrito Federal e Brasil

A Taxa Específica de Fecundidade permite observar o volume de nascimentos por faixa etária considerando a quantidade de mulheres que tem aquelas idades em cada um dos locais analisados, ou seja, é um indicador que não é influenciado pelo tamanho do grupo etário.

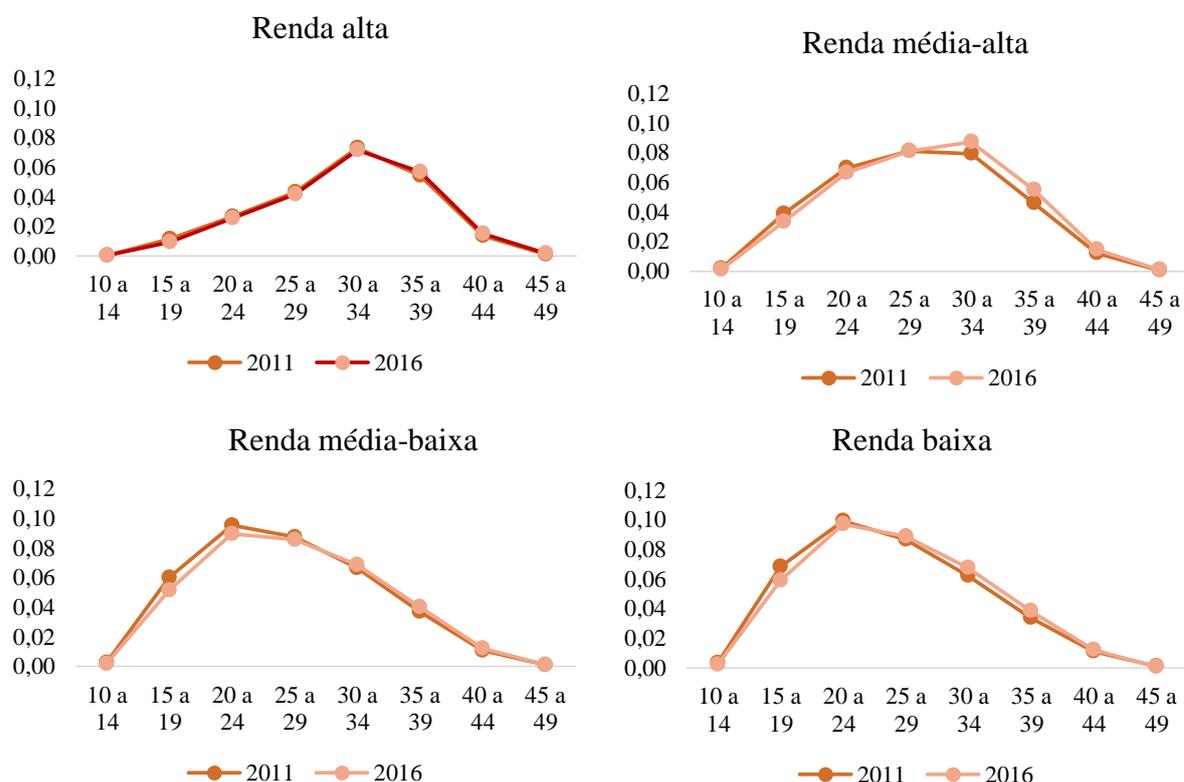
Essa taxa permite lançar um olhar sobre a evolução da idade das mães quando dos nascimentos, entre os anos de 2001 e 2016. Nesse período, para o Distrito Federal, observou-se queda nas taxas nos grupos de 10 a 34 anos e aumento para os grupos de 35 anos e mais. Chama atenção a queda da taxa para as adolescentes, de 45% entre as adolescentes de 10 a 14 anos e de 42% entre as de 15 a 19 anos. No Brasil, para esses mesmos grupos, ocorreu uma queda de 3,2% e 26,3%, respectivamente. O DF, portanto, apresentou uma queda mais intensa nas TEF nos grupos jovens (10 a 24 anos), principalmente para as mães adolescentes de 10 a 19 anos (Apêndice - Tabela 5). O gráfico, a seguir, mostra a evolução das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) para o Brasil e Distrito Federal.

**Gráfico 5** - Taxas Específicas de Fecundidade por grupos etários - Brasil e Distrito Federal - 2001, 2006, 2011 e 2016

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2000-2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

### 3.1.2.1. Taxas específicas por grupo de renda

O padrão das Taxas Específicas de Fecundidade é distinto entre os grupos de RA, de acordo com os níveis de renda, como observado no Gráfico 6. O grupo de alta renda apresenta taxas mais elevadas nas idades de 30 a 39 anos. O grupo de renda média-alta se concentra nas idades de 25 a 34 anos. Já os grupos de renda baixa e média-baixa, nas faixas etárias de 20 a 29 anos.

**Gráfico 6** - Taxas Específicas de Fecundidade por grupos etários, segundo grupo de renda - 2011 e 2016

Fonte: SES, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2007-2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Na série histórica (2011-2016), a redução das taxas de fecundidade em idades menores (10 a 14 anos e 15 a 19 anos) é comum para todos os grupos de renda. Os grupos de baixa e média-alta renda apresentaram as maiores quedas 46,5% e 47,6% respectivamente (Apêndice - Tabela 3). A RA SCIA-Estrutural, que integra o grupo de renda baixa, apresentou, para cada mil adolescentes de 10 a 14 anos quatro nascimentos e, entre 15 a 19 anos, 82 adolescentes em mil tiveram filhos no período analisado. A RA Sudoeste/Octogonal, classificada como alta renda, apresentou que, para cada mil adolescentes de 15 a 19 anos, somente 4 tiveram filhos e, para cada mil adolescentes de 10 a 14 anos, nenhuma teve filho (Apêndice - Tabela 6).

### 3.1.3. Características sociais do parto

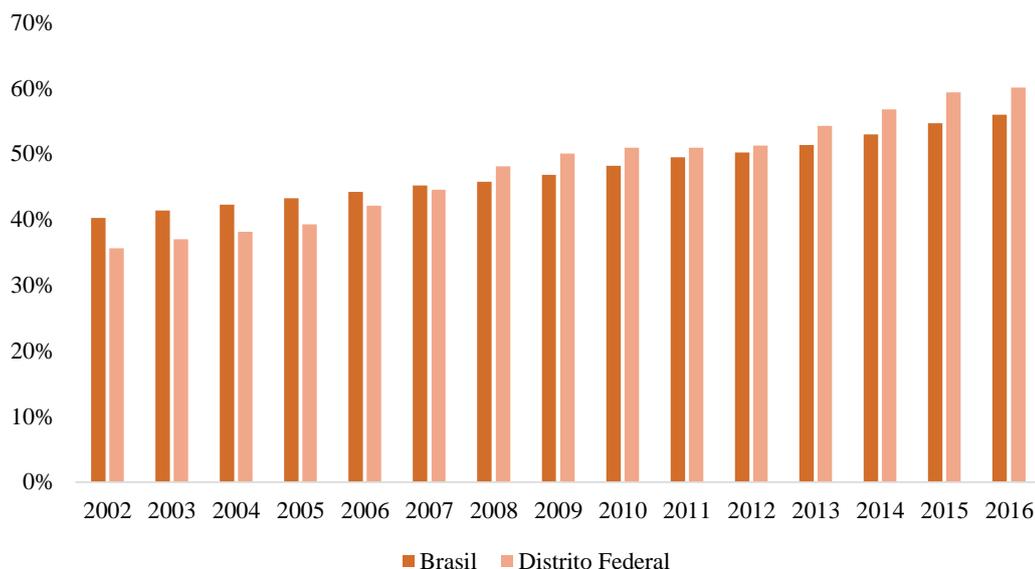
São compreendidas como características sociais do parto aquelas que envolvem questões comportamentais, que podem ser mutáveis ao longo do tempo e/ou por diferença de renda domiciliar das adolescentes, como adequação do pré-natal e tipo de mudanças nas proporções observadas. Dessa forma, as análises dessas informações estão apresentadas em série histórica ou em três pontos ao longo do tempo analisado, sendo esses anos 2000, 2008 e 2016.

#### 3.1.3.1. Pré-natal

A literatura sobre riscos da gravidez na adolescência apresenta duas opções para analisar a adequação do pré-natal. A primeira é observar a quantidade de consultas: considera-se pré-natal adequado quando o número de consultas é igual ou superior a sete (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL *et al.*, 2006). A segunda forma é observar o mês de início do pré-natal e a quantidade de consultas: considera-se pré-natal adequado quando ele é iniciado até o terceiro mês e totaliza no mínimo seis consultas (MARTINS *et al.*, 2011; HELENA *et al.*, 2008; NEVES FILHO *et al.*, 2011).

Este estudo optou por adotar a primeira opção, considerando adequado o pré-natal com sete consultas ou mais. Essa escolha se deu por dois motivos: i) os dados do SINASC só permitem a construção da segunda opção a partir de 2011, quando disponibilizam as variáveis de mês de início do pré-natal e quantidade de consultas desagregadas, e ii) ao construir a variável de adequação, se percebeu grande quantidade de valores perdidos, em média 12% por ano.

As proporções de nascimentos com pelo menos sete consultas durante o pré-natal entre mães adolescentes de 10 a 19 anos, no Distrito Federal, foram inferiores às respectivas proporções observadas no Brasil, no período entre 2000 e 2007. Essa situação se inverteu a partir de 2008: o DF apresentou proporções de nascimentos de mães adolescentes com pré-natal adequado superiores às proporções observadas no Brasil. O Gráfico 7 apresenta a série histórica das proporções de nascimentos com pré-natal adequado para mães adolescentes para o Brasil e Distrito Federal de 2002 a 2016.

**Gráfico 7** - Proporção de nascimentos com pré-natal igual ou superior a sete consultas de mães adolescentes - 10 a 19 anos - entre 2002 a 2016, no Brasil e no Distrito Federal

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Nascidos Vivos, 2001 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A Tabela 1 apresenta os nascimentos de mães adolescentes divididos em duas faixas etárias, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, e traz dados de nascimentos de mães adultas. Essas informações são apresentadas para os anos de 2002, 2008 e 2016, para o Brasil e Distrito Federal.<sup>26</sup>

**Tabela 1** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com pré-natal igual ou superior a sete consultas por faixa etária da mãe no Brasil e no Distrito Federal

Localidade	Faixa etária	2002		2008		2016	
		n	%*	n	%*	n	%*
Brasil	10 a 14	9.177	34%	10.605	38%	11.535	48%
	15 a 19	264.188	40%	258.161	46%	272.377	56%
	20 a 34	1.047.680	52%	1.195.611	60%	1.409.087	70%
	35 ou +	143.096	54%	186.730	66%	296.548	75%
Distrito Federal	10 a 14	77	29%	98	43%	87	52%
	15 a 19	2.786	36%	2.851	48%	3.037	60%
	20 a 34	17.345	52%	20.860	66%	22.700	74%
	35 ou +	2.518	63%	3.939	74%	6.607	79%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Nascidos Vivos, 2001 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos com pré-natal igual ou superior a sete consultas são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe.

Entre 2002 e 2016, tanto no Brasil quanto no Distrito Federal, houve um aumento contínuo na proporção de mães com pré-natal adequado. Enquanto no Distrito Federal o maior aumento se deu entre as mães de 15 a 19 anos (24 pontos percentuais), no Brasil esse aumento se deu entre as mães com mais de 35 anos (21 pontos percentuais).

<sup>26</sup> Como citado na metodologia, a análise sobre quantidade de consultas pré-natal iniciou em 2002 devido a mudanças metodológicas na variável no ano de 2000, o que impossibilita o cálculo das médias móveis anteriores.

No Distrito Federal, as proporções de nascimentos com pré-natal adequado de mães entre 10 e 14 anos aumentaram 23 pontos percentuais (p.p.) de 2002 a 2016. Contudo, mesmo com expressivo aumento nessas proporções, elas ficaram abaixo das proporções observadas quando comparadas às mães adultas no DF e no Brasil. Nesses três anos analisados, o grupo que apresenta a menor proporção de pré-natal adequado continua sendo o de meninas de 10 a 14 anos. Em 2016, essa proporção é de 48% no Brasil e 52% no Distrito Federal.

A menor adesão ao pré-natal adequado entre mães de 10 a 14 anos é evidenciado pela literatura (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL *et al.*, 2006; HELENA *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2011). É evidenciado também que a frequência adequada ao pré-natal confere proteção a ocorrências de complicações, principalmente, a mães adolescentes (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; HELENA *et al.*, 2008), pois existe correlação entre baixo número de consultas pré-natal com a prematuridade e baixo peso do recém-nascido (HELENA *et al.*, 2008; MELO e CARVALHO, 2014).

O olhar sobre os grupos de Regiões Administrativas conforme renda pode se dar de duas formas: analisando o comportamento dos dados entre diferentes pontos no tempo para cada grupo de RA, agrupado conforme renda (análise intragrupo), e analisando as diferenças entre os grupos de RAs, agrupados conforme renda em pontos do tempo específicos (análise intergrupo). Pela análise intragrupo, os aumentos nas proporções de nascimentos com pré-natal adequado foram observados em todos os grupos de renda para todas as faixas etárias das mães no DF, com exceção das faixas etárias de mães com mais de 20 anos no grupo de renda alta, em que as proporções diminuíram. Os aumentos se deram de forma a amenizar desigualdades sugeridas pelas diferenças de renda. Ou seja, as proporções aumentaram mais entre os grupos de renda mais baixa.

Quanto à análise intergrupos, as diferenças entre as proporções de nascimentos de mães com pré-natal adequado entre os grupos de renda são evidentes em ambas as faixas etárias em 2008 e 2016. As proporções são significativamente maiores nos grupos de renda alta se comparado com os grupos de renda baixa. Particularmente, entre as mães adolescentes, observam-se diferenças quanto à proporção de nascimentos com pré-natal igual ou superior a sete consultas entre as mães dos diferentes grupos de renda em 2008, mas não de forma significativa em 2016. Ou seja, para 2016, não se percebe padrão de aumento nas proporções de pré-natal adequado à medida que a renda do grupo aumenta, entre as mães de 15 a 19 anos. Em 2016, as proporções de nascimentos com pré-natal adequado, entre mães de 15 a 19 anos foram semelhantes em todas as faixas de renda, ficando entre o intervalo de 59% no grupo de renda média-baixa e 65% de renda média-alta. Ainda, observa-se uma diferença entre as mães de 10 a 14 anos, nas RA de renda média-baixa: 48% dessas mães tiveram um pré-natal adequado, nas RAs de renda alta foram 62%. As proporções de nascimentos com pré-natal adequado por faixa etária e grupo de renda para 2008 e 2016 encontram-se na Tabela 9 do Apêndice.

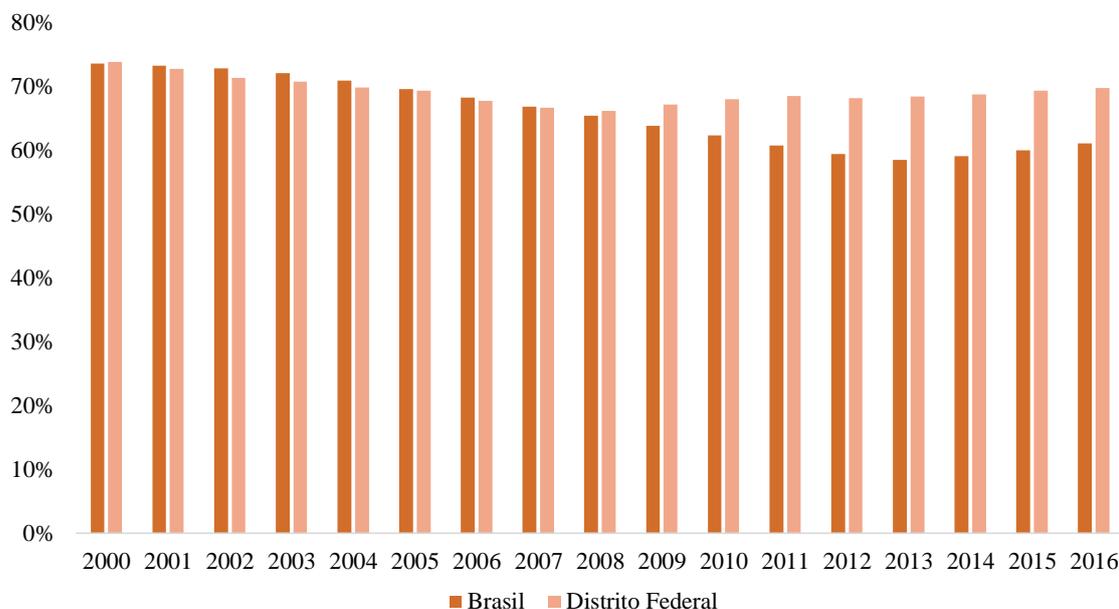
### 3.1.3.2. Tipo de parto

As proporções de nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes tiveram trajetória decrescente no Brasil no período de 2000 a 2016; passaram de 74% para 61%. Essas proporções caíram 9 p.p. na primeira metade desse período e 4 p.p. na segunda metade.

No Distrito Federal, a trajetória dessas proporções divergiu da trajetória observada no Brasil. Até o ano 2008, as proporções de nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes no DF foram próximas às respectivas proporções no Brasil. O descolamento entre essas trajetórias foi observado a partir de 2009, que resultou na diferença de 9 p.p. a mais para o DF em 2016. O Gráfico 8 mostra a trajetória ascendente das proporções de

nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes no Distrito Federal, em contraste com a trajetória decrescente do Brasil na segunda metade da série histórica.

**Gráfico 8** - Proporção de nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes - 10 a 19 anos - entre 2000 a 2016 no Brasil e no Distrito Federal



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 1999 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A Tabela 2 mostra que, no Brasil, as proporções de nascimentos por parto vaginal caíram para todas as faixas etárias de mães nos períodos analisados, o que revela aumento da escolha por parto cesáreo tanto por mães adolescentes quanto por mães adultas no Brasil e no Distrito Federal.

