



SUMÁRIO EXECUTIVO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO
DISTRITO FEDERAL:
UMA ANÁLISE DE 2000 A 2016**

Introdução

Em 1998, 23% dos nascimentos no Brasil e 22% no Distrito Federal ocorriam entre adolescentes; em 2018, essa proporção passou a ser de 16% e 10%, respectivamente. Apesar dessa redução, a gravidez na adolescência ainda precisa de atenção especial do Estado e da sociedade, pois pode prejudicar as possibilidades de as meninas exercerem seus direitos à educação, saúde e autonomia. Os custos de uma gravidez e parto precoces ultrapassam a esfera individual e afetam as famílias, a comunidade, a economia. Há impactos no psicológico, na saúde, incluindo riscos de morte materna e para a saúde do bebê, e na educação, com a interrupção dos estudos e consequente redução do capital humano, prejudicial ao desenvolvimento do país.

Para conhecer mais da gravidez na adolescência no Distrito Federal, este estudo analisou as características epidemiológicas dos nascimentos dos filhos e filhas de mães adolescentes no Distrito Federal, entre 2000 e 2016, e o perfil sociodemográfico dessas jovens mães, em 2018.

**Para mais detalhes do estudo,
o(a) leitor(a) pode acessar o texto completo em
www.codeplan.df.gov.br.**

Considerações teóricas:

A literatura sobre gravidez na adolescência concentra-se basicamente em dois tipos de estudos: o primeiro entende a questão como um problema social; e o segundo percebe a gravidez na adolescência apenas como um fenômeno social.

Gravidez na adolescência como um problema social

Esses estudos reconhecem a multifatorialidade das causas, mas se centram nas vulnerabilidades e nos riscos/perigos que acometem parte das adolescentes gestantes. Ganha destaque a imaturidade biológica do organismo que passa por uma gravidez, com maior risco de saúde e psicológico para a mãe e o bebê, risco este agravado quando as mães têm entre 10 e 14 anos. Isso se complica em caso de falta de acesso a cuidados obstétricos de rotina e emergenciais prestados por profissionais qualificados, pobreza, desnutrição, baixa escolaridade, situações de violência e casamento precoce. Há no Brasil, ainda, um viés de raça/cor na ocorrência desse fenômeno: ele é mais comum entre meninas pobres, negras e com menor escolaridade.

Gravidez na adolescência como um fenômeno social

Esses estudos focam nos 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.



Este estudo não incorpora em suas análises a visão da gravidez como um fenômeno social. Para isso, seria necessária a aplicação de uma metodologia distinta da que foi utilizada.

Metodologia:

1. Adolescentes – pessoas entre 10 e 19 anos – conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde;
2. As fontes de dados utilizadas neste estudo e sua temporalidade foram:

Base de dados	Focos de análise	Desagregação	Anos
Dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (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
		Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2008 e 2016
	Informações sobre o bebê (prematuridade, peso e anomalias congênitas)	Brasil e Distrito Federal	2016
		Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2016
Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Mortalidade materna e fetal	Brasil e Distrito Federal	2000, 2008 e 2016
		Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2008 e 2016
Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD)	Perfil das mães adolescentes de 15 a 19 anos	Grupos de renda e Regiões Administrativas (RAs)	2018
Dados de população			
Fonte da informação		Desagregação geográfica	
Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 (IBGE)		Brasil e Distrito Federal	
Projeções populacionais por sexo e idade por RA: 2010-2020 (Codeplan)		Regiões Administrativas	

3. Quando possível, os resultados foram apresentados por agrupamento das Regiões Administrativas, conforme renda média de cada RA.