**Tabela 2** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos por parto vaginal por faixa etária da mãe, no Brasil e Distrito Federal

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		n	%	n	%	n	%
Brasil	10 a 14	20.546	73%	18.168	65%	15.437	64%
	15 a 19	523.658	74%	370.553	65%	296.033	61%
	20 a 34	1.268.998	59%	999.587	50%	868.387	43%
	35 ou +	140.214	52%	108.071	38%	122.138	31%
Distrito Federal	10 a 14	205	73%	153	66%	125	73%
	15 a 19	6.753	74%	3.985	66%	3.550	70%
	20 a 34	20.453	59%	15.285	47%	13.966	45%
	35 ou +	1.597	42%	1.772	33%	2.477	29%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 1999 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

No Distrito Federal, foi possível perceber diferenças nas trajetórias de proporções de nascimentos por parto vaginal entre mães adolescentes e mães adultas. Enquanto as proporções de nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes diminuíram de 2000 a 2008 e aumentaram de 2008 a 2016, as proporções de nascimentos por parto vaginal diminuíram entre as mães adultas no mesmo período, seguindo a tendência brasileira.

Ao final do período analisado, observa-se que a proporção de partos vaginais entre as mães de 10 a 14 anos, no DF, manteve-se estável e, entre as mães de 15 a 19 anos, diminuiu 4 pontos percentuais. No Brasil, em comparação, reduziu cerca de 10 pontos percentuais a proporção de partos vaginais entre mães adolescentes, para os dois grupos.

Além dessas diferenças, as mães adultas fazem relativamente menos o parto vaginal ao comparar às mães adolescentes, fato observado para o Brasil e Distrito Federal. Em 2016, a diferença entre as proporções de nascimentos por parto vaginal de mães de 15 a 19 anos e mães de 20 a 34 anos foi de 18 p.p no Brasil e 25 p.p. no Distrito Federal. Essa diferença se alarga ao comparar proporções de nascimentos por parto vaginal de mães de 10 a 14 anos em ambas as localidades. A maior proporção de partos vaginais entre as adolescentes corrobora com o mesmo achado em outros estudos (RIBEIRO *et al.*, 2000; KASSAR *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2011). De acordo com Martins *et al.* (2011), uma provável explicação para esse fenômeno pode estar relacionada à alta taxa de partos prematuros e de baixo peso ao nascer em adolescentes, que poderiam estar associados à maior ocorrência de partos vaginais de uma forma geral, os partos que se antecipam acabam sendo realizados por via vaginal), ou à política de incentivo do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de minimizar o tempo e otimizar recuperação das mães. Também é importante lembrar que a maior parte dos partos de mães adolescentes se dá entre adolescentes de menor renda que são usuárias do SUS, que por sua vez tem adotado políticas de incentivo ao parto vaginal.

Assim como no pré-natal, o olhar sobre o tipo de parto por grupos de RAs conforme a renda pode se dar com uma análise intragrupo ou intergrupo. Quanto à primeira forma, os aumentos nas proporções de nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes foram observados em todos os grupos de RAs por renda entre 2008 e 2016 (Apêndice - Tabela 08).

A análise entre grupos de Regiões Administrativas conforme renda do Distrito Federal não indica diferenças significativas nas proporções de nascimentos por parto vaginal de mães adolescentes em ambas as faixas etárias em 2008 e 2016, ou seja, as pequenas diferenças observadas se devem à quantidade pequena de observações de alguns recortes. Porém, as diferenças entre as duas faixas etárias de mães adultas são significativas: quanto maior a renda, menor a propensão ao parto vaginal. Em 2008, a diferença dessas proporções entre o grupo de baixa renda e alta renda era 31 p.p. para mães de 20 a 34 anos e 34 p.p. para mães de 35 anos ou mais. Essas diferenças se reduzem para 21 p.p. para mães de 20 a 34 anos e 23 p.p. para mães de 35 anos ou mais em 2016. As quedas nas diferenças entre ambos os grupos de renda se dividiram entre aumento do parto cesáreo no grupo de mulheres das RAs de renda baixa e aumento do parto vaginal no grupo de renda alta. Os dados de proporções de nascimentos por parto vaginal por faixa etária da mãe e grupo de renda estão disponíveis na Tabela 08 do Apêndice.

#### **3.1.4. Características epidemiológicas do recém-nascido**

As características epidemiológicas do recém-nascido são entendidas como originadas por questões biológicas e podem variar de acordo com fatores ambientais, genéticos e/ou renda, mas não devem variar com o tempo. Na série histórica analisada, não ficaram evidenciadas mudanças significativas ao longo do tempo. Por isso, as análises dessa subseção serão apresentadas apenas para o ano de 2016. Essas análises focalizam prematuridade, prevalência de baixo peso e peso insuficiente e anomalias congênitas entre os recém-nascidos.

### 3.1.4.1. Duração da gestação

A prematuridade é um aspecto epidemiológico importante no nascimento por estar fortemente relacionada com marcadores de morbidade e mortalidade perinatal, neonatal e infantil (ALMEIDA *et al.*, 2002). A prematuridade também está associada a dificuldades no desenvolvimento linguístico da criança e questões comportamentais como agitação, impaciência e inquietude (LINHARES *et al.*, 2000; ISHII *et al.*, 2006).

A variável de duração da gestação disponibilizada pelo SINASC é categorizada em faixas semanais: menos de 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 semanas ou mais. Para a análise, a idade gestacional foi categorizada em prematuro e não prematuro. O nascimento prematuro é aquele que ocorre em idade gestacional inferior a 37 semanas. (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL *et al.*, 2006; HELENA *et al.*, 2008; NEVES FILHO *et al.*, 2011, MARTINS *et al.*, 2011).

Em 2000, as proporções de nascimentos prematuros no Distrito Federal eram superiores às proporções observadas no Brasil. As proporções de nascimentos prematuros no DF chegaram próximas às proporções observadas no Brasil para todas as faixas etárias das mães em 2016. Contudo, isso se deu mediante aumento das proporções de nascimentos prematuros tanto no Brasil quanto no DF, sendo que o crescimento foi mais significativo para o Brasil. A Tabela 3 informa as quantidades absolutas e relativas de nascimentos prematuros por faixa etária da mãe em 2000, 2008 e 2016, para o Brasil e Distrito Federal.

**Tabela 3** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos prematuros por faixa etária da mãe no Brasil e no Distrito Federal em 2016

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		n	%	n	%	n	%
Brasil	10 a 14	2.439	9%	2.931	10%	4.297	18%
	15 a 19	44.580	6%	40.162	7%	59.757	13%
	20 a 34	110.848	5%	129.592	6%	205.702	10%
	35 ou mais	18.091	7%	25.205	9%	51.515	13%
DF	10 a 14	40	15%	31	13%	33	20%
	15 a 19	958	11%	538	9%	639	13%
	20 a 34	2.905	8%	2.605	8%	3.244	11%
	35 ou mais	410	11%	562	10%	1.071	13%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 1999 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Nota: As proporções de nascimentos prematuros são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe.

Em ambas as localidades e em todos os anos, as proporções relativas de nascimentos prematuros entre mães de 10 a 14 anos são consideravelmente maiores do que as proporções de nascimentos prematuros entre mães das demais faixas etárias. Quanto às mães adolescentes de 15 a 19 anos, as proporções de nascimentos prematuros são superiores às proporções observadas para mães adultas de 20 a 34 anos e semelhantes às proporções de prematuros entre as mães de mais de 35 anos. A faixa etária da mãe de menor risco de nascimentos prematuros é entre 20 e 34 anos. Portanto, a gravidez na adolescência apresenta maiores proporções de nascimentos prematuros, que ocorre relativamente de forma mais recorrente entre mães de 10 a 14 anos (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL *et al.*, 2006; HELENA *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2011).

As proporções de nascimentos prematuros não apresentaram diferenças significativas relacionadas ao nível de renda no Distrito Federal. As diferenças registradas se devem à pequena quantidade de observações em alguns recortes para mães adolescentes. O comportamento detectado para o Brasil e DF de nascimentos prematuros dentro de cada faixa etária da mãe ocorreu tanto nos grupos de renda baixa quanto nos grupos de renda alta. As proporções de nascimentos prematuros por faixa etária da mãe e grupo de renda estão no Apêndice - Tabela 09.

### 3.1.4.2. Peso ao nascer

O baixo peso ao nascer é um dos fatores de risco observados por estar correlacionado à morbidade e mortalidade perinatal e neonatal (ALMEIDA *et al.*, 2002). Para subsidiar este estudo, o peso ao nascer foi categorizado em baixo peso, peso insuficiente e peso normal/sobrepeso. O recém-nascido com peso inferior ou igual a 2500 gramas é considerado com baixo peso; com peso entre 2500 e 3000 gramas é considerado com peso insuficiente e, por fim, com peso igual ou superior a 3000 gramas está classificado como peso normal/sobrepeso. (GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL *et al.*, 2006; HELENA *et al.*, 2008; NEVES FILHO *et al.*, 2011; MARTINS *et al.*, 2011). Esta seção irá focar nos quantitativos referentes ao baixo peso e peso insuficiente do recém-nascido.

As proporções de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente foram menores para mães de 20 a 34 anos no Brasil, em 2016. A ocorrência de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente foi maior para a faixa etária de mães de 10 a 14 anos. As diferenças de proporções entre essas duas faixas etárias de mães foram 5 p.p. em baixo peso e 8 p.p. em peso insuficiente. Quanto às mães de 15 a 19 anos, a proporção de nascimentos com peso insuficiente foi maior que a respectiva proporção de mães de 20 a 34 anos.

A Tabela 4 informa as quantidades absolutas e relativas de nascimentos com peso baixo e peso insuficiente por faixa etária da mãe no Brasil e no DF, em 2016. As Tabelas 10 e 11, no Apêndice, trazem os mesmos quantitativos para os anos de 2000 e 2008, sem grandes variações de proporções entre esses três anos.

**Tabela 4** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente por faixa etária da mãe no Brasil em 2016

Localidade	Faixa etária	Baixo peso		Peso insuficiente	
		n	%*	n	%**
Brasil	10 a 14	3.279	13%	7.283	30%
	15 a 19	45.433	9%	127.380	26%
	20 a 34	159.073	8%	442.968	22%
	35 ou +	40.713	10%	87.688	22%
Distrito Federal	10 a 14	22	13%	57	34%
	15 a 19	562	11%	1.485	29%
	20 a 34	2.689	9%	7.423	24%
	35 ou +	910	11%	2.003	24%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2015 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* Proporção de nascimentos com baixo peso dentro de cada faixa etária de mães residentes no Distrito Federal.

\*\* Proporção de nascimentos com peso insuficiente dentro de cada faixa etária de mães residentes no Distrito Federal.

As considerações sobre nascimentos de baixo peso e peso insuficiente para o Distrito Federal são semelhantes às considerações feitas para o Brasil. As maiores proporções de nascimentos tanto de baixo peso quanto de peso insuficiente são observadas para a faixa etária da mãe de 10 a 14 anos. Para a faixa etária de mães de 15 a 19 anos, as proporções de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente são superiores às proporções das mães de 20 a 34 anos, com maior diferença na proporção de nascimentos com peso insuficiente.

Assim como no caso de prematuridade do recém-nascido, as ocorrências de baixo peso e peso insuficiente foram menores para a faixa etária de 20 a 34 anos e maiores para a faixa etária de 10 a 14 anos. Apesar de menor a distância relativa, a ocorrência de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente entre mães de 15 a 19 anos também é menor se comparada com mães de 20 a 34 anos. A literatura mostra que as proporções de recém-nascidos de mães adolescentes com baixo peso são maiores se comparadas às mães não adolescentes (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2005; HELENA *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2014). Essa ocorrência é mais acentuada e evidente entre mães adolescentes mais jovens (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2005; COSTA e HEILBORN, 2006).

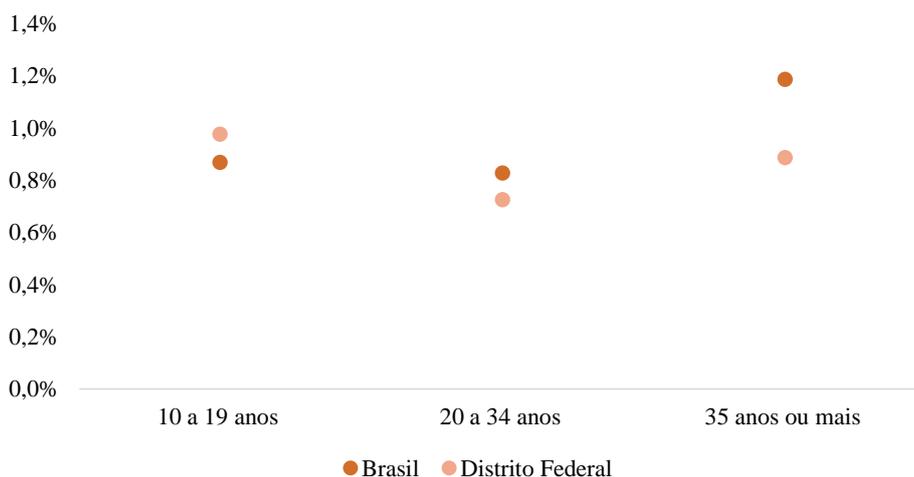
Todos os grupos de renda do Distrito Federal apresentaram proporções semelhantes às observadas para o Brasil. Assim, não há evidências de que a renda influenciou as proporções de nascimentos de baixo peso e peso insuficiente no DF, em 2008 e 2016. Nas Tabelas 12 e 13, no Apêndice, encontram-se as proporções de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente por faixa etária da mãe e grupo de renda em 2008 e 2016.

### 3.1.4.3. Anomalias congênitas

No Brasil, a maior ocorrência de nascimentos com anomalias foi observada na faixa etária de mães de 35 anos ou mais, em 2016. As proporções de nascimentos com anomalias foram 0,9% entre mães adolescentes, 0,8% entre mães de 20 a 34 anos e 1,2% de mães com 35 anos ou mais. Apesar de não haver consenso que a idade da mãe seja um fator de risco por si só para maior presença de anomalias, uma vez que os fatores sociais, ambientais e genéticos estão associados aos fatores de risco da gravidez, uma das hipóteses levantadas é que a maior presença de anomalias congênitas entre mães com mais de 35 anos pode estar relacionada ao fato de os óvulos dessas mães serem mais envelhecidos (CAETANO, NETTO, MANDUCA, 2011). Em termos absolutos, os nascimentos com anomalias totalizaram, respectivamente, 4.317, 16.339 e 4.619 para as faixas etárias das mães de 10 a 19 anos,<sup>27</sup> 20 a 34 anos e 35 anos ou mais. O Gráfico 9 mostra as proporções de nascimentos com anomalias por faixa etária, para o Brasil e DF, em 2016. As proporções para 2000 e 2008 estão no Apêndice - Tabela 14.

Os nascimentos com anomalias de mães com 35 anos ou mais no Distrito Federal totalizaram 69 (0,9%), em 2016, sendo 20% destas com múltiplas anomalias. As anomalias mais recorrentes em nascimentos de mães de 35 anos ou mais nesse ano foram: do aparelho osteomuscular (39% dos casos), cromossômicas não classificadas em outras partes (14% dos casos) e dos órgãos genitais (12% dos casos).

<sup>27</sup> No caso das anomalias congênitas, optou-se por agrupar todas as mães adolescentes pois, no ano observado, só houve um caso de anomalia entre mães de 10 a 14 anos, o que representa 0,92% dos casos entre as mães adolescentes.

**Gráfico 9** - Proporções de nascimentos com anomalia por faixa etária da mãe no Brasil e no Distrito Federal em 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2015 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A proporção de nascimentos com anomalia(s) e a ocorrência relativa de múltiplas anomalias para o recorte de mães adolescentes é próxima às respectivas proporções para mães de 35 anos ou mais. O DF registrou 36 nascimentos de mães adolescentes com anomalia, sendo 17% com múltiplas anomalias. Na faixa etária das mães de 10 a 19 anos, os nascimentos com anomalia(s) representaram 1% dos nascimentos. As anomalias mais recorrentes em nascimentos de mães adolescentes foram: do aparelho osteomuscular (50% dos casos),<sup>28</sup> dos órgãos genitais (14% dos casos) e fendas labial e palatina (10% dos casos).

A proporção de nascimentos com anomalias e ocorrência relativa de múltiplas anomalias são inferiores para a faixa etária das mães de 20 a 34 anos, comparativamente às outras faixas etárias. Para mães de 20 a 34 anos, os nascimentos com anomalias totalizam 0,7% dos nascimentos (182 nascimentos), no DF, sendo 11% com múltiplas anomalias. Em 2016, as anomalias mais recorrentes nesses nascimentos foram: do aparelho osteomuscular (50% dos casos), dos órgãos genitais (11% dos casos) e do sistema nervoso (10% dos casos).

Quanto à análise por grupo de Regiões Administrativas por renda, as proporções de ocorrência de anomalias congênitas são próximas ao Brasil e DF e não aparentam diferenças significativas por nível de renda. Assim, não há evidências de que a renda influenciou nas proporções de nascimentos com anomalia(s) no DF, em 2016. Na Tabela 15, no Apêndice, estão apresentadas as proporções de nascimentos com anomalia(s) por faixa etária da mãe e grupo de renda em 2016.

### 3.1.5. Taxas de mortalidade neonatal precoce, fetal e materna

A mortalidade neonatal é um dos fatores de risco de gravidez na adolescência (ALMEIDA *et al.*, 2002; CONDE-AGUDELO, BELIZÁN e LAMMERS, 2005). A Taxa de

<sup>28</sup> Proporção de nascimentos com essa anomalia relativa ao total de nascimentos com alguma anomalia, na faixa etária de referência da mãe. Como o objetivo é reconhecer as anomalias de maior recorrência para a faixa etária da mãe, a soma dessas proporções não totalizará 100%, pois o recém-nascido pode ter mais de uma anomalia e ser contabilizado mais de uma vez.

Mortalidade Neonatal Precoce é calculada por meio da relação de número de óbitos de bebês de 0 a 6 dias de idade, nascidos em um determinado território, e número de nascidos vivos de mães desse território, multiplicado por 1.000 (BRASIL, 2009). A Tabela 5 apresenta os números de óbitos neonatais precoce e a Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce dividido por faixa etária da mãe para o Brasil e Distrito Federal em 2000, 2008 e 2016.

**Tabela 5** - Número de óbitos perinatais e Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce de 2000, 2008 e 2016

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		Óbitos neonatais precoce	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	Óbitos neonatais precoce	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	Óbitos neonatais precoce	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
Brasil	10 a 14	419	14,9	406	14,4	311,7	12,8
	15 a 19	5.991	8,4	4.621	8,2	3.631,3	7,5
	20 a 34	13.388	6,2	12.221	6,1	11.311,3	5,6
	35 ou +	2.112	7,8	2.053	7,1	2.673,3	6,7
Distrito Federal	10 a 14	3	10,7	3	11,5	1,7	9,8
	15 a 19	81	8,8	46	7,6	41,7	8,2
	20 a 34	216	6,2	163	5,0	165,7	5,4
	35 ou +	24	6,3	40	7,3	63,7	7,5

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 1999 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan

As taxas de mortalidade neonatal precoce entre mães adolescentes são mais altas que as taxas entre mães adultas, o que é observado tanto para o Brasil quanto para o DF nos três anos apresentados acima (2000, 2008 e 2016). A taxa de mortalidade entre mães de 10 a 14 anos é menor no DF se comparado com o Brasil e, entre as mães de 15 a 19 anos, as taxas ficam mais próximas. Para mães adultas, as taxas de mortalidade neonatal do DF também são próximas. Dessa forma, a ocorrência relativa de óbitos neonatais precoce de mães adolescentes é maior que entre os óbitos neonatais das mães adultas, o que corrobora com o encontrado na literatura.

Olhando ao longo do tempo, o Brasil mostrou uma tendência de queda da Taxa de mortalidade Neonatal para todas as faixas etárias de mães. Em contraponto, o Distrito Federal não apresentou essa mesma tendência.

As taxas de mortalidade neonatal precoce não apresentaram tendência relacionada ao grupo de renda no Distrito Federal. Os quantitativos de óbitos neonatais precoce e taxa de mortalidade neonatal precoce por grupos de renda, em 2008 e 2016, se encontram no Apêndice - Tabela 16.

Outra taxa que compõe os fatores de risco da gravidez na adolescência é a Taxa de Mortalidade Fetal. Ela é calculada pela relação de número de óbitos fetais, com 22 semanas ou mais, de mães residentes em um determinado território e número de nascidos vivos de mães residentes naquele território acrescido do número de óbitos fetais, multiplicado por 1.000 (BRASIL, 2009). A Tabela 6 apresenta os números de óbitos fetais e a Taxa de Mortalidade Fetal por faixa etária da mãe para o Brasil e Distrito Federal em 2000, 2008 e 2016.

**Tabela 6** - Quantitativo de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal de 2000, 2008 e 2016

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal	Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal	Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal
Brasil	10 a 14	325	11,5	362	12,9	365	14,8
	15 a 19	6.057	8,5	4.970	8,8	4.964	10,1
	20 a 34	18.178	8,4	17.015	8,4	17.970	8,8
	35 ou +	4.394	16,2	4.143	14,4	5.313	13,2
Distrito Federal	10 a 14	2	6,0	3	11,5	3,3	19,2
	15 a 19	73	8,0	44	7,3	45	8,8
	20 a 34	250	7,2	233	7,2	237,3	7,6
	35 ou +	52	13,7	64	11,8	91,3	10,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 1999 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Nota: Os óbitos apresentam valores quebrados em razão da utilização das médias móveis.

As taxas de mortalidade fetal são maiores para mães adolescentes de 10 a 14 anos e mães adultas com 35 anos ou mais no Brasil e no DF nos três anos representados na tabela acima, com exceção do DF em 2000. A Taxa de Mortalidade Fetal entre mães de 10 a 14 anos no DF é menor se comparado com o Brasil em 2000 e 2008, mas foi maior em 2016. Para mães de 15 a 19, a taxa no Distrito Federal é inferior ao observado no Brasil nesses três anos. Portanto, entre mães adolescentes, de 10 a 14 anos, a maternidade apresenta maior risco.

Ao observar as taxas de mortalidade fetal por grupo de renda em 2016, é possível perceber que as taxas foram maiores em grupos de renda baixa e média-baixa se comparado com as taxas encontradas em grupos de renda alta e média-alta. Isso aconteceu nas quatro faixas etárias. O mesmo movimento não foi observado no ano de 2008. A Tabela 7 apresenta o quantitativo de óbitos fetais e a Taxa de Óbito Fetal por grupo de renda em 2008 e 2016.

**Tabela 7** - Número de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal por grupo de renda em 2016

(continua)

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal	Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal
Baixa renda	10 a 14	0,3	7,0	1,3	40,00
	15 a 19	6,0	6,4	8,7	9,04
	20 a 34	25,0	7,2	32,7	8,48
	35 ou +	9,3	20,5	11,0	15,43
Média-baixa renda	10 a 14	1,3	10,6	1,3	13,20
	15 a 19	21,0	6,3	25,0	8,64
	20 a 34	117,0	7,8	126,0	8,60
Média-alta renda	35 ou +	29,0	14,2	42,3	13,76
	10 a 14	0,7	14,1	0,3	9,71
	15 a 19	12,0	8,1	10,0	8,59
	20 a 34	64,7	6,3	63,7	6,36
	35 ou +	19,0	10,1	27,7	8,66

**Tabela 7** - Número de óbitos fetais e taxa de mortalidade fetal por grupo de renda em 2016  
(conclusão)

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal	Óbitos fetais	Taxa de Mortalidade Fetal
Alta renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	2,3	9,8	0,3	3,06
	20 a 34	12,0	3,7	10,3	4,08
	35 ou +	4,3	4,2	8,7	5,67

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Nota: Os óbitos apresentam valores quebrados em razão da utilização das médias móveis.

Por fim, a Taxa de Mortalidade Materna compõe a análise epidemiológica do parto. Ela é calculada com a relação entre o número de óbitos de mulheres residentes por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério e o número de nascidos vivos de mães residentes em um determinado território, multiplicado por 1.000.<sup>29</sup> A Tabela 8 mostra o número de óbitos maternos e a Taxa de Mortalidade Materna por faixa etária da mãe, em 2016, para o Brasil e Distrito Federal.

**Tabela 8** - Número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna de 2000, 2008 e 2016

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		Óbitos maternos	Taxa de Mortalidade Materna	Óbitos maternos	Taxa de Mortalidade Materna	Óbitos maternos	Taxa de Mortalidade Materna
Brasil	10 a 14	15	0,5	13	0,5	14	1,7
	15 a 19	234	0,3	232	0,4	207	1,3
	20 a 34	1.036	0,5	1.045	0,5	1.044	0,5
	35 ou +	419	1,5	422	1,5	444	1,1
Distrito Federal	10 a 14	0	-	0	-	0	-
	15 a 19	1	0,1	1	0,2	1	0,4
	20 a 34	12	0,3	17	0,5	11	0,4
	35 ou +	4	1,1	4	0,8	8	1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 1999 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Com as informações acima, é possível perceber uma relação entre faixas etárias de mães com 35 anos ou mais e a ocorrência relativa de óbitos maternos. Em todos os anos observados, essa faixa etária de mães tem maior Taxa de Mortalidade Materna, tanto no Brasil quanto no Distrito Federal. Quanto às taxas para mães adolescentes de 10 a 14 anos, não foi observado óbitos no DF nos anos de 2000, 2008 e 2016. Ademais, a Taxa de Mortalidade Materna no Distrito Federal entre mães de 15 a 19 anos é significativamente inferior à taxa observada no Brasil.

As taxas de mortalidade materna não apresentam padrões ao serem observadas por grupos de renda. Os quantitativos de óbitos maternos e Taxa de Mortalidade Materna por grupos de renda se encontram no Apêndice - Tabela 17.

<sup>29</sup> Metodologia de cálculo sob indicação do Ministério da Saúde por meio do DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>. Acesso em: 05 out. 2020.

Ressalta-se, ainda, que, em razão dos números de óbitos serem muito baixos, essas variações para cima ou para baixo das taxas ao longo do tempo podem não representar uma tendência.

### 3.2. Perfil das mães adolescentes

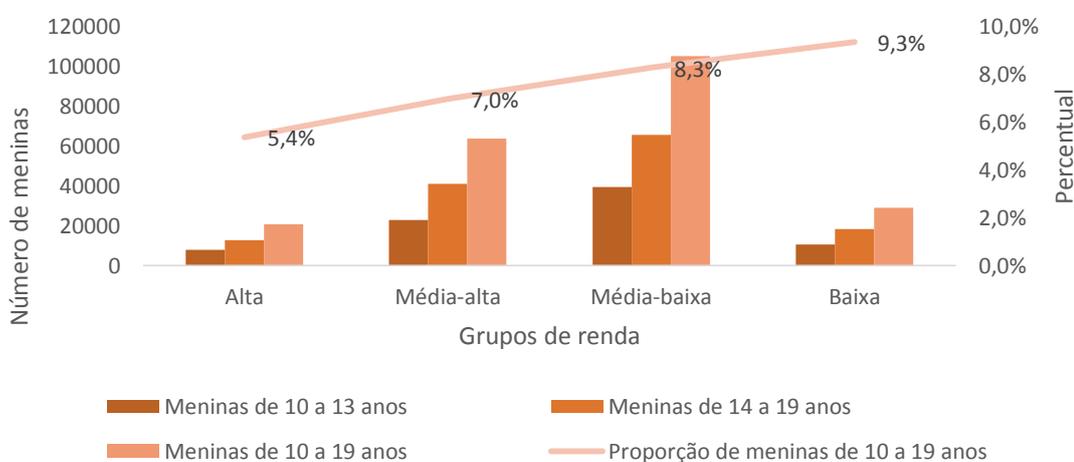
A análise de perfil das mães adolescentes foi realizada quase em sua totalidade com dados da PDAD 2018. Com os dados coletados, foi possível analisar as mães adolescentes apenas dentro da faixa etária de 14 a 19 anos. As características analisadas incluem: a quantidade de mães adolescentes, raça/cor, quantidade de filhos, situação estudantil e ocupacional, arranjo familiar e renda domiciliar *per capita*. Além dos dados da PDAD, a análise de perfil também utiliza, de forma complementar, informações de raça/cor, escolaridade e estado civil do SINASC.

#### 3.2.1. Número de mães adolescentes no Distrito Federal

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), em 2018, o contingente populacional de crianças/adolescentes de 10 a 19 anos, no Distrito Federal era de 443.454 pessoas, representando 15,4% da população total (2.881.900). Do total de adolescentes, 49% eram do sexo feminino: 218.438 meninas.

Quando distribuída a população adolescente do sexo feminino, observa-se que a maior parte das meninas se encontrava nas RAs de renda média-baixa (cerca de 105 mil), seguida das RAs de renda média-alta com, aproximadamente, 64 mil. As RAs de renda alta e baixa contavam aproximadamente com o mesmo contingente de meninas, 20 mil e 29 mil, respectivamente. Contudo, quando se observa a proporção de meninas em relação a cada um dos grupos de RAs por renda, percebe-se que o volume era proporcionalmente maior nos grupos de RAs de baixa renda, onde 9,3% da população era composta por meninas de 10 a 19 anos. Essa participação se reduzia à medida que a renda média das RAs aumenta, sendo de 5,4% nas RAs de alta renda (Gráfico 10).

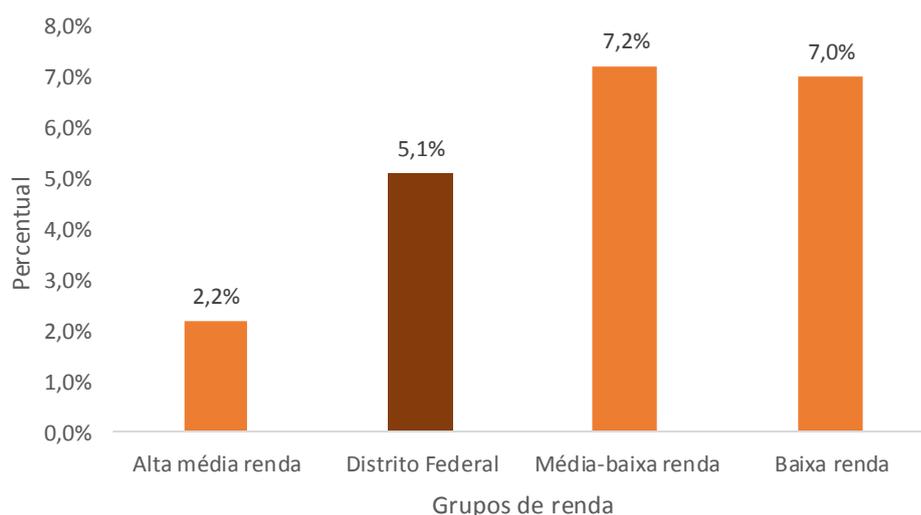
**Gráfico 10** - Participação absoluta e relativa por grupo de renda de meninas entre 10 e 19 anos por faixa etária, Distrito Federal - 2018



Fonte: PDAD 2018 - DIEPS/Codeplan  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

As adolescentes do sexo feminino com idades entre 14 a 19 anos, em 2018, no Distrito Federal eram 137.722. Desse total, 7.077 eram mães, o que representava 5,1% dessa população. Ao se distribuir esses resultados por grupos de RAs por renda, observa-se que: do total de adolescentes do sexo feminino no grupo de RAs de média-baixa renda, 7,2% eram mães; no grupo de baixa renda, 7,0%; no de média-alta, 2,2%; e no de alta renda, foram localizadas apenas 202 mães adolescentes, como o coeficiente de variação foi superior a 0,25 não se pode dizer que essa informação seja representativa. Ou seja, no Distrito Federal, quanto menor a renda maior a participação relativa de mães adolescentes (Gráfico 11). Cabe ressaltar que os grupos de média-baixa e baixa renda apresentaram percentual acima da média do Distrito Federal, que foi de 5,1%.

**Gráfico 11** - Proporção de mães entre as adolescentes de 14 a 19 anos, segundo os grupos de renda - 2018



Fonte: PDAD 2018 - DIEPS/Codeplan

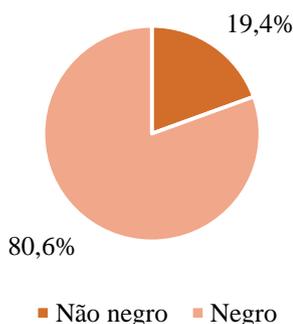
Elaboração DIPOS/Codeplan.

Nota: A proporção de mães adolescentes no grupo de renda alta não é representativa.

### 3.2.2. Raça/cor das mães adolescentes no Distrito Federal

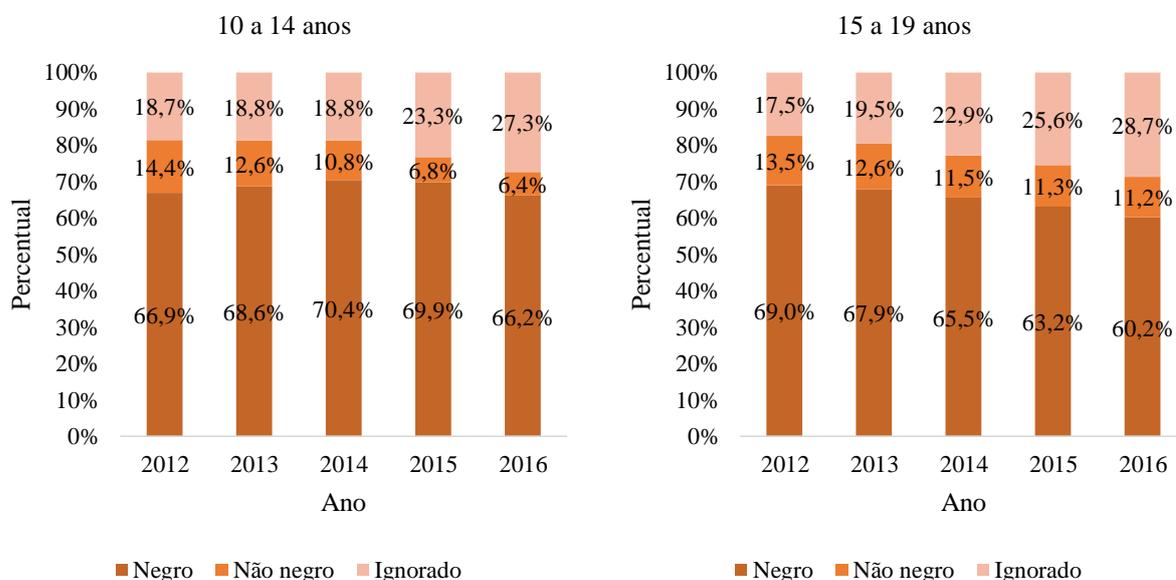
No quesito raça/cor, verificou-se que o percentual de mães adolescentes negras na população era consideravelmente superior à proporção de mães adolescentes não negras: 80,57% e 19,43 %, respectivamente, de acordo com a PDAD. Essa proporção era notadamente superior à proporção da população negra do Distrito Federal (57,6%) (CODEPLAN, 2020).

Cabe destacar que, em razão do baixo número de mães adolescentes encontradas no Distrito Federal, não foi possível desagregar essa informação por grupos de RAs por renda, ou seja, quando se desagrega ela deixa de ser representativa. Contudo, cabe mencionar que, no grupo de alta renda, não houve nenhum caso de mãe adolescente não negra, na PDAD 2018, ou seja, durante a pesquisa não foi coletada a informação de nenhuma mãe adolescente não negra que resida nessas Regiões Administrativas.

**Gráfico 12** - Mães adolescentes com idades de 14 a 19 anos, segundo raça cor - Distrito Federal - 2018

Fonte: PDAD 2018 - DIEPS/Codeplan  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A informação de raça/cor trazida pela PDAD pode ser complementada com as informações do SINASC. Nesse caso, os dados referem-se às mães adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, dos nascidos entre 2012 e 2016,<sup>30</sup> como apresentado no Gráfico 13. A quantidade de informações em que a raça/cor da mãe adolescente não era informada aumentou de 2012 para 2016, de 18,7% para 27,3% entre mães de 10 a 14 anos e 17,5% para 28,7% entre mães de 15 a 19 anos. Ainda assim, é possível observar a predominância de mães negras comparativamente às mães não negras para ambas as faixas etárias de adolescentes. Mesmo considerando os dados ignorados, a proporção de mães adolescentes negras estava entre 60% e 70% para as duas faixas etárias de 2012 a 2016. As proporções superiores de negras entre mães adolescentes são encontradas em diversas análises de perfil de mães adolescentes em diferentes cidades no Brasil (AQUINO *et al.*, 2003; SABROZA *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2011; FOSSA *et al.*, 2015, INDICA, 2017).