Grupo de renda alta

Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way e Sudoeste/Octogonal. **Renda domiciliar média de R\$ 15.622,00.**

Grupo de renda média-alta

Águas Claras, Candangolândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Sobradinho, Sobradinho II, Taguatinga, Vicente Pires. **Renda domiciliar média de R\$ 7.266,00.**

Grupo de renda média-baixa

Brazlândia, Ceilândia, Planaltina, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, SIA, Samambaia, Santa Maria e São Sebastião. **Renda domiciliar média de R\$ 3.101,00.**

Grupo de renda baixa

Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA-Estrutural e Varjão. **Renda domiciliar média de R\$ 2.472,00.**

4. Para efeitos de comparação, as informações epidemiológicas das adolescentes foram comparadas às das gestantes adultas. Foram utilizados os seguintes agrupamentos etários:



10 a 14 anos



20 a 34 anos



15 a 19 anos

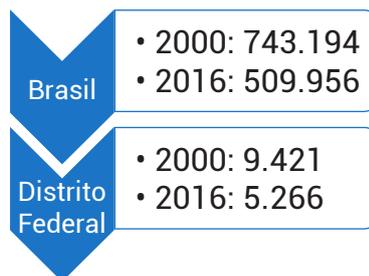


Mais de 35 anos

Resultados:

Volume e proporção de partos entre mães adolescentes

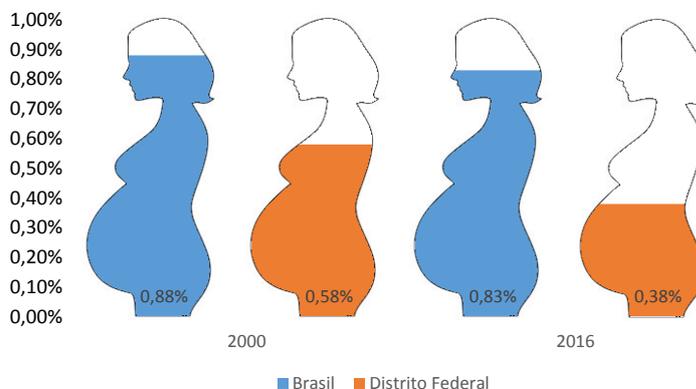
1. Entre 2000 e 2016, houve redução no número de partos entre mães adolescentes, tanto no Brasil quanto no Distrito Federal.



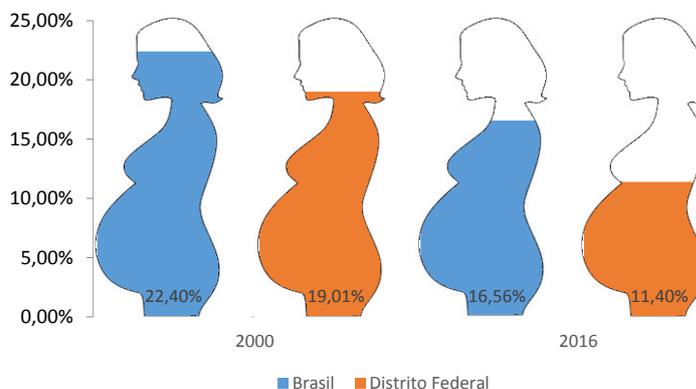
2. A participação das mães adolescentes no número de partos é inferior no Distrito Federal comparado ao Brasil entre 2000 e 2016, tanto para as mães de 15 a 19 anos (16,5% dos partos no Brasil e 11,4 % dos partos no DF) quanto para as de 10 a 14 anos (0,83% dos partos no Brasil e 0,38% no DF).