**Gráfico 13** - Proporção de registro de raça/cor de mães adolescentes de nascidos de 2012 a 2016, Distrito Federal

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2007 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

<sup>30</sup> Os dados sobre raça/cor da mãe aparecem nos microdados a partir de 2010, mas o ano de 2010 apresentou maior quantidade de informações perdidas que informações preenchidas. Portanto, descartando o ano de 2010 e com a média móvel, a série histórica iniciou em 2012.

Na análise de RAs por grupo de renda, a proporção de mães negras era maior que a proporção de mães não negras para todos os grupos de RAs por renda em ambas as faixas etárias tanto em 2012 quanto em 2016. Outro ponto interessante é a proporção de informações ignoradas (que parecem registradas no SINASC como não informado) entre os grupos de renda. Os grupos de RAs de renda baixa e de renda alta possuíam maior proporção de informações ignoradas de raça/cor sobretudo em 2016.

**Tabela 9** - Proporção de nascimentos conforme a raça/cor da mãe por grupos de renda em 2012 e 2016

10 a 14 anos					
Grupos de renda	Raça/cor	2012		2016	
		n	%	n	%
Renda baixa	Negro	35	70,7%	15	46,9%
	Não negro	4	8,8%	3	8,3%
	Ignorado	10	20,4%	14	44,8%
Renda média-baixa	Negro	84	66,4%	71	71,6%
	Não negro	17	13,6%	6	5,7%
	Ignorado	25	19,9%	23	22,7%
Renda média-alta	Negro	34	66,0%	24	71,6%
	Não negro	11	20,5%	2	6,9%
	Ignorado	7	13,5%	7	21,6%
Renda alta	Negro	3	56,3%	2	42,9%
	Não negro	1	18,8%	0	7,1%
	Ignorado	1	25,0%	2	50,0%
15 a 19 anos					
Grupos de renda	Raça/cor	2012		2016	
		n	%	n	%
Renda baixa	Negro	693	71,4%	452	47,6%
	Não negro	83	8,6%	82	8,7%
	Ignorado	195	20,1%	415	43,7%
Renda média-baixa	Negro	2.205	69,1%	1.801	62,8%
	Não negro	426	13,3%	294	10,3%
	Ignorado	561	17,6%	771	26,9%
Renda média-alta	Negro	939	69,9%	773	67,0%
	Não negro	216	16,1%	176	15,3%
	Ignorado	188	14,0%	205	17,8%
Renda alta	Negro	57	44,1%	29	27,0%
	Não negro	36	28,1%	14	13,2%
	Ignorado	36	27,8%	65	59,8%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2015 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

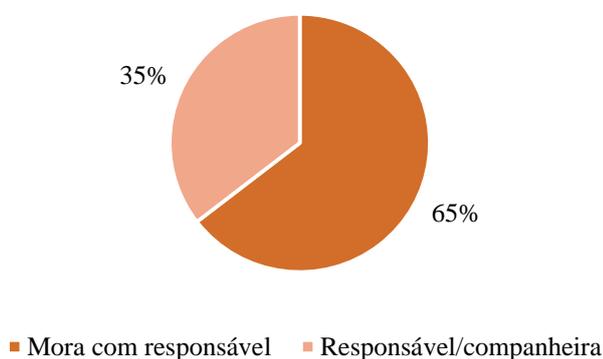
### 3.2.3. Estado civil/conjugal e responsabilidade pelo domicílio das mães adolescentes no Distrito Federal

Segundo os dados da PDAD, 98% das adolescentes de 14 a 19 anos estavam solteiras, em 2018, e 2% estavam casadas ou em união estável regularizada em cartório. Entretanto, ao considerar adolescentes que eram mães, essa proporção mudou consideravelmente. Entre adolescentes mães, 83% estavam solteiras e 17% estavam

casadas ou em união estável regularizada em cartório em 2018. Outro dado interessante da PDAD é que, de acordo com a composição domiciliar, aproximadamente 54% das adolescentes que eram mães moravam com companheiro. As informações sobre estado civil e responsabilidade pelo domicílio concordam com a literatura. Apesar de a maioria ainda residir com a família de origem, proporção significativa de mães adolescentes residem com companheiros (AQUINO *et al.*, 2003; BORGATO, 2011). Até mesmo entre meninas de 10 a 14 anos, a união estável é presente entre mães adolescentes (FARIAS e MOREÉ, 2012; UNFPA, 2013).

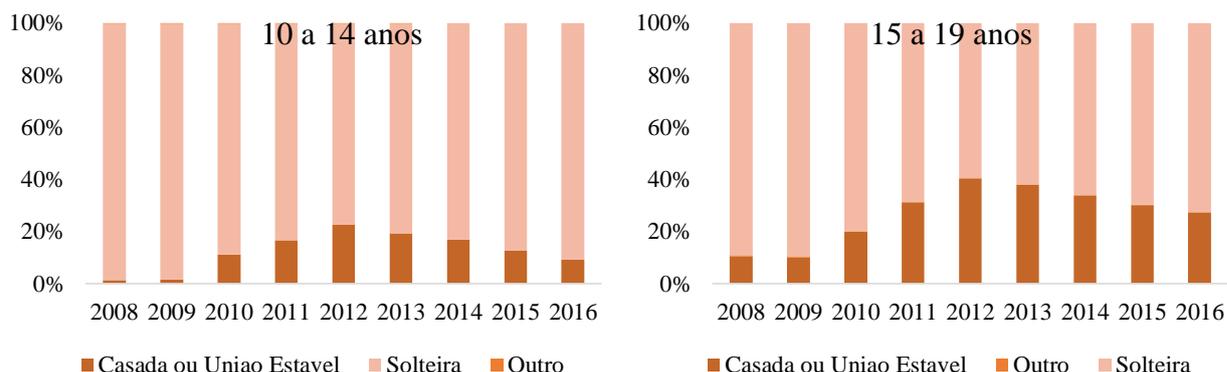
Quanto a ser responsável pelo domicílio ou residir com um responsável, observa-se que 95% das adolescentes de 14 a 19 anos do sexo feminino moravam com ao menos um responsável. Como contraponto, 65% das mães adolescentes moravam com ao menos um responsável e 35% eram responsáveis ou companheiras dos responsáveis pelo domicílio, no DF, em 2018. O Gráfico 14 apresenta a posição das mães adolescentes quanto à responsabilidade do domicílio.

**Gráfico 14** - Proporção de mães adolescentes que moram com responsável pelo domicílio ou que são responsáveis/companheira do responsável, Distrito Federal, 2018



Fonte: PDAD 2018 - DIEPS/Codeplan  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

A proporção de nascimentos de mães adolescentes solteiras entre 10 e 14 anos caiu de 2008 a 2016; passou de 98,5% para 91%, de acordo com o SINASC. Entre as mães adolescentes de 15 a 19 anos, essa proporção também caiu no mesmo período, de 89% para 73%. Conseqüentemente, as proporções de nascimentos de mães adolescentes casadas ou em união estável aumentou ao longo da série histórica para as duas faixas etárias. As proporções passaram de 1% para 9% para a faixa etária de 10 a 14 anos e de 10% para 27% para a faixa etária de 15 a 19 anos. O ano de 2012 apresentou o pico de proporção de nascimentos cujas mães adolescentes eram casadas ou estavam em união estável, para ambas as faixas etárias. O Gráfico 15 mostra a diferença de proporções de estado civil de mães adolescentes, por nascimentos, para o Distrito Federal, de 2008 a 2016.

**Gráfico 15** - Estado civil de mães adolescentes entre 10 e 14 anos e 15 a 19 anos no Distrito Federal de 2008 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2007 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Ao observar os grupos de RAs por renda, é possível perceber o aumento da proporção de mães adolescentes cujo estado civil era casada ou em união estável de 2008 para 2016 em todos os grupos de renda e para ambas as faixas etárias, com exceção do grupo de renda alta para mães de 10 a 14 anos em que as proporções se mantêm em zero. Em 2008, as proporções de mães casadas ou em união estável não variavam muito entre grupos de renda. Já em 2016, a proporção de mães de 15 a 19 anos casadas ou em união estável no grupo de RAs de renda baixa foi superior às proporções observadas nos demais grupos de RAs por renda.

**Tabela 10** - Proporção de nascimentos conforme a raça/cor da mãe por grupos de renda em 2012 e 2016

10 a 14 anos					
Grupos de renda	Estado civil	2008		2016	
		n	%	n	%
Renda baixa	Casada ou união estável	0	0,0%	4	11,8%
	Solteira	47	100,0%	27	88,2%
Renda média-baixa	Casada ou união estável	2	1,6%	7	7,5%
	Solteira	123	98,1%	91	92,5%
Renda média-alta	Casada ou união estável	1	1,4%	4	12,7%
	Solteira	46	97,9%	30	87,3%
Renda-alta	Casada ou união estável	0	0,0%	0	0,0%
	Solteira	8	100,0%	5	100,0%
15 a 19 anos					
Grupos de renda	Estado civil	2008		2016	
		n	%	n	%
Renda baixa	Casada ou união estável	88	9,5%	330	35,2%
	Solteira	832	90,1%	606	64,7%
Renda média-baixa	Casada ou união estável	342	10,5%	692	24,5%
	Solteira	2.916	89,2%	2.124	75,3%
Renda média-alta	Casada ou união estável	159	10,9%	313	27,4%
	Solteira	1.288	88,7%	829	72,6%
Renda-alta	Casada ou união estável	22	9,6%	27	25,5%
	Solteira	209	90,1%	79	73,9%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2015 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

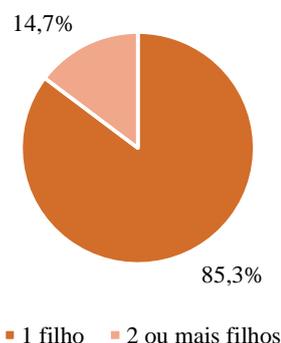
### 3.2.4. Quantidade de filhos das mães adolescentes do Distrito Federal

Ainda segundo a PDAD 2018, do total de mães adolescentes com idades entre 14 a 19 anos, 85,3% tinham um filho e 14,7% dois filhos (Gráfico 16).

Quanto às mães que tiveram o segundo filho, estudos mostram que, nesse caso, a gravidez nem sempre é indesejada. Ao contrário, pesquisas qualitativas apontam que, muitas vezes, tanto a moça quanto o rapaz planejam a gravidez ou, pelo menos, não se esforçam muito para evitá-la e ficam contentes quando esta é confirmada. (INÁCIO e RASERA, 2016). Em pesquisa amostral entre gestantes de um hospital do Paraná, 31,9% declararam que a gravidez foi desejada (OLIVEIRA JUNIOR, 2003).

Ainda assim, cabe destacar que a reincidência da gravidez na adolescência pode reduzir a possibilidade de retorno aos estudos e aumentar a probabilidade de repetidas gestações (NERY *et al.*, 2011).

**Gráfico 16** - Mães adolescentes com idades de 14 a 19 anos, segundo número de filhos - Distrito Federal - 2018



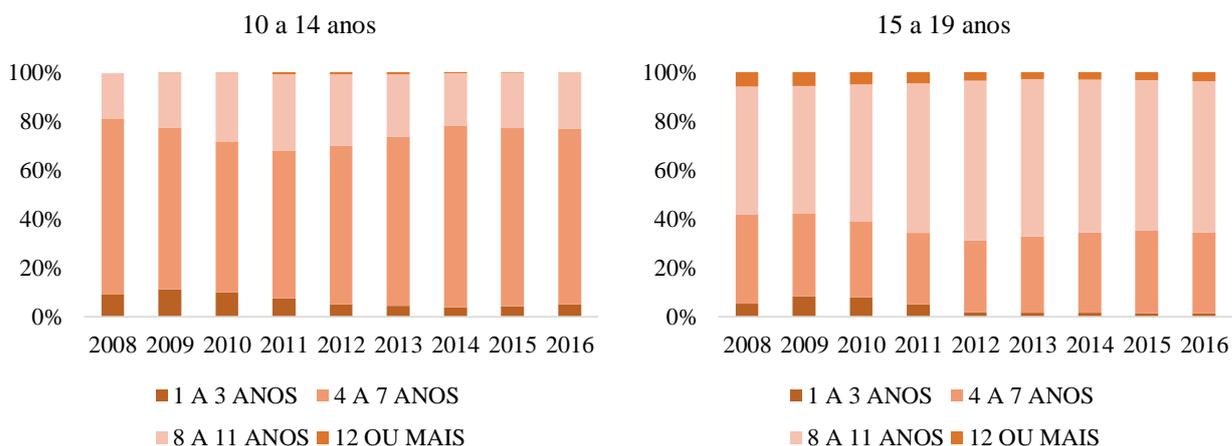
Fonte: PDAD 2018 - DIEPS/Codeplan  
Elaboração DIPOS/Codeplan.

### 3.2.5. Renda domiciliar *per capita*, escolaridade e ocupação das mães adolescentes do Distrito Federal

De acordo com dados extraídos da PDAD 2018, a renda *per capita* domiciliar de 93% das mães adolescentes era de até um salário-mínimo, sendo até  $\frac{1}{2}$  salário-mínimo para 75% e entre  $\frac{1}{2}$  e 1 salário-mínimo para 18%.

A partir dos dados do SINASC, observou-se que o nível de escolaridade de mães adolescentes de 10 a 14 anos foi, predominantemente (72%), entre 4 a 7 anos de estudo em quase todos os anos da série histórica no Distrito Federal. Essa quantidade de anos de estudo é parcialmente compatível com a idade dessas meninas, pois, sem defasagem escolar, uma menina de 14 anos deveria ter 9 anos de estudo, se caso tenha iniciado os estudos com 6 anos de idade.

As proporções de nascimentos de mães adolescentes com 10 a 14 anos com escolaridade entre 1 a 3 anos tiveram tendência de queda ao longo da série histórica, de 9%, em 2008, caiu para 5%, em 2016. Já as proporções de nascimentos cuja mãe adolescente tinha escolaridade entre 8 a 11 anos aumentou ao longo do tempo, de 19%, em 2008, para 23%, em 2016.

**Gráfico 17** - Escolaridade de mães adolescentes entre 10 e 14 anos e 15 a 19 anos de nascimentos no Distrito Federal de 2008 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Nascidos Vivos, 2007 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

Para a faixa etária de 15 a 19 anos, o nível de escolaridade de mães adolescentes foi, predominantemente, entre 8 a 11 anos para todos os anos estudados. Ao se observar essa proporção em comparação com as meninas de 10 a 14 anos, é possível perceber uma queda na proporção das mães adolescentes que estavam com a quantidade de anos de estudo adequada para a idade delas. Contudo, apesar de menor do que quando comparadas à outra faixa etária, o número de anos de estudo aumentou ao longo do período: passou de 52%, em 2008, para 62%, em 2016. O Gráfico 17 mostra a proporção de nascimentos por nível de escolaridade da mãe adolescente entre 15 a 19 anos de 2008 a 2016.

De acordo com a PDAD, 69% das mães adolescentes (14 a 19 anos) residentes no DF não estavam no ensino formal, em 2018. Essa proporção chegava a 72% nos grupos de renda baixa e 67% nos grupos de renda média-baixa.<sup>31</sup> Considerando também os estudos não formais como preparatórios para concurso e vestibular, cursos de línguas e profissionalização, quase todas as mães adolescentes (99,94%) declararam estar estudando.

**Gráfico 18** - Proporção de mães adolescentes que declararam estar matriculadas em alguma etapa de ensino formal, Distrito Federal, 2018

Fonte: PDAD 2018 - DIEPS/Codeplan  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

<sup>31</sup> O coeficiente de variação para os grupos alta renda e média-alta renda foi superior a 25%, assim, não é possível reportar esses valores, de acordo com o texto PDAD-2018, por grupo de renda (CODEPLAN, 2019).

Por fim, entre as adolescentes de 14 a 19 anos que são mães, no Distrito Federal, 17% delas estavam ocupadas em 2018. A proporção de mães adolescentes que não trabalhavam e nem estudavam no ensino formal era de 57%. A literatura evidencia que grande parte das mães adolescentes não estavam na escola quando engravidaram (SABROZA *et al.*, 2004).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é um fenômeno que reflete a desigualdade social e de renda e que sofreu mudanças ao longo do tempo, principalmente a partir da mudança na visão do papel da mulher no mercado de trabalho (INDICA, 2017). A prevalência da gestação na adolescência está, principalmente hoje, correlacionada com aspectos de vulnerabilidade social (FERREIRA *et al.*, 2012). Mesmo em casos em que a gravidez é desejada, é possível questionar quais foram as oportunidades prévias oferecidas a essas adolescentes.

Este estudo evidencia que no Distrito Federal a ocorrência de gravidez na adolescência, desde 2008, está abaixo da proporção nacional e é a menor do Brasil.<sup>32</sup> O estudo também revela que esse fenômeno é mais acentuado em áreas com níveis de renda média-baixa e baixa e entre as meninas de 15 a 19 anos. Entretanto, é possível notar ainda, tanto no Distrito Federal como no Brasil, a persistência dos índices entre as meninas de 10 a 14 anos. Esse segmento merece especial atenção considerando que, de acordo, com o Código Penal Brasileiro,<sup>33</sup> artigo 217, ter relação sexual com pessoa menor de 14 anos é considerado estupro de vulnerável, tipificado como crime. Assim, esses nascimentos são,<sup>34</sup> perante a Lei, frutos de violência sexual, a relação tendo sido consentida ou não. Cabe destacar que, em 2017, houve 442 registros de estupros entre meninas de 10 a 19 anos no Distrito Federal, de acordo com o SINAN-VIVA.<sup>35</sup>

As jovens podem enxergar benefícios dessa gravidez, como: maior reconhecimento social, melhora no relacionamento com o parceiro, maior atenção de familiares, maior responsabilidade por sua vida reprodutiva e maior valorização da escola (DADOORIAN, 2003; BORGATO, 2011; FARIAS e MORÉ, 2012). Contudo, há importantes consequências negativas em aspectos biológicos, psicológicos e socioeconômicos. Como repercussões da gravidez, as adolescentes encontram maior dificuldade de retomar ou continuar os estudos e reduzem o convívio com grupos de amigos (AQUINO *et al.*, 2003). No aspecto biológico, a gravidez na adolescência apresenta maiores riscos ligados à gestação, ao parto e à criança (parto prematuro, baixo peso ao nascer, maiores riscos de mortalidade materna e fetal) (ALMEIDA *et al.*, 2002; CONDE-AGUDELO, BELIZÁN e LAMMERS, 2005; HELENA *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2014). Quanto mais jovem for a adolescente maior é a imaturidade biológica para gravidez (SIMÕES *et al.*, 2003; CONDE-AGUDELO, BELIZÁN e LAMMERS, 2005; GOLDENBERG, FIGUEIREDO e SILVA, 2005; CARNIEL *et al.*, 2006; COSTA e HEILBORN, 2006; HELENA *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2011). A saúde emocional tanto da adolescente quanto do bebê pode, também, sofrer consequências relacionadas à gravidez precoce (LESLIE e DIBDEN, 2004; SOUZA *et al.*, 2007).