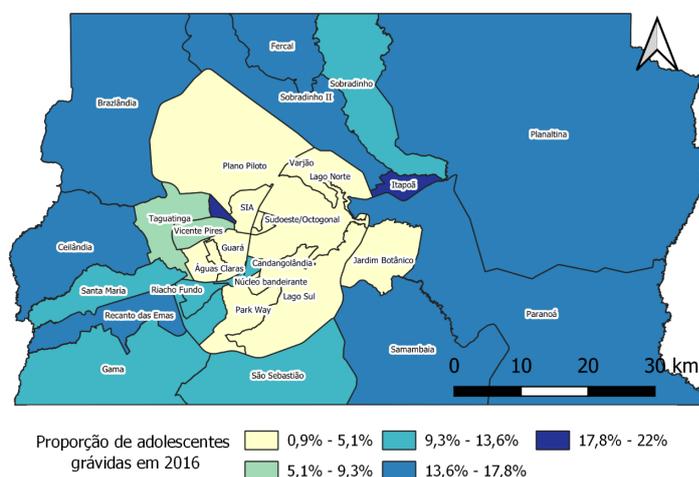
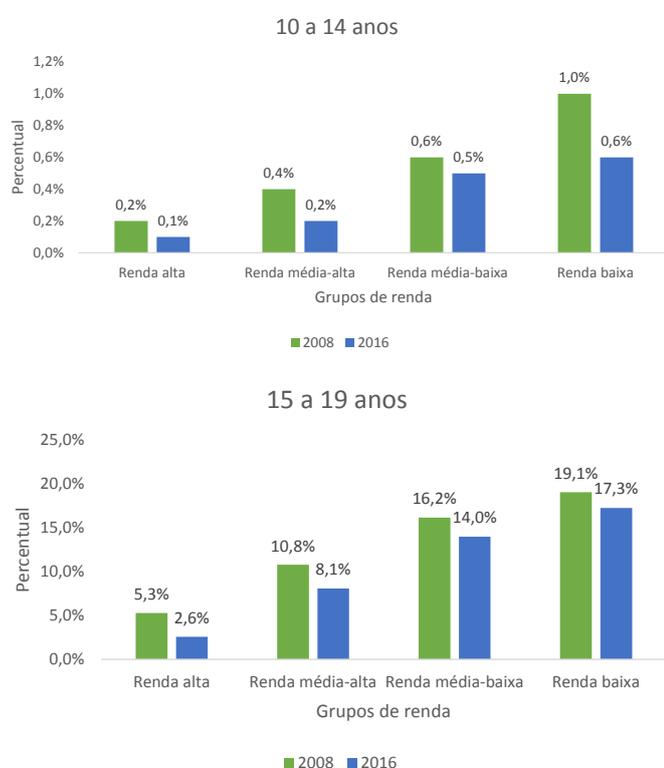
10 a 14 anos



15 a 19 anos



- Ainda se nota uma disparidade na proporção de mães adolescentes entre as diferentes regiões do Distrito Federal. Em 2016, 17,3% dos nascimentos ocorriam entre jovens de 15 a 19 anos, nas regiões de baixa renda. Já nas regiões de alta renda eles eram apenas 2,6% dos nascimentos. Em 2016, a proporção de mães adolescentes (10 a 19 anos) variou de 0,86% no Sudoeste/Octogonal a 22,03% na SCIA-Estrutural.



Perfil do parto e gestação das mães adolescentes

- Entre as mães adolescentes, houve menor proporção de frequência ao pré-natal adequado e maior proporção de nascimentos de bebês prematuros e com baixo peso ou peso insuficiente. Também entre as mães adolescentes, houve uma maior proporção de partos vaginais.

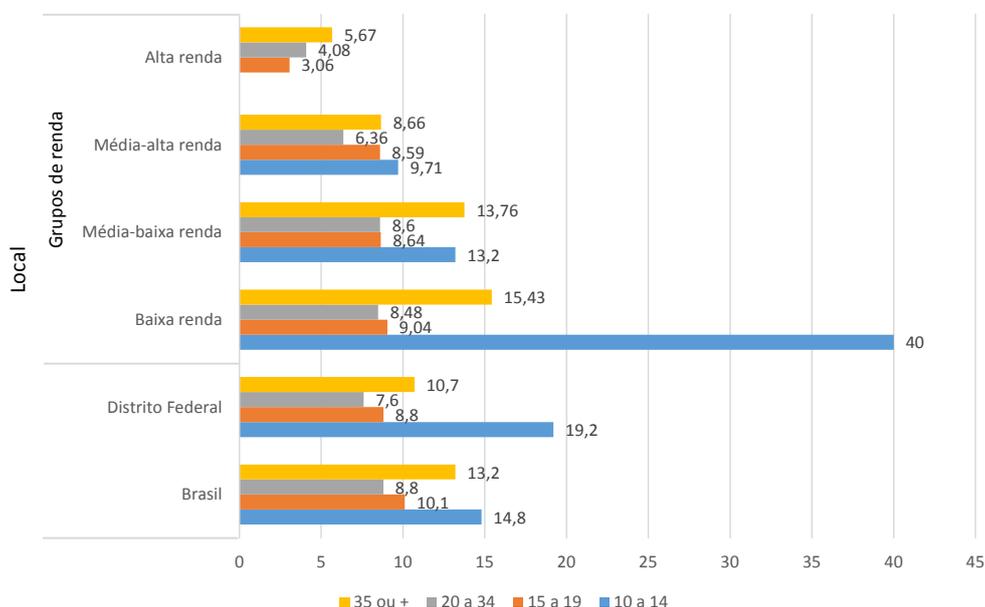
Características do parto e dos bebês	O que foi observado?	Faixa etária da mãe	Local e período analisado			
			Brasil		Distrito Federal	
			2000	2016	2000*	2016
Pré-natal adequado (% de mulheres que fizeram no mínimo de 7 consultas)	Aumento na participação de nascimentos com quantidade de consultas pré-natal 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.	10 a 14 anos	34%	48%	29%	52%
		15 a 19 anos	40%	56%	36%	60%
		20 a 34 anos	52%	70%	52%	74%
		35 ou mais	54%	75%	63%	79%
Tipo de parto (% de partos vaginais)	A ocorrência de partos vaginais entre mães adolescentes é consideravelmente maior que entre as mães adultas, e o DF se sobressai positivamente nesse quesito quando comparado ao Brasil.	10 a 14 anos	73%	64%	73%	73%
		15 a 19 anos	74%	61%	74%	70%
		20 a 34 anos	59%	43%	59%	45%
		35 ou mais	52%	31%	42%	29%
Prematuros (% de bebês que nasceram antes de 37 semanas)	A frequência de nascimentos prematuros de mães adolescentes é maior se comparada com mães de 20 a 34 anos e é mais acentuada entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos. Essa proporção no DF é levemente mais elevada do que no Brasil.	10 a 14 anos	9%	18%	15%	20%
		15 a 19 anos	6%	13%	11%	13%
		20 a 34 anos	5%	10%	8%	11%
		35 ou mais	7%	13%	11%	13%
Baixo peso (% de bebês que nasceram com peso inferior 2.500 g)	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. Essa proporção no DF é levemente mais elevada do que no Brasil.	10 a 14 anos	13%	13%	14%	13%
		15 a 19 anos	9%	9%	10%	11%
		20 a 34 anos	7%	8%	8%	9%
		35 ou mais	6%	10%	10%	11%
Peso insuficiente (% de bebês que nasceram com peso entre 2.500 g e 3.000g)		10 a 14 anos	28%	30%	34%	34%
		15 a 19 anos	25%	26%	29%	29%
		20 a 34 anos	21%	22%	24%	24%
		35 ou mais	22%	22%	23%	24%

* Para a quantidade de consultas pré-natal, os dados são referentes a 2002, devido a mudanças metodológicas na variável no ano de 2000, o que impossibilitou o cálculo com médias móveis.

Entre essas características, a única que apresentou relação com a renda das diferentes regiões do Distrito Federal foi a de pré-natal adequado. Apesar de ter ocorrido um aumento na proporção de adolescentes que faziam no mínimo sete consultas, as regiões administrativas de menor renda continuam apresentando uma menor proporção de adolescentes com pré-natal adequado.