<sup>32</sup> Ao se observar a proporção de nascimentos de mães adolescentes entre o total de nascimentos, o Distrito Federal apresenta, em 2018, a menor proporção entre as unidades federativas (10,7%), ver Apêndice - Tabela 15. Informação do SINASC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>, . Acesso em: 04 dez. 2020.

<sup>33</sup> Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

<sup>34</sup> A exceção existe quando a menina já completou 14 anos.

<sup>35</sup> Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde. Base de dados repassada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e processado pela DIPOS/Codeplan.

As evidências que este estudo trouxe sobre o aspecto biológico da gravidez na adolescência no Distrito Federal são:

- A participação de nascimentos de mães adolescentes no total de nascimentos e suas taxas de fecundidade caíram para ambas as faixas etárias, cuja melhora se acentuou a partir de 2008;
- Apesar da participação de nascimentos de mães adolescentes no total de nascimentos ter caído em todos os grupos de RAs conforme renda, essa participação é substancialmente maior nos grupos de RAs de renda média-baixa e baixa;
- As RAs SCIA-Estrutural e Itapoã apresentam as maiores participações de nascimentos de mães adolescentes; quase o dobro da participação no Distrito Federal;
- Aumento na participação de nascimentos com quantidade de consultas pré-natal adequada entre mães adolescentes e mães adultas. Porém, o pré-natal adequado entre mães adolescentes continua sendo menor. Essa melhora se deu, sobretudo, entre as mães de 15 a 19 anos;
- Redução na diferença da proporção de mães adolescentes que têm um pré-natal adequado entre os grupos de RAs por renda, a partir de 2008;
- A ocorrência de partos vaginais entre mães adolescentes é consideravelmente maior que entre as mães adultas e o Distrito Federal se sobressai positivamente nesse quesito quando comparado ao Brasil;
- A frequência de nascimentos prematuros de mães adolescentes é maior se comparada com mães de 20 a 34 anos, sendo mais acentuada entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos;
- Assim como na prematuridade, a participação de nascimentos com baixo peso ou peso insuficiente é maior entre mães adolescentes se comparado com mães de 20 a 34 anos e a situação é agravada na faixa etária de 10 a 14 anos;
- A ocorrência relativa de nascimentos com anomalias entre mães adolescentes também é superior à ocorrência entre mães adultas de 20 a 34 anos, mas inferior quando comparada à de mães com mais de 35 anos;
- A Taxa de Mortalidade Neonatal precoce entre nascimentos de mães adolescentes é consideravelmente superior aos nascimentos de mães adultas;
- A Taxa de Mortalidade Fetal é superior entre as mães adolescentes se comparado com as mães de 20 a 34 anos e maior do que a do Brasil, com destaque para uma taxa maior nos grupos de menor renda; e
- As Taxas de Mortalidade Materna entre mães adolescentes são baixas no DF se comparadas ao Brasil, de forma que não foi observado nenhum óbito de mães de 10 a 14 anos e apenas um óbito entre mães de 15 a 19 anos, em 2016.

Além dos resultados encontrados, o estudo trouxe informações sobre características do perfil de mães adolescentes no Distrito Federal. A partir de dados da PDAD 2018, é possível observar que 5,1% das adolescentes, cuja idade estava entre 14 e 19 anos, eram mães no Distrito Federal. A proporção de mães adolescentes foi 7,2% em regiões de renda média-baixa enquanto nas regiões de renda alta foi de 1,6%. As características, e respectivas proporções, mais marcantes entre mães adolescentes no DF foram:

- 81% eram negras;
- 17% eram casadas ou estavam em união estável regularizada em cartório;
- 35% eram responsáveis ou companheiras de responsáveis pelo domicílio;
- 54% moravam na mesma residência que seus parceiros;

- 15% tinham mais de um filho;
- 75% tinham renda domiciliar *per capita* de até meio salário-mínimo;
- 69% não estavam no ensino formal; e
- 17% estavam ocupadas no mercado de trabalho.

Foi possível perceber que, além da maior parte das mães adolescentes se concentrar nas regiões de baixa renda e entre a população negra, muitas vezes, elas já eram responsáveis ou cônjuges em seus próprios domicílios, o que denota a saída da casa dos pais e a formação de uma nova família.

O enfrentamento da gravidez na adolescência é um tema amplamente discutido no meio acadêmico e entre propositores de políticas públicas no Poder Executivo e organismos internacionais. O quadro abaixo sintetiza algumas recomendações identificadas na bibliografia e pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento desse fenômeno. As ações listadas podem ser agrupadas em: planejamento das ações governamentais; necessidade de se manter o foco das ações/programas na população mais vulnerável; planejamento familiar e ações de educação sexual; prevenção do casamento precoce; combate à violência sexual; ações na área de educação; e desenvolvimento de pesquisas sobre essa temática.

**Quadro 4 - Ações de enfrentamento à gravidez na adolescência**

(continua)

Área	Ação	Referência
Planejamento e ações governamentais	Abandonar intervenções ineficazes e investir os recursos em intervenções cientificamente comprovadas	(UNICEF, 2016)
	Garantir maior intersetorialidade entre as áreas de saúde, educação, assistência social e Justiça, dentre outras, para oferecer melhores serviços voltados à prevenção e atenção à gravidez adolescente	(INDICA, 2017)
	Pensar a elaboração de uma política pública sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, com orçamento específico	(INDICA, 2017)
	Atuar junto aos vários órgãos do governo federal para elevar o status do Programa de Saúde do Adolescente ao de Política	(INDICA, 2017)
	Incidir para que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atue a partir de especificidades de grupos etários, com especial atenção ao grupo de adolescentes	(INDICA, 2017)
	Fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE) como estratégia de intersetorialidade entre as áreas de educação e saúde e priorizar maior intervenção sobre o tema dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes	(INDICA, 2017)
	Orientar os órgãos de atenção e de promoção de direitos de crianças e adolescentes, como conselhos de direito, conselhos tutelares e pastas da saúde, educação e assistência social, dentre outras, a promover mais capacitações para seu quadro técnico sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, abrangendo o conceito sociológico de adolescência e da gravidez como fenômeno multicausal	(INDICA, 2017)
	Definir um ente específico, da área pública ou social, para liderar um processo de <i>advocacy</i> , que coordene e estimule as discussões e mobilizações em torno do tema dos direitos sexuais reprodutivos de adolescentes, incluindo a questão da gravidez na adolescência	(INDICA, 2017)
	Investir primeiramente em projetos pilotos e, depois de comprovada sua eficácia, expandi-los	(UNICEF, 2016)
	Voltar as ações de combate à gravidez na adolescência, também, para a educação de meninos e adolescentes do sexo masculino	(UNFPA, 2013)
	Fomentar e garantir a participação de adolescentes na formulação das políticas e na qualificação dos programas, serviços e materiais de divulgação, sobre a temática	(INDICA, 2017)
	Focar ações de combate à gravidez na adolescência para meninas de 10 a 14 anos de idade	(UNFPA, 2013)
	Garantir a realização de pré-natal específico para as adolescentes, com diretrizes e protocolos próprios para abranger o grupo etário de 10 a 19 anos	(INDICA, 2017)
Implantar consultas psicológicas durante o pré-natal de crianças e adolescentes grávidas	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)	

**Quadro 4 - Ações de enfrentamento à gravidez na adolescência**

(conclusão)

Área	Ação	Referência
Manter o foco dos programas/ações nos mais vulneráveis	Estabelecer diretrizes e orientações para que programas e serviços públicos de todas as áreas atendam de forma prioritária adolescentes grávidas em maior situação de vulnerabilidade, como aquelas em cumprimento de medida socioeducativa, em acolhimento institucional, em situação de rua, usuárias de drogas e álcool e com deficiência	(INDICA, 2017); (UNICEF, 2016)
	Aprimorar e utilizar os dados disponíveis para concentrar as ações das equipes de saúde da família nas regiões em que há um maior índice de crianças e adolescentes grávidas	(LIANG <i>et al.</i> , 2019); (UNICEF, 2016)
	Expandir programas de capacitação profissional que tratem de temáticas sociais para as adolescentes que estão em maior risco de passar por uma gravidez precoce	(LIANG <i>et al.</i> , 2019)
Planejamento familiar e ações de educação sexual	Promover legislações que tratem da educação sexual abrangente e apropriada a diferentes idades	(UNFPA, 2013)
	Desenvolver metodologias que dialoguem com os adolescentes e abordem, além dos aspectos biológicos da gravidez, aspectos emocionais ligados à sexualidade dos/das adolescentes	(INDICA, 2017)
	Criar protocolos de validação e certificação de materiais e informações disponibilizados, em meio físico e digital, sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, a fim de que sirvam como subsídio seguro para informar adolescentes, famílias, professores e demais interessados	(INDICA, 2017)
	Garantir às crianças e adolescentes, nas unidades básicas de saúde e via equipes de saúde da família, acesso e informação aos contraceptivos preventivos e de emergência	(UNFPA, 2013); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)
	Promover ações educativas na escola ou na comunidade de autoconhecimento dos corpos como fator facilitador para o uso correto de contraceptivos	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)
	Informar e orientar sobre a interação de alguns métodos contraceptivos com o uso de drogas lícitas e ilícitas	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)
	Buscar, nas ações educativas, valorizar o argumento de que o uso dos preservativos, se usado corretamente em todas as relações, pode prolongar o prazer feminino, retardar a ejaculação e proporcionar segurança para ambos	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)
	Para ser eficaz na prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, a educação em sexualidade deve ser vinculada aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo os serviços de contracepção	(UNFPA, 2013)
Prevenção do casamento precoce	Orientar e esclarecer sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que possam fazer escolhas livres e bem informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas	(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)
	Aprovar e fazer cumprir legislação que aumenta a idade de casamento para 18 anos, mesmo que os adolescentes sejam emancipados	(LIANG, 2017)
Combate à violência sexual	Fortalecer a justiça criminal para reduzir/acabar com a violência sexual	(UNFPA, 2013)
	Capacitar prestadores de cuidados de saúde, para reportar e reconhecer as agressões fruto da violência sexual	(LIANG <i>et al.</i> , 2019)
Educação	Investir no retorno ou não abandono da escola para meninas que estão grávidas ou que têm filhos	(UNFPA, 2013)
	Propor alternativas para manter as adolescentes grávidas nas escolas, considerando frequência escolar e outras necessidades pedagógicas	(INDICA, 2017)
	Garantir tratamento especial à estudante gestante e em lactação para que ela não abandone a escola	(INDICA, 2017)
Desenvolvimento de pesquisas sobre a temática	Fomentar a realização de mais pesquisas sobre paternidade, famílias e rede social de apoio, estabelecendo parcerias entre universidades, órgãos públicos e sociais	(INDICA, 2017)
	Investir esforços para melhorar os dados de monitoramento e avaliação a fim de fortalecer os programas para meninas em risco e meninas casadas	(LIANG, 2017)
	Implantar processos mais sistemáticos de monitoramento e avaliação das iniciativas públicas, fomentando a troca de experiências tanto de ações públicas como sociais de caráter nacional e internacional	(INDICA, 2017)

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

As ações para prevenção à gravidez na adolescência devem ser intersetoriais. Devem ser evitadas ações desarticuladas das diferentes secretarias e construída uma política própria, com orçamento específico que, por sua vez, incorpore ações em diferentes setores. Existem programas e iniciativas públicas em diferentes áreas, no entanto, falta uma política capaz de estabelecer conceitos, diretrizes, metas, ações e orçamento intersetoriais (INDICA, 2017).

O planejamento de qualquer política deve, também, levar em conta o fato de que as meninas de 10 a 14 anos são mais vulneráveis. Nesse sentido, toda e qualquer ação deve considerá-las como um grupo prioritário e observar as especificidades inerentes à infância e ao início da adolescência e os impactos não só físicos e biológicos, como psicológicos, emocionais e sociais. Ressalta-se que as intervenções de planejamento familiar e educação sexual devem vir acompanhadas de ações concretas de acesso aos métodos contraceptivos e que os pré-natais de mães adolescentes devem ter características próprias, como acompanhamento psicológico, por exemplo.

Em resumo, é necessário pensar sobre o desafio da gravidez na adolescência de uma forma mais ampla. Ao invés de identificar na menina o problema e na mudança de seu comportamento uma solução, o Estado, as famílias e a sociedade devem considerar como reais desafios a pobreza, a desigualdade de gênero, a discriminação e a falta de acesso a serviços (UNFPA, 2013). Isto é, priorizar a proteção da adolescente nessa fase específica do desenvolvimento, considerando os desafios da própria adolescência, as dinâmicas familiares e o contexto socioeconômico, e, também, os aspectos biológicos e psicológicos do desenvolvimento na adolescência.

Experiências tidas como eficazes sugerem que é necessário mudar o foco da intervenção do problema das meninas engravidando precocemente para uma abordagem ampla que possa construir o capital humano delas, concentradas em sua capacidade de tomar decisões sobre suas vidas, apresentando oportunidades reais para que a maternidade não seja vista como seu único destino (UNFPA, 2013). A UNICEF reuniu, em 2018, 22 projetos que foram considerados exitosos pela organização em uma publicação chamada “Trajetória Plurais: práticas que contribuem para a redução da gravidez não intencional na adolescência” (referência). Essa publicação compila ações de diversos municípios brasileiros promovidas pelo terceiro setor e pelo poder público e que foram consideradas exitosas no combate à gravidez na adolescência nesses locais. Uma delas é do Distrito Federal: o Adolescentro, um ambulatório de atenção secundária à saúde, focado em atender adolescentes com transtornos mentais, vítimas de violência sexual e questões de diversidades, juntamente com suas famílias. Segue um quadro resumo sobre essas ações.

**Quadro 5** - Programas de enfrentamento à gravidez na adolescência (Unicef)

(continua)

Nome do projeto	Local	Descrição	Ano de início	Responsável
Empoderamento de meninas	Salvador, Recife, Belém	Nas três cidades, o projeto promove oficinas para meninas sobre seus direitos, oficinas para gestores públicos sobre a importância de prover serviços mais qualificados para as meninas e elabora e implementa um plano de ação intersetorial com foco no desenvolvimento das meninas. O projeto, até 2018, atingiu 497 adolescentes e 191 gestores.	2017	Terceiro setor, secretaria municipal de políticas para mulheres e UNICEF
Hoje menina, amanhã mulher	Salvador	Estruturado para atuar em escolas, o projeto tem como objetivo desenvolver com as meninas da comunidade trajetórias de vidas possíveis, ampliando o leque de opções em seus projetos. O trabalho nas escolas é realizado em caráter preventivo, com o intuito de apresentar às adolescentes outras possibilidades de vida e caminhos para o futuro, além de ensiná-las a reconhecer seu território, sempre de forma lúdica e com ferramentas que estimulam o diálogo e a interação. Atualmente, o setor público	2017	Terceiro setor com apoio público

**Quadro 5 - Programas de enfrentamento à gravidez na adolescência (Unicef)**

(continua)

Nome do projeto	Local	Descrição	Ano de início	Responsável
		municipal colabora por meio da disponibilização de espaços e equipamentos públicos, como os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas), além de trabalhar pela qualificação da oferta de serviços a adolescentes, com atenção para as demandas das meninas. A Prefeitura também mantém o diálogo com as escolas que desejam receber o projeto.		
Empodera manas	Belém (PA)	O mesmo projeto de empoderamento de meninas da Unicef, contudo em Belém ele se tornou mais inclusivo, contemplado em suas atividades homens e mulheres trans. Os resultados foram apresentados como uma proposta a ser dialogada com os gestores municipais e estaduais, que se dispuseram a participar dos grupos de trabalho e também das oficinas para discutir as demandas apresentadas por adolescentes e para identificação dos gargalos nos serviços oferecidos atualmente.	2017	UNICEF
Empoderamento e participação em Recife	Recife (PE)	O projeto Hoje Menina, Amanhã Mulher promove o empoderamento de meninas de 12 a 18 anos por meio da realização de oficinas e do levantamento de demandas, além da participação em eventos, caminhadas e atividades culturais. As ações resultaram em maior qualificação das demandas, na garantia de inclusão das questões de gênero e empoderamento nas políticas públicas voltadas para adolescentes e no desenvolvimento de um plano municipal de gênero construído de forma participativa. A inclusão de meninas mais novas mostrou também que é possível romper a barreira geracional e incluir, além das mulheres adultas, as adolescentes no trabalho realizado pela igualdade de gênero.	2017	Terceiro setor e secretaria municipal de políticas para mulheres
A caixa do sexo - criatividade na promoção à saúde	Vitória (ES)	Em Vitória, uma iniciativa inovadora idealizada pela UBS Grande Vitória, em parceria com as três escolas municipais de ensino fundamental do mesmo território, aproxima adolescentes dos serviços de atenção básica à saúde de forma inusitada. Abordando questões cotidianas de interesse dos estudantes, o projeto desperta a curiosidade de meninas e meninos e estimula sua presença e envolvimento nas atividades promovidas. O projeto a Caixa do Sexo aborda o tema da sexualidade de maneira criativa, a partir da promoção de espaços de diálogo e participação, além da oferta de serviços de saúde específicos para adolescentes. A ideia foi solicitar à escola uma caixa de papelão para que meninas e meninos depositassem suas principais dúvidas e temas de maior interesse para serem respondidos pelas profissionais de saúde. Dentro da caixa, surgiram diversas questões sobre gravidez, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de IST e sobre o funcionamento do próprio corpo. As perguntas revelaram o interesse e a necessidade de meninas e meninos por informação e orientação.	2016	Unidade básica de saúde
Se liga aí nos jovens multiplicadores	Xapuri (AC)	A partir da avaliação de práticas bem-sucedidas, foi desenhado um projeto de educação entre pares voltado para adolescentes com foco na saúde sexual e saúde reprodutiva. O projeto-piloto começou com uma capacitação de jovens multiplicadores realizada em Xapuri, município localizado no sudeste do estado, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. A ação foi reconhecida como uma das dez melhores experiências exitosas de redução da gravidez não intencional na adolescência. O projeto #SeLigaAí trabalha com jovens multiplicadores em ações de promoção à saúde e educação entre pares. A iniciativa tem como público principal meninas e meninos de 15 a 19 anos, período em que mais se concentra o fenômeno da gravidez na adolescência. As capacitações possuem carga de 40 horas e são realizadas em dois encontros que abordam os eixos temáticos do projeto. Os jovens multiplicadores participam voluntariamente pelo período de 12 meses em conjunto com a rede de atenção à saúde, em ações	2015	Secretaria de Estado de saúde

**Quadro 5 - Programas de enfrentamento à gravidez na adolescência (Unicef)**

(continua)

Nome do projeto	Local	Descrição	Ano de início	Responsável
		voltadas para a prevenção e promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, direitos sexuais e direitos reprodutivos, maternidade/paternidade e cuidados, IST, HIV/Aids, violências juvenis, raças e etnias, enfrentamento ao uso do álcool e outras drogas		
Projeto AdoleSER - Desenvolvendo habilidades para a vida	Belo Horizonte (MG)	O projeto, voltado exclusivamente para meninas, promove o autoconhecimento e aborda questões que vão além da gravidez na adolescência. A proposta é ter um olhar multiprofissional sobre as meninas, que são avaliadas de forma integral, incluindo contexto familiar, desejo de estudar, projeto de vida, vida afetiva, métodos contraceptivos, IST etc. No caso de adolescentes grávidas, o projeto oferece testagem rápida imediata e acolhimento. O projeto promove a contracepção pré e pós-parto, com a oferta de métodos como DIU e anticoncepcionais injetáveis. Acredita-se que as ações do projeto contribuíram para a redução de nascidos vivos de mães adolescentes no território entre 2006 e 2016	2006	Centro de Saúde Floramar
Rap da Saúde	Rio de Janeiro (cidade)	Rap da Saúde é um curso de formação em Promoção da Saúde para jovens. São 265 jovens entre 14 e 24 anos, lotados em 39 unidades de saúde. Os jovens são capacitados na área de saúde e temas transversais a ela. A metodologia utilizada é a da problematização participativa, educação entre pares, com fomento ao protagonismo juvenil. O objetivo é ampliar as ações de promoção da saúde nas unidades de saúde e comunidades por meio do protagonismo juvenil. As atividades promovidas pelos jovens incluem rodas de conversa, práticas teatrais, musicais, lúdicas e culturais, estudos e dinâmicas e campanhas de prevenção. Ações de prevenção à gravidez não intencional fazem parte do programa. O projeto conta com diversas parcerias e também atua em conjunto com a Estratégia Mães Adolescentes e suas Crianças (EMAC).	2007	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Projeto ASA - Agente de Saúde Adolescente	Eusébio (CE)	A proposta do projeto é fortalecer o elo entre escola e unidade de saúde e realizar um trabalho complementar de educação e aproximação de adolescentes dos serviços de atenção básica. O trabalho do projeto tem como propósito ampliar a frequência de adolescentes nas unidades de saúde, com foco na prevenção, incentivar as unidades de saúde a realizar atividades de planejamento familiar com atendimento gratuito e acesso a métodos de prevenção, e incentivar também a participação das famílias nas atividades realizadas tanto na escola quanto nas unidades. Hoje, o projeto faz parte do programa de todas as escolas de ensino fundamental e ensino médio do município.	2011	Prefeitura Municipal de Eusébio (CE); parceria com o UNICEF e com a Secretaria Estadual de Saúde (SESA).
Adolescento	Brasília (DF)	Trata-se de um Ambulatório de atenção secundária destinado ao atendimento de adolescentes e suas famílias, com foco em transtornos mentais, violência sexual e diversidades. Os pais também são incluídos no tratamento a fim de potencializar os resultados esperados. O Adolescento atende adolescentes do Distrito Federal e as atividades realizadas pela unidade, que incluem a realização de 20 grupos terapêuticos com variados formatos e objetivos para atender a diferentes demandas e outras práticas integrativas. O Adolescento atende hoje cerca de 5 mil atendimentos por mês, onde a metade são meninas. A equipe acredita que a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção da gravidez não intencional com uso de métodos modernos de contracepção (LARC) e atenção integral à saúde tem contribuído bastante para a redução dos casos de gravidez não intencional nessa etapa da vida.	1999	Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Quadro 5 - Programas de enfrentamento à gravidez na adolescência (Unicef)

(continua)

Nome do projeto	Local	Descrição	Ano de início	Responsável
Unidade Básica de Saúde da Família Adalberto César	Campina Grande (PB)	O projeto surgiu a partir da proposta de uma docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), a intenção era criar um local com oportunidades de pesquisas, troca de conhecimento e realização de ações que pudessem contribuir para a transformação do processo de trabalho da UBS com adolescentes da região, o local escolhido para implementar o projeto foi a Unidade Básica de Saúde da Família Adalberto César. Como estratégia, foi criada a iniciativa "Você também pode contar esta história". uma atividade que se inicia com o acolhimento de adolescentes para que se reconheçam enquanto indivíduos dentro daquele grupo, após uma rodada de apresentação dos adolescentes, sentados no chão, profissionais e discentes de Enfermagem e Medicina da UFCG atuam como contadores de histórias, abordando a temática da saúde sexual e saúde reprodutiva com adolescentes.	2013	Unidade Básica de Saúde da Família Adalberto César e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Unidade Básica de Saúde de Imbiruçu	Betim (MG)	Tratava-se de uma UBS tradicional com a estratégia do programa de Agentes Comunitários de Saúde. A abordagem adotada gerou uma insatisfação em parte da equipe: "A insatisfação foi crescendo, até que surgiu a vontade de construir um novo modelo para trabalhar com adolescentes". Os profissionais que participaram do projeto entenderam a necessidade de oferecer atendimento diferenciado e começaram a ofertar consultas individuais com médicos e enfermeiros na saúde mental e atendimento familiar no serviço social. Foi construída uma ambiência adequada para adolescentes, e a unidade deu início a grupos de gestantes adolescentes, de mães adolescentes e para adolescentes encaminhadas pela escola. Apesar de todos serem voltados para adolescentes, os grupos apresentaram profundas diferenças entre as vivências relatadas. A partir daí, discutiu-se com os trabalhadores da unidade de saúde básica um protocolo de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A experiência da UBS mostrou, portanto, que é possível construir uma atenção integral à saúde dos adolescentes.		Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Adolescente Saudável	SP, BA, MA	O projeto faz parte de um programa de promoção da saúde de adolescentes do laboratório farmacêutico AstraZeneca implementado em mais de 20 países no mundo. A <i>Plan International</i> gerencia a execução das ações no Quênia há cinco anos; na Índia há dez anos, e no Brasil, onde teve uma experiência bem-sucedida em São Luís e, recentemente, em São Paulo. O Programa Adolescente Saudável trabalha com quatro eixos: Adolescentes; Famílias; Serviços de Saúde e Educação e <i>Advocacy</i> . No eixo Adolescentes, procura-se apoiar adolescentes e jovens para que obtenham conhecimento e tenham a capacidade de tomar decisões positivas em relação a sua própria saúde. No eixo Famílias, a proposta é sensibilizar e engajar a comunidade para atuar em questões centrais de saúde que afetam adolescentes e jovens. No eixo Serviços de saúde e educação, o esforço é para fortalecer a prestação de serviços de saúde, sobretudo, serviços da UBS e educação para adolescentes e jovens; e no eixo <i>Advocacy</i> , a proposta é fazer parcerias com influenciadores de políticas públicas para as questões centrais de saúde e de igualdade de gênero com foco em adolescentes, visando à incidência política nos seus territórios.	2010	Plan International Brasil
Vale Sonhar	São Paulo, Alagoas, Espírito Santo, Rio Grande do Norte e Sergipe	O projeto Vale Sonhar, realizado primeiramente no Vale do Ribeira, no estado de São Paulo, que deu origem ao nome, o projeto trabalha primordialmente com a realização de jogos e oficinas em que adolescentes são instigados a projetar dois futuros: em um, uma trajetória na qual se formariam, teriam um emprego ou uma carreira; no outro, imaginam-se tendo filhos e tudo o que mudaria a partir da ideia de ser mãe e pai ainda na adolescência. A proposta é trabalhar com adolescentes o exercício dos direitos e da responsabilidade sexual por meio da educação, visando à melhoria da qualidade de vida da população brasileira.	2005	Instituto Kaplan

**Quadro 5 - Programas de enfrentamento à gravidez na adolescência (Unicef)**

(continua)

Nome do projeto	Local	Descrição	Ano de início	Responsável
Sinais da Prevenção	São Paulo (SP)	Voltado para pessoas com deficiência auditiva, o Projeto Sinais da Prevenção tem seu foco principal na comunicação e na superação do medo de dialogar com um grupo que possui sua própria língua. A proposta do projeto é trabalhar os temas de IST/HIV/Aids e hepatites virais com grupos e organizações que atuam diretamente com surdos, diminuindo distâncias e reduzindo os riscos por meio do fortalecimento da incidência política e ações de <i>advocacy</i> . O Projeto Sinais busca também desenvolver materiais específicos e capacitar agentes multiplicadores surdos, repassando conhecimentos sobre sexualidade de forma a superar a barreira da língua, por meio da educação entre pares. O projeto também buscou se articular com o Programa Municipal de Prevenção a IST/HIV/Aids de São Paulo e com a Secretaria Municipal de Direitos Humanos por meio de reuniões	2017	Ecos Comunicação e Sexualidade
Núcleo de Estudos da Saúde o Adolescente	Rio de Janeiro (RJ)	Por meio dos programas específicos Programa de Orientação em Saúde e Sexualidade (PROSS) e do Espaço Livre de Orientação em Saúde e Sexualidade (ELOSS), o núcleo realiza seu trabalho de educação, capacitação e atendimento de adolescentes. O PROSS tem como objetivo facilitar o acesso de adolescentes e jovens à informação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva e a realização de cursos voltados para profissionais de saúde e educação. O programa foi pioneiro na disponibilização e distribuição de preservativos masculinos para adolescentes e, desde 1994, funciona por meio de uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Em 2000, o PROSSs também passou a distribuir preservativos femininos nas escolas da região.	1980	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/Uerj)
U-Report	Brasil	O <i>U-Report</i> é uma ferramenta desenvolvida pelo UNICEF, que realiza consultas, em formato de enquetes, direcionadas a adolescentes e jovens de 13 a 25 anos. Por meio de um sistema de mensagens diretas, o <i>U-Report</i> desenvolve pesquisas e envia informações úteis sobre os mais diversos temas e problemáticas, com espaço para interação. A ferramenta proporciona um ambiente seguro, em que os <i>U-Reporters</i> , como são chamados adolescentes e jovens participantes, recebem as mensagens e interagem por meio de SMS, Twitter, Facebook ou WhatsApp sobre assuntos relacionados à promoção de direitos e pertinentes a suas realidades. As informações são coletadas de forma anônima e compartilhadas com a escola, comunidade, mídia e com tomadores de decisão, para influenciar no desenvolvimento de políticas públicas e promover mudança na realidade de meninas e meninos. A ferramenta já está disponível em 52 países e possui mais de dois milhões de usuários.	2017	Viração
Adolescer com Arte	Salvador (BA)	O projeto Adolescer com Arte foi criado em 2009 com o objetivo de aproximar os adolescentes e jovens da unidade de saúde do bairro da Mata Escura, em Salvador, região em que vivem cerca de 45 mil habitantes, de acordo com dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A iniciativa foi de um agente comunitário de saúde, que, após ver adolescentes que frequentavam unidades de saúde desde crianças serem mortos na comunidade, começou a se questionar sobre o que fazer para mudar aquela realidade. Atualmente, com o apoio da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, do UNICEF e de coletivos da comunidade, o projeto trabalha com uma média de 40 a 50 adolescentes e jovens por ano. A metodologia prevê inicialmente a realização de rodas de conversa com a participação de um convidado especialista nos temas a serem abordados, que incluem violência sexual contra as crianças, empoderamento da população negra, alimentação saudável, gravidez na adolescência, família, política e educação	2009	Secretaria Municipal da Saúde de Salvador

**Quadro 5** - Programas de enfrentamento à gravidez na adolescência (Unicef)

(conclusão)

Nome do projeto	Local	Descrição	Ano de início	Responsável
Um olhar sobre os jovens e a masculinidade	Pernambuco	A principal estratégia de ação do programa Masculinidades, juventude e educação em saúde é a formação política de homens jovens e de baixa renda, especialmente negros, com vistas a contribuir para a mobilização dos homens no enfrentamento ao machismo e ao racismo, na promoção do autocuidado, do exercício da paternidade e dos direitos reprodutivos, respeitando as diferentes formas de expressão da sexualidade e as identidades de gênero. O programa de ação comunitária desenvolve processos de formação de grupos de homens adolescentes e jovens e de lideranças LGBT. Para isso, baseiam-se nos princípios da educação popular e buscam envolver não apenas esses grupos, mas também a comunidade, principalmente a partir de ações nas escolas, nos serviços de saúde, espaços públicos e outros grupos comunitários	Década de 60 (Instituto Papai)	Instituto Papai
Seu Presente, seu Futuro	Brasil	Criada com o objetivo de reforçar os direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e levar informação de forma simples, direta e universal, a ação "Seu Presente e Seu Futuro" é uma iniciativa da Aliança pela Saúde e pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil, liderada pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pelo setor privado, com o apoio de outros setores. Baseada em ações de comunicação, a campanha estimula o diálogo e o engajamento e tem como objetivo conscientizar as mulheres sobre a importância de se falar sobre sexualidade e saúde sexual, métodos contraceptivos, direitos, autocuidado e suas trajetórias de vida. A campanha Seu Presente e Seu Futuro está alinhada com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), em particular os ODS 327 (saúde e bem-estar), ODS 528 (igualdade de gênero) e ODS 1729 (parcerias e meios de implementação). O principal objetivo da ação é promover o empoderamento das mulheres, para que possam exercer o direito de tomar decisões autônomas e informadas sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Com o apoio da Aliança pela Saúde e pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos, campanha também contribui para o avanço da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos no País, criando espaço e oportunidades para qualificar o debate público sobre o tema, além de incentivar e apoiar projetos locais que trabalhem a pauta da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivo.	2018	Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Aliança pela Saúde e pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil
Saúde de Adolescentes	Argentina	A iniciativa <i>Rutas de Acción</i> busca oferecer orientações para a criação de protocolos de atenção à gravidez na adolescência e de atenção para situações de abuso sexual contra crianças e adolescentes, focadas no acolhimento, na atenção e na proteção. As rotas de ação são desenvolvidas e implementadas em nível nacional e provincial e incluem atenção a menores de 15 anos e vítimas de violência sexual. A partir de uma parceria com uma associação civil e com três províncias, foram criados os fóruns juvenis, espaços de escuta que abordaram principalmente a questão da gravidez e do suicídio, muito presentes na vida dos adolescentes.	2016	UNICEF Argentina

Fonte: Unicef (2018)

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

No Distrito Federal, de forma mais específica, além do Adolescento, também podem ser encontradas outras ações voltadas à redução da gravidez na adolescência. No dia 26 de junho de 2009, foi instituída pela Lei Distrital nº 4.349, a Política de Prevenção e Atendimento à Gravidez na Adolescência no âmbito do Distrito Federal.<sup>36</sup> Essa política tem por objetivo a promoção da prevenção da gravidez precoce, por meio de ações

<sup>36</sup> [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/60744/Lei\\_4349\\_2009.html#art3\\_inclIII\\_art3A\\_add](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/60744/Lei_4349_2009.html#art3_inclIII_art3A_add). Acesso em: 15 dez. 2020.

desenvolvidas nos serviços de saúde e nas escolas; orientação sobre métodos contraceptivos; atendimento psicológico, ambulatorial e acompanhamento pré-natal. Outras ações também podem ser destacadas:

- Em 2020, 19 unidades de saúde da rede pública do Distrito Federal receberam o Selo de Qualidade de Serviços para Adolescentes - Chega Mais, do UNFPA.<sup>37</sup> Esse selo busca o reconhecimento de profissionais e serviços públicos de saúde que trabalham no cuidado e atenção a adolescentes (um quadro resumo com alguns serviços e equipes certificados pelo Selo, pode ser encontrado no Apêndice- Quadro 1). O processo de certificação envolve análise de relatos de práticas dos serviços e aplicação de instrumentos específicos. Ao final, foram certificados serviços e equipes que demonstraram contemplar dimensões como acessibilidade, equidade, educação permanente, gestão participativa e intersetorialidade.<sup>38</sup>
- Oferecia serviços diversificados de saúde ao adolescente, envolvendo promoção, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação, disponibilizando consultas com diferentes profissionais e realização de grupos de adolescentes e de orientação às famílias. Para a realização de suas atividades, priorizou alguns eixos de intervenção voltados aos profissionais de saúde e gestores: a educação permanente e a consolidação da rede de atenção ao adolescente.<sup>39</sup>
- O Governo do Distrito Federal, por intermédio da Lei Distrital nº 6.731, de 24 de novembro de 2020, instituiu a semana distrital de prevenção da gravidez na adolescência, a ser comemorada na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.<sup>40</sup>
- Em 2020, foi firmada a intenção de se formar um Grupo de Trabalho Intersetorial sobre prevenção da gravidez na adolescência, coordenado pela Secretaria de Justiça e Cidadania e com a participação das secretarias de Educação, Saúde, Juventude e Mulher, além da Defensoria Pública do Distrito Federal. A proposta é que o grupo possa formar multiplicadores das medidas educativas e preventivas, contribuindo para que o Distrito Federal possa reduzir em 50% o índice de gravidez na adolescência até 2023.<sup>41</sup> A Secretaria de Justiça e Cidadania do Distrito Federal promoveu ações educativas e preventivas de forma continuada durante todo o ano de 2020, dentro de um programa denominado “Educar para prevenir”, cujas conversas foram realizadas em todos os centros da juventude do Distrito Federal.<sup>42</sup> A campanha tem entre o seu público-alvo adolescentes do Sistema Socioeducativo, alunos da rede pública de ensino e jovens em territórios em vulnerabilidade social no Distrito Federal.<sup>43</sup> Ainda em 2019, a SEJUS realizou 20 rodadas de conversas itinerantes que alcançaram cerca de 750 adolescentes no Distrito Federal.