4. Quanto à mortalidade neonatal e das mães adolescentes:

- A Taxa de Mortalidade Fetal (óbitos ocorridos após a 22ª semana de gestação) é superior entre as mães adolescentes se comparado com as mães de 20 a 34 anos, sobretudo entre as mães de 10 a 14 ano, com destaque para uma taxa maior nos grupos de menor renda.

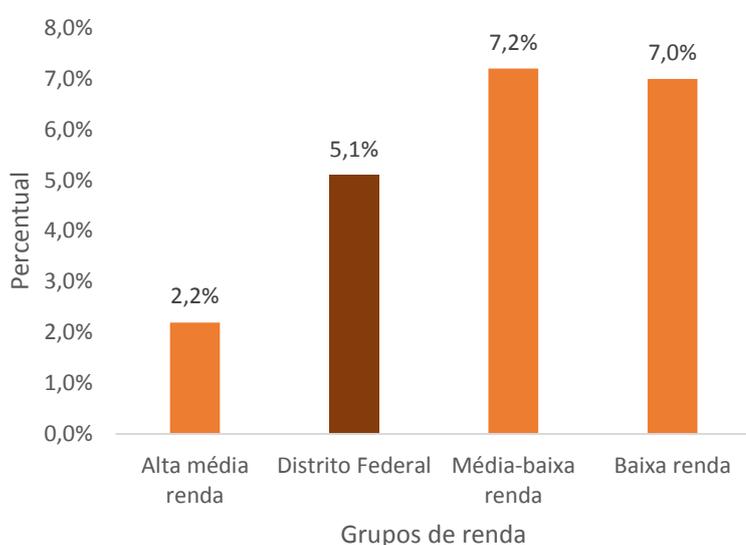


- A Taxa de Mortalidade Neonatal precoce (bebês até 6 dias de idade) entre nascimentos de mães adolescentes é superior aos nascimentos de mães adultas. No Distrito Federal, em 2016, foi de 9,8 óbitos a cada mil nascimentos entre meninas de 10 a 14 anos, e de 8,2 entre as mães de 15 a 19 anos; já entre as mães adultas foi, em média, 6,4 óbitos a cada mil bebês nascidos vivos.
- As Taxas de Mortalidade Materna entre mães adolescentes são baixas no DF se comparadas às do Brasil.

Perfil das mães adolescentes, de acordo com a PDAD 2018

5. No Distrito Federal, 7.077 adolescentes de 14 a 19 anos eram mães, o que corresponde a 5,1% das meninas nessa faixa etária.

- 7,2% das adolescentes de 14 a 19 anos que moravam em região de renda média-baixa eram mães; esse percentual nas regiões de renda média alta foi de 2,2%.



A maior parte das mães adolescentes se concentra nas regiões de baixa renda e entre a população negra. Muitas vezes, elas já eram responsáveis ou cônjuges em seus próprios domicílios, o que sugere a saída da casa dos pais e a formação de uma nova família.



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



17% estavam ocupadas no mercado de trabalho

Considerações finais

O quadro abaixo sintetiza algumas recomendações para gestores públicos do Distrito Federal:

Planejamento	# Abandonar intervenções ineficazes e investir os recursos em intervenções cientificamente comprovadas;
	# Garantir maior intersetorialidade nas políticas públicas voltados à prevenção e atenção à gravidez adolescente;
	# Conceber e executar o atendimento específico à adolescente dentro da política de saúde, incluindo ações de saúde mental, e fomentar a participação dos adolescentes na construção dessa política;
	# Promover, como ações de combate à gravidez na adolescência, a educação de meninos e adolescentes do sexo masculino; e
	# Focar ações de combate à gravidez na adolescência para meninas de 10 a 14 anos de idade.
Manter o foco dos programas/ações nos mais vulneráveis	# Estabelecer diretrizes e orientações para que programas e serviços públicos de todas as áreas atendam