<sup>37</sup> O selo pretende identificar as equipes e os serviços públicos de saúde adequados a adolescentes; valorizar atores responsáveis pelas ações e dar visibilidade aos serviços que prezam pela melhoria na qualidade e no acesso à saúde deste grupo populacional.

<sup>38</sup> <http://www.saude.df.gov.br/equipes-de-saude-recebem-selo-de-excelencia-por-trabalho-com-adolescentes/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

<sup>39</sup> Esse programa foi descontinuado a partir de 2017 com a reorganização da atenção primária no Distrito Federal.

<sup>40</sup> [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id\\_norma=8c81d57f556c4563b04e2e3748e0ede6](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=8c81d57f556c4563b04e2e3748e0ede6). Acesso em: 15 dez. 2020.

<sup>41</sup> <http://www.sejus.df.gov.br/assinado-compromisso-para-criacao-de-grupo-de-trabalho-para-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>.

<sup>42</sup> <http://www.sejus.df.gov.br/sejus-conclui-acoas-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-em-centros-de-juventude-do-df/>.

<sup>43</sup> <http://www.sejus.df.gov.br/semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-sejus-promovera-acoas-educativas-e-preventivas-continuadas-em-2020/>.

Ainda é necessário que se desenvolvam estudos que permitam avaliar essas iniciativas implementadas pelo Governo do Distrito Federal para o enfrentamento da gravidez na adolescência, bem como observar e avaliar outras que não tenham sido levantadas neste estudo.

Neste estudo foram apresentadas informações sobre o perfil das mães adolescentes e alguns aspectos relacionado ao pré-natal, parto e as características do bebê no nascimento, que foram relacionadas ao entendimento da gravidez na adolescência como um elemento de vulnerabilidade na vida dessas meninas. Ainda é preciso desenvolver novos estudos que, envolvendo a aplicação de outras metodologias, expliquem os processos que levam muitas adolescentes a engravidarem de forma intencional. Também é preciso produzir estudos que busquem responder qual é o impacto na vida adulta dessas jovens que tiveram filho(s) na adolescência.

Não se pode esquecer a necessidade de se desenvolver pesquisas que analisem os aspectos relacionados à vivência da paternidade entre os adolescentes do sexo masculino. Os dados disponíveis tratam apenas das meninas, assim, há muito pouca informação sobre o perfil dos adolescentes pais.

Outra importante análise ainda pendente de execução é sobre as gravidezes resultantes de abuso sexual, sobretudo, entre as meninas de 10 a 14 anos. Afinal, o fenômeno da gravidez na adolescência é extremamente complexo e envolve tanto gravidezes intencionais quanto não planejadas, quanto fruto de relações sexuais forçadas ou que se deram dentro de um casamento infantil. Logo, é fundamental analisar o fenômeno em todas as suas facetas possíveis, fornecendo evidências úteis ao diagnóstico, à mensuração e à intervenção informada, aumentando a efetividade no uso dos recursos públicos e traduzindo ações em mudanças relevantes na vida das meninas e meninos envolvidos em gravidezes precoces, desejadas ou não.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. F. *et al.* **Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais.** Revista Brasileira Epidemiológica, vol. 5, nº 1, 2002.
- AQUINO, E. M. L.; *et al.* **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): S377-S388, 2003.
- BRASIL. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BORGATO, N. M. **Gravidez Adolescente: Indesejada para quem?** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas - SP, 2011.
- CAETANO, L.; NETTO, L., MANDUCA, J. **Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura.** In: remE - Rev. Min. Enferm.; 15(4): 579-587 out/dez, 2011
- CARNIEL, E. F. *et al.* **Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 6 (4): 419-426, out/dez, 2006.
- CODEPLAN. **Retratos Sociais DF 2018: O perfil sociodemográfico da população negra do Distrito Federal,** Brasília, 2020.
- \_\_\_\_\_. **PDAD, 2018. Por grupo de renda,** Brasília, 2019.
- CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J.; LAMMERS, C. **Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192, 342-9. 2005.
- COSTA, T. J. N. M.; HEILBORN, M. L. **Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em juiz de fora, MG.** Revista APS, v. 9, n. 1, p. 29-38, jan/jun 2006.
- FARIAS, R.; MORÉ, C. O.O. **Repercussões da Gravidez em Adolescentes de 10 a 14 Anos em Contexto de Vulnerabilidade Social.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 25 (3), 596-604, 2012.
- FERREIRA, R. A. *et al.* **Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(2):313-323, fev, 2012.
- FOSSA, A. M. *et al.* **O perfil de adolescentes grávidas em Piracicaba.** Saúde Rev., Piracicaba, v. 15, n. 40, p. 97-109, abr/ago, 2015
- GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. **Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros,** Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1077-1086, jul/ago, 2005.
- GUIMARÃES, A. L. S. *et al.* **Análise das malformações congênitas a partir do relacionamento das bases de dados de nascidos vivos e óbitos infantis.** Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, Recife, 19 (4): 925-933 out/dez, 2019.
- HELENA, G. *et al.* **Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; 30(5): 224-31, 2008.

HILLIS, S. D.; *et al.* The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. *Pediatrics*, vol. 113, nº. 2. February, 2004.

IBGE. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**, revisão de 2018. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 22 dez. 2020.

INÁCIO, A. L. R.; RASERA, E. F. **Repetição da “gravidez na adolescência” e o planejamento familiar**. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol.17, nº 2. Lisboa, 2016.

INDICA. Instituto dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Gravidez na Adolescência no Brasil - Vozes de Meninas e de Especialistas**, Brasília, 2017. Disponível em: [http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

ISHII, C. *et al.* **Caracterização de comportamentos lingüísticos de crianças nascidas prematuras, aos quatro anos de idade**. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 8, n. 2, 147-54, 2006.

KASSAR, Samir B. *et al.* **Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió**, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, 2006.

LESLIE, K.; DIBDEN, L. Adolescent parents and their children - The paediatrician's role. *Paediatr Child Health*, vol. 9, nº 8. October, 2004

LIANG, M.; SIMELANE,S; FILHO, G; CHALASANI,S; WENY, K; CANELOS, P; JENKINS, L; MOLLER, A;CHANDRA-MOULI, A; SAY, L; MICHIELSEN, K; ENGEL, D; SNOW, D. **The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health**. *Journal of adolescent health*, 2019. Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/JAH\\_Online\\_The\\_State\\_of\\_Adolescent\\_Sexual\\_and\\_Reproductive\\_Health.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/JAH_Online_The_State_of_Adolescent_Sexual_and_Reproductive_Health.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

LINHARES, M. B. M. *et al.* **Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança**. *Paidéia*, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan/julho, 2000.

MATINS, M. G. *et al.* **Associação de gravidez na adolescência e prematuridade**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(11): 354-60, 2011.

MELO, W. A.; CARVALHO, M. D. B. **Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no Sul do Brasil**. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, vol. 5, nº 2, p. 398-09. 2014.

MILLER, B. C.; BENSON, B.; GALBRAITH, K. A. Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf). Acesso em: 03 dez. 2020.

NERY, I. S.; *et al.* **Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil**. *Revista Brasileira Enfermagem*, 64(1), 31-7. Brasília. 2011.

NEVES FILHO, A. C. *et al.* **Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação?** *Revista Paulista de Pediatria*; 29(4): 489-94, 2011.

OLIVEIRA, S. C. *et al.* **Análise do perfil de adolescentes grávidas de uma comunidade no Recife-PE**. *Rev Rene*, Fortaleza, jul/set; 12(3):561-7, 2011.

OLIVEIRA JUNIOR, F. C. **Perfil da adolescente grávida quanto aos aspectos sócio-demográficos, psicológicos e de saúde sexual e reprodutiva**. Dissertação -

(Mestrado). Departamento de Tocoginecologia, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná. Orientador: Dênis José do Nascimento. Curitiba: Editora da UFPR, 2003.

RNPI. Rede Nacional da Primeira Infância. **Primeira Infância e gravidez na adolescência**, 2014. Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/gestantes/primeira\\_infancia\\_e\\_gravidez\\_na\\_adolescencia\\_rnpi\\_2013.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/gestantes/primeira_infancia_e_gravidez_na_adolescencia_rnpi_2013.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

RIBEIRO, Eleonora RO *et al.* Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-142, Abril, 2000.

SABROZA, A. R. *et al.* **Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S112-S120, 2004.

SOUZA, K. de; *et al.* Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência & Saúde*, volume 4, nº 1. Fevereiro, 2007.

OMS. **Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?** Fact sheet, 2008. Disponível em: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf?ua=1). Acesso em: 09 set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Key facts: Adolescent pregnancy**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso em: 09 set. 2020.

UNFPA. Fundo Populacional das Nações Unidas. **Situação da População Mundial(2013) - Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência, 2013**. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2013\\_1.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop2013_1.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

UNFPA. Fundo Populacional das Nações Unidas. Situação da População Mundial (2018). **O poder da escolha: direitos reprodutivos e a transição demográfica, 2018**. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP\\_2018.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP_2018.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

UNFPA e Itaipu binacional. **Prevenção e redução da gravidez não intencional na adolescência, 2019**. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/folder\\_itaipu\\_web.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/folder_itaipu_web.pdf). Acesso em: 09 set. 2020.

\_\_\_\_\_. **Boas práticas na atenção integral a adolescentes: Assegurando acesso e qualidade nos serviços para construção da cidadania**. Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/caderno-online-modulo5.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2021.

UNICEF. **Trajetórias plurais: práticas que contribuem para a redução da gravidez não intencional na adolescência**. Brasília, 2018. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/3101/file/Trajetorias\\_plurais.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/3101/file/Trajetorias_plurais.pdf). Acesso em: 04 dez. 2020.

VAZ, R. F.; MONTEIRO, D. L. M.; RODRIGUES, N. C. P. **Trends of teenage pregnancy in Brazil, 2000-2011**. Revista Associação Médica Brasileira, 62(4):330-335. 2016.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso). Access on: 07 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

## APÊNDICE

**Tabela 1** - Número e proporção entre o total de nascimentos de mães de 10 a 19 anos de idade, Brasil e DF, 1998 e 2018

Ano	Brasil		DF	
1998	729.816	23%	10.294	22%
2018	456.128	16%	4.734	10%

Fonte: DATASUS

**Tabela 2** - Evolução das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF) - Brasil e Distrito Federal 2001 e 2016

Faixa Etária	2001		2016		Variação 2001/2016	
	DF	BR	DF	BR	DF	BR
10 a 14	0,003	0,003	0,002	0,003	-44,9%	-3,2%
15 a 19	0,073	0,078	0,042	0,058	-42,2%	-26,0%
20 a 24	0,119	0,118	0,075	0,086	-36,7%	-27,1%
25 a 29	0,104	0,096	0,076	0,081	-26,8%	-15,3%
30 a 34	0,076	0,064	0,073	0,067	-3,1%	5,3%
35 a 39	0,037	0,033	0,045	0,039	22,6%	16,2%
40 a 44	0,009	0,010	0,013	0,010	42,7%	3,9%
45 a 49	0,001	0,001	0,001	0,001	37,2%	-26,9%
<b>TFT</b>	<b>2,11</b>	<b>2,01</b>	<b>1,64</b>	<b>1,72</b>	<b>-22,1%</b>	<b>-14,4%</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1997-2017

**Tabela 3** - Evolução das Taxas Específicas de Fecundidade (TEF), segundo grupos de renda do Distrito Federal 2001 e 2016

Faixa Etária	Grupos de Renda											
	2011				2016				Variação 2001/2016			
	Alta	Média alta	Média baixa	Baixa	Alta	Média alta	Média baixa	Baixa	Alta	Média alta	Média baixa	Baixa
10 a 14	0,000	0,002	0,002	0,003	0,000	0,001	0,002	0,002	-8,9%	-33,3%	-18,5%	-32,7%
15 a 19	0,012	0,039	0,060	0,068	0,009	0,033	0,051	0,059	-19,6%	-14,2%	-14,5%	-13,7%
20 a 24	0,027	0,070	0,095	0,099	0,025	0,066	0,090	0,097	-4,1%	-5,1%	-5,9%	-2,1%
25 a 29	0,043	0,081	0,087	0,087	0,042	0,081	0,085	0,089	-3,0%	0,1%	-2,1%	2,4%
30 a 34	0,073	0,079	0,066	0,062	0,072	0,087	0,069	0,068	-1,9%	9,9%	3,7%	8,6%
35 a 39	0,054	0,046	0,037	0,034	0,057	0,055	0,040	0,039	4,6%	19,6%	9,2%	13,8%
40 a 44	0,014	0,012	0,011	0,011	0,015	0,015	0,012	0,012	10,9%	20,2%	13,0%	10,2%
45 a 49	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,001	0,001	0,001	54,1%	33,3%	21,1%	-6,3%
<b>TFT</b>	<b>1,12</b>	<b>1,65</b>	<b>1,80</b>	<b>1,83</b>	<b>1,11</b>	<b>1,70</b>	<b>1,75</b>	<b>1,83</b>	<b>-0,7%</b>	<b>3,1%</b>	<b>-2,5%</b>	<b>0,2%</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1997-2017

**Tabela 4** - Participação relativa das mães com idades de 10 a 14 anos no total de nascimento, segundo Região Administrativa do Distrito Federal - 2011 a 2016

Região Administrativa	Participação relativa no total de nascimento					
	10 a 14					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Plano Piloto	0,15	0,17	0,13	0,13	0,11	0,14
Gama	0,37	0,34	0,47	0,56	0,55	0,39
Taguatinga	0,50	0,52	0,44	0,34	0,25	0,19
Brazlândia	0,59	0,83	0,75	0,77	0,62	0,75
Sobradinho	0,35	0,38	0,52	0,43	0,42	0,26
Planaltina	0,71	0,72	0,84	0,85	0,83	0,65
Paranoá	0,91	0,87	0,74	0,82	0,60	0,62
N. Bandeirante	0,49	0,22	0,29	0,38	0,33	0,17
Ceilândia	0,52	0,57	0,53	0,54	0,54	0,51
Guará	0,21	0,19	0,14	0,11	0,15	0,15
Cruzeiro	0,16	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00
Samambaia	0,67	0,70	0,64	0,54	0,46	0,41
Santa Maria	0,61	0,46	0,53	0,48	0,46	0,30
São Sebastião	0,78	0,72	0,64	0,63	0,53	0,43
Recanto das Emas	0,73	0,74	0,82	0,66	0,64	0,40
Lago Sul	0,18	0,09	0,10	0,10	0,11	0,11
Riacho fundo	0,55	0,50	0,46	0,47	0,54	0,49
Lago Norte	0,09	0,20	0,30	0,29	0,19	0,19
Candangolândia	0,44	0,68	0,87	0,63	0,39	0,37
Águas Claras	0,14	0,13	0,09	0,10	0,07	0,09
Riacho Fundo II	0,40	0,37	0,37	0,46	0,41	0,29
Sudoeste/Octogonal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Varjão	1,08	0,95	0,77	0,20	0,59	0,37
Park Way	0,31	0,31	0,31	0,31	0,33	0,00
SCIA-Estrutural	0,96	1,01	0,83	0,85	0,88	1,08
Sobradinho II	0,74	0,77	0,66	0,58	0,62	0,60
Jardim Botânico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,12
Itapoã	1,25	1,45	1,20	1,11	0,71	0,56
SIA	1,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vicente Pires	0,13	0,16	0,24	0,35	0,36	0,23
Fercal	0,53	0,42	1,20	1,38	1,07	0,67
<b>Distrito Federal</b>	<b>0,52</b>	<b>0,54</b>	<b>0,52</b>	<b>0,49</b>	<b>0,45</b>	<b>0,38</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1997-2017

**Tabela 5** - Participação relativa das mães com idades de 15 a 19 anos no total de nascimento, segundo Região Administrativa do Distrito Federal - 2011 a 2016

Região Administrativa	Participação relativa no total de nascimento					
	15 a 19					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Plano Piloto	4,1	3,7	3,4	3,2	3,0	2,8
Gama	12,0	12,5	13,3	13,3	13,2	12,5
Taguatinga	10,8	11,3	10,8	10,0	9,0	8,6
Brazlândia	17,5	18,0	18,0	17,4	17,0	16,5
Sobradinho	10,8	10,8	10,7	10,9	10,7	10,7
Planaltina	18,1	18,1	18,4	18,1	17,4	16,3
Paranoá	17,0	15,5	15,8	16,0	16,9	15,8
N. Bandeirante	12,0	11,1	10,3	10,1	10,4	9,6
Ceilândia	14,7	14,8	14,8	14,5	14,6	14,3
Guará	7,2	6,5	6,3	6,0	5,7	4,9
Cruzeiro	5,3	6,5	5,4	4,9	4,6	4,6
Samambaia	15,4	15,1	15,1	14,7	13,6	12,6
Santa Maria	16,7	16,2	15,7	15,0	14,4	13,1
São Sebastião	15,9	16,1	16,3	15,5	14,6	13,4
Recanto das Emas	18,8	18,3	17,9	17,2	16,2	15,2
Lago Sul	3,6	3,8	3,8	2,7	2,2	2,8
Riacho fundo	11,1	10,9	10,2	9,9	10,2	10,9
Lago Norte	4,2	4,5	5,6	5,2	5,2	3,7
Candangolândia	12,8	12,4	10,1	10,2	8,2	9,8
Águas Claras	4,0	3,6	3,4	3,3	3,3	3,1
Riacho Fundo II	15,8	15,8	15,0	14,2	12,7	12,4
Sudoeste/Octogonal	0,9	0,7	0,7	0,7	1,0	0,9
Varjão	20,3	19,4	20,3	20,3	19,5	18,6
Park Way	4,2	4,9	5,0	5,6	5,3	4,4
SCIA-Estrutural	21,2	20,7	20,4	21,0	21,1	21,0
Sobradinho II	14,0	13,8	13,7	13,3	13,8	13,2
Jardim Botânico	1,6	1,5	2,1	2,2	2,3	2,0
Itapoã	21,4	21,6	21,0	19,9	19,6	20,2
SIA	17,4	15,0	17,8	11,9	7,9	4,4
Vicente Pires	7,3	7,1	6,4	6,0	6,3	6,0
Fercal	23,8	20,8	20,7	18,8	19,5	16,5
<b>Distrito Federal</b>	<b>13,1</b>	<b>13,0</b>	<b>12,9</b>	<b>12,5</b>	<b>12,0</b>	<b>11,4</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1997-2017

**Tabela 6 - Taxas de Fecundidade Total por Região Administrativa - 2011 a 2016**

Região Administrativa	Taxa de Fecundidade Total (TFT)					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Plano Piloto	1,13	1,10	1,10	1,15	1,17	1,19
Gama	1,68	1,66	1,71	1,72	1,72	1,69
Taguatinga	1,87	1,86	1,80	1,85	1,85	1,88
Brazlândia	1,97	1,90	1,94	1,95	1,94	2,02
Sobradinho	1,85	1,85	1,95	2,05	2,04	2,07
Planaltina	1,84	1,83	1,84	1,84	1,81	1,79
Paranoá	2,34	2,28	2,32	2,32	2,33	1,75
N. Bandeirante	1,99	1,91	1,91	1,84	1,75	1,73
Ceilândia	1,76	1,76	1,76	1,76	1,73	1,69
Guará	1,43	1,39	1,41	1,48	1,51	1,52
Cruzeiro	1,28	1,22	1,25	1,27	1,29	1,35
Samambaia	1,81	1,83	1,85	1,86	1,81	1,82
Santa Maria	1,81	1,78	1,84	1,95	1,86	1,82
São Sebastião	2,00	2,00	2,02	2,03	2,07	2,10
Recanto das Emas	1,65	1,68	1,70	1,73	1,70	1,70
Lago Sul	1,64	1,56	1,48	1,42	1,41	1,38
Riacho fundo	1,73	1,69	1,79	1,87	1,94	2,00
Lago Norte	1,01	0,96	0,99	1,04	1,09	1,10
Candangolândia	1,83	1,80	1,65	1,63	1,57	1,73
Águas Claras	1,44	1,46	1,47	1,52	1,55	1,58
Riacho Fundo II	1,39	1,36	1,22	1,16	1,06	0,94
Sudoeste/Octogonal	1,02	1,01	1,01	1,02	1,03	1,05
Varjão	2,00	1,91	1,88	1,81	1,90	2,09
Park Way	1,14	1,15	1,12	1,12	1,07	1,04
SCIA-Estrutural	2,08	2,14	2,18	2,30	2,31	2,34
Sobradinho II	1,76	1,78	1,76	1,73	1,70	1,72
Jardim Botânico	0,88	0,93	0,99	0,99	0,67	0,68
Itapoã	1,82	1,88	1,93	2,01	1,96	1,90
SIA	1,94	2,34	2,40	2,05	2,71	3,28
Vicente Pires	1,22	1,25	1,26	1,29	1,29	1,36
Fercal	0,77	0,95	1,34	1,74	1,86	1,81
<b>Distrito Federal</b>	<b>1,70</b>	<b>1,69</b>	<b>1,70</b>	<b>1,72</b>	<b>1,70</b>	<b>1,69</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1997-2017

**Tabela 7** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com pré-natal igual ou superior a 7 consultas por faixa etária da mãe e grupo PED

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		n	%*	n	%*
Renda baixa	10 a 14	16	34%	16	52%
	15 a 19	383	42%	562	60%
	20 a 34	1.777	52%	2.742	73%
	35 ou mais	245	55%	516	74%
Renda média-baixa	10 a 14	53	43%	48	48%
	15 a 19	1.471	45%	1.656	59%
	20 a 34	8.769	59%	10.163	71%
	35 ou mais	1.272	63%	2.235	74%
Renda média-alta	10 a 14	25	54%	20	60%
	15 a 19	849	59%	746	65%
	20 a 34	7.491	74%	7.644	78%
	35 ou mais	1.467	80%	2.540	81%
Renda alta	10 a 14	3	42%	3	62%
	15 a 19	129	56%	64	61%
	20 a 34	2.652	84%	2.050	82%
	35 ou mais	926	91%	1.285	85%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos com pré-natal igual ou superior a sete consultas são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe por grupo PED.

**Tabela 8** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos por parto vaginal por faixa etária da mãe e grupo PED

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		n	%*	n	%*
Renda baixa	10 a 14	31	66%	22	69%
	15 a 19	604	65%	662	70%
	20 a 34	2.006	58%	2.026	53%
	35 ou mais	221	49%	304	43%
Renda média-baixa	10 a 14	84	66%	74	75%
	15 a 19	2.277	69%	2.080	73%
	20 a 34	8.121	54%	7.497	52%
	35 ou mais	880	43%	1.167	39%
Renda média-alta	10 a 14	31	66%	25	75%
	15 a 19	941	64%	737	64%
	20 a 34	4.164	41%	3.584	36%
	35 ou mais	502	27%	687	22%
Renda alta	10 a 14	6	71%	3	71%
	15 a 19	131	55%	62	57%
	20 a 34	876	27%	821	33%
	35 ou mais	156	15%	312	21%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos por parto vaginal são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe por grupo PED.

**Tabela 9** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos prematuros por faixa etária da mãe e grupo PED em 2008 e 2016

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		n	%*	n	%*
Renda baixa	10 a 14	5	11%	8	25%
	15 a 19	91	10%	114	12%
	20 a 34	257	7%	391	10%
	35 ou mais	48	11%	90	13%
Renda média-baixa	10 a 14	15	12%	17	17%
	15 a 19	263	8%	351	12%
	20 a 34	1081	7%	1542	11%
	35 ou mais	179	9%	391	13%
Renda média-alta	10 a 14	8	17%	7	21%
	15 a 19	159	11%	153	14%
	20 a 34	967	9%	1058	11%
	35 ou mais	215	12%	404	13%
Renda alta	10 a 14	0	4%	2	36%
	15 a 19	22	9%	19	17%
	20 a 34	279	9%	238	10%
	35 ou mais	118	11%	184	12%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos prematuros são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe por grupo PED.

**Tabela 10** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com baixo peso por faixa etária da mãe para o Brasil e Distrito Federal em 2000, 2008 e 2016

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		n	%	n	%	n	%
Brasil	10 a 14	3.617	13%	3.790	14%	3.279	13%
	15 a 19	62.754	9%	52.575	9%	45.433	9%
	20 a 34	150.183	7%	154.430	8%	159.073	8%
	35 ou mais	26.751	6%	29.932	10%	40.713	10%
DF	10 a 14	40	14%	35	15%	22	13%
	15 a 19	918	10%	658	11%	562	11%
	20 a 34	2.654	8%	2.740	8%	2.689	9%
	35 ou mais	390	10%	618	11%	910	11%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 1999 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Tabela 11** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com peso insuficiente por faixa etária da mãe para o Brasil e Distrito Federal em 2000, 2008 e 2016

Localidade	Faixa etária	2000		2008		2016	
		n	%	n	%	n	%
Brasil	10 a 14	7.889	28%	8.211	29%	7.283	30%
	15 a 19	177.508	25%	147.302	26%	127.380	26%
	20 a 34	452.304	21%	443.612	22%	442.968	22%
	35 ou mais	57.354	22%	64.172	22%	87.688	22%
DF	10 a 14	96	34%	80	35%	57	34%
	15 a 19	2.661	29%	1.732	29%	1.485	29%
	20 a 34	8.275	24%	7.813	24%	7.423	24%
	35 ou mais	883	23%	1.290	24%	2.003	24%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 1999 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Tabela 12** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com baixo peso por faixa etária da mãe e grupo PED em 2008 e 2016

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		n	%*	n	%*
Renda baixa	10 a 14	6	12%	4	14%
	15 a 19	109	12%	102	11%
	20 a 34	279	8%	322	8%
	35 ou mais	52	12%	74	11%
Renda média-baixa	10 a 14	20	16%	12	12%
	15 a 19	367	11%	318	11%
	20 a 34	1.318	9%	1.284	9%
	35 ou mais	221	11%	323	11%
Renda média-alta	10 a 14	9	20%	4	12%
	15 a 19	171	12%	134	12%
	20 a 34	900	9%	895	9%
	35 ou mais	222	12%	362	11%
Renda alta	10 a 14	0,3	4%	1	21%
	15 a 19	25	10%	15	14%
	20 a 34	287	9%	217	9%
	35 ou mais	129	13%	161	11%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2007 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe por grupo PED.

**Tabela 13** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com peso insuficiente por faixa etária da mãe e grupo PED em 2008 e 2016

Grupo PED	Faixa etária	Peso insuficiente		Peso insuficiente	
		n	%*	n	%*
Renda baixa	10 a 14	17	36%	10	31%
	15 a 19	288	31%	285	30%
	20 a 34	815	23%	863	23%
	35 ou mais	100	22%	139	20%
Renda média-baixa	10 a 14	41	32%	35	35%
	15 a 19	936	28%	821	29%
	20 a 34	3.532	23%	3.493	24%
	35 ou mais	459	22%	701	23%
Renda média-alta	10 a 14	17	36%	11	32%
	15 a 19	410	28%	338	29%
	20 a 34	2.552	25%	2.405	24%
	35 ou mais	446	24%	754	24%
Renda alta	10 a 14	1	8%	1	29%
	15 a 19	66	28%	30	28%
	20 a 34	791	25%	592	23%
	35 ou mais	264	26%	388	26%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos com baixo peso e peso insuficiente são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe por grupo PED.

**Tabela 14** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com alguma(s) anomalia(s) por faixa etária da mãe para o Brasil e Distrito Federal em 2000, 2008 e 2016

Localidade	2000		2008		2016	
	n	%	n	%	n	%
Brasil	2.659	1,2%	3.938	0,7%	4.317	0,9%
	7.792	1,2%	13.133	0,7%	16.339	0,8%
	1.444	1,8%	2.860	1,0%	4.619	1,2%
DF	20	0,8%	44	0,8%	36	0,9%
	67	0,7%	222	0,8%	181	0,7%
	7	0,7%	53	1,1%	69	0,9%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 1999 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Tabela 15** - Quantidade absoluta e relativa de nascimentos com anomalia congênita por faixa etária da mãe e grupo PED em 2008 e 2016

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		n	%*	n	%*
Renda baixa	10 a 19	8	0,9%	6	0,6%
	20 a 34	32	1,0%	28	0,8%
	35 ou mais	2	0,5%	8	1,2%
Renda média-baixa	10 a 19	25	0,8%	20	0,9%
	20 a 34	95	0,7%	79	0,7%
	35 ou mais	13	0,7%	23	0,9%
Renda média-alta	10 a 19	6	0,5%	10	1,1%
	20 a 34	71	0,8%	61	0,7%
	35 ou mais	17	1,1%	28	1,0%
Renda alta	10 a 19	3	1,3%	1	0,7%
	20 a 34	29	0,9%	12	0,5%
	35 ou mais	12	1,3%	10	0,7%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

\* As proporções de nascimentos com anomalia são relativas ao total de nascimentos da faixa etária de referência da mãe por grupo PED.

**Tabela 16** - Número de óbitos perinatais e taxa de mortalidade neonatal precoce por grupo PED de 2008 e 2016

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		Óbitos neonatais	Taxa de mortalidade neonatal	Óbitos neonatais	Taxa de mortalidade neonatal
Baixa renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	7,7	8,2	4,7	4,91
	20 a 34	16,7	4,8	22,0	5,76
	35 ou +	3,0	6,6	7,7	10,92
Média-baixa renda	10 a 14	1,3	10,6	1,3	13,38
	15 a 19	24,7	7,4	26,3	9,18
	20 a 34	86,3	5,7	87,7	6,04
	35 ou +	15,7	7,7	26,7	8,79
Média-alta renda	10 a 14	1,3	28,2	0,0	-
	15 a 19	11,7	7,9	9,7	8,37
	20 a 34	45,0	4,4	45,7	4,59
	35 ou +	14,0	7,5	19,7	6,21
Alta renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	2,0	8,4	1,0	9,20
	20 a 34	12,0	3,7	9,3	3,70
	35 ou +	6,3	6,2	9,7	6,36

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 2007 a 2017

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Tabela 17** - Número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna por grupo PED em 2008 e 2016

Grupo PED	Faixa etária	2008		2016	
		Óbitos maternos	Taxa de Mortalidade Materna	Óbitos maternos	Taxa de Mortalidade Materna
Baixa renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	0,0	-	0,0	-
	20 a 34	2,0	0,6	0,7	0,2
	35 ou +	0,7	1,5	0,7	0,9
Média-baixa renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	0,3	0,1	0,7	0,2
	20 a 34	8,7	0,6	7,3	0,5
	35 ou +	1,7	0,8	3,7	1,2
Média-alta renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	0,7	0,5	0,0	-
	20 a 34	4,3	0,4	2,3	0,2
	35 ou +	0,3	0,2	3,3	1,1
Alta renda	10 a 14	0,0	-	0,0	-
	15 a 19	0,0	-	0,0	-
	20 a 34	1,0	0,3	1,0	0,4
	35 ou +	0,3	0,3	0,3	0,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 2007 a 2017  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Tabela 18** - Proporção de nascimentos de mães de 10 a 19 anos entre o total de nascimentos por Unidade da Federação, 2018

UF	%
<b>Brasil</b>	<b>15,5%</b>
Distrito Federal	10,7%
Santa Catarina	10,9%
São Paulo	11,2%
Rio Grande do Sul	11,9%
Minas Gerais	12,9%
Paraná	13,2%
Espírito Santo	13,7%
Goiás	14,4%
Rio de Janeiro	14,6%
Rio Grande do Norte	16,2%
Mato Grosso	16,3%
Ceará	16,4%
Mato Grosso do Sul	16,8%
Paraíba	16,9%
Rondônia	17,5%
Bahia	17,9%
Pernambuco	18,0%
Sergipe	18,5%
Piauí	19,3%
Tocantins	19,6%
Alagoas	22,7%
Roraima	22,8%
Amapá	23,0%
Pará	23,5%
Maranhão	23,6%
Amazonas	24,6%
Acre	25,0%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Nascidos Vivos, 2018  
Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Quadro 1 - Experiências do Selo Chega Mais**

Nome	Descrição
Adolescentro	O serviço é um centro de referência, pesquisa, capacitação e atenção a adolescentes, com atendimentos em saúde mental, dificuldades escolares e transtornos de aprendizagem, violência sexual no contexto sociofamiliar, com ênfase na promoção de direitos. Dentre as ações ofertadas destacam-se o atendimento a vítimas de violência sexual e o grupo da diversidade, que trata de questões específicas à saúde e à promoção de direitos de adolescentes e jovens LGBTI. O Adolescentro é um dos três serviços no país com acompanhamento biopsicossocial a jovens em processo de transexualização
Ambulatório de Pediatria do Hospital Dia-Postividade	Unidade de atenção especializada que acolhe crianças e adolescentes que adquiriram o HIV durante a infância. O atendimento biopsicossocial é multidisciplinar, com assistência médica realizada por pediatra com atuação em infectologia, hebiatra e médicos residentes em pediatria e infectologia. As consultas reservam a privacidade e o sigilo, com atendimento desacompanhado dos pais e/ou responsáveis, caso seja desejo do/da adolescente. O espaço também promove acesso a métodos contraceptivos e de prevenção combinada, esclarecimento qualificado não judicativo sobre sorologia, relacionamentos afetivos e sexuais, planejamento reprodutivo e uso de substâncias ilegais. Realiza, ainda, testagens rotineiras e acompanhamento da infecção preconizada por protocolos do Ministério da Saúde.
PAV Girassol	Os PAV são serviços especializados para atendimento biopsicossocial para vítimas, famílias e autores de violência sexual, física, psicológica, negligência e abandono. O PAV Girassol atua no acolhimento, assistência e vigilância a pessoas em todas as fases do ciclo de vida. Para adolescentes, o serviço oferta um grupo com 10 encontros semanais, com atividades como pinturas, trabalhos manuais, desenhos, músicas, poesias, leituras e discussões. Nessas atividades são trabalhados temas como sentimentos comuns decorrentes das situações de violência, técnicas de enfrentamento, corpo, sexualidade, autocuidado, bullying, autoestima, respeito à identidade, rede de apoio, projeto de futuro e fortalecimento de vínculos. Quando necessário, são realizadas intervenções diretas, ações na escola e encontros com famílias para dialogar sobre comunicação nãoviolenta, amorosidade, proteção e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas.
ESF 2013-1/UBS8/DVO	A Estratégia Saúde da Família n. 203 desenvolve atividades com adolescentes em três locais: na UBS, na escola e no salão comunitário. Dentre as ações desenvolvidas estão cinema com pipoca, rodas de conversas e terapia comunitária. As atividades buscam articular o debate sobre contextos da adolescência, saúde sexual e reprodutiva, planejamento reprodutivo com consultas de crescimento e desenvolvimento, atualização vacinal e outras estratégias programáticas. A terapia comunitária ocorre em ambiente escolar, com o apoio de profissionais de educação, para fortalecer o vínculo entre adolescentes e profissionais, incentivando o respeito às distintas culturas e promovendo redes de proteção e inclusão. A equipe preza por sigilo, privacidade e confidencialidade em todo atendimento, prestando informações de saúde, atendendo de forma individualizada e em grupos, acompanhados ou desacompanhados dos pais e/ou responsáveis e sem discriminação de raça, etnia, credo, sexo, identidade de gênero e risco social.
NASF Brazlândia	Desenvolve grupos com pais e cuidadores com o objetivo de apoiar a construção de um ambiente familiar saudável para adolescentes, propiciando orientações sobre educação e apoio para os desafios vivenciados durante a adolescência. Além de promover melhoria das relações familiares, o grupo oferece importantes subsídios para o acompanhamento de adolescentes. O NASF Brazlândia também possui um grupo voltado para adolescentes e cuidadores no qual se aplica a técnica de Tension and Trauma Releasing Exercises (TRE), voltado para quadros de depressão, estresse, agressividade e outros estados que incidem sobre a saúde mental. Com o matriciamento do NASF, por meio de discussão de caso, consultas compartilhadas, visitas domiciliares e reuniões de educação continuada, as Equipes de Saúde da Família do território também incorporaram os atendimentos biopsicossociais em sua clínica.

Fonte: UNFPA &amp; ITAIP/BINACIONAL, 2019

Elaboração: DIPOS/Codeplan.

**Companhia de Planejamento  
do Distrito Federal - Codeplan**

Setor de Administração Municipal  
SAM, Bloco H, Setores Complementares  
Ed. Sede Codeplan  
CEP: 70620-080 - Brasília-DF  
Fone: (0xx61) 3342-2222  
[www.codeplan.df.gov.br](http://www.codeplan.df.gov.br)  
[codeplan@codeplan.df.gov.br](mailto:codeplan@codeplan.df.gov.br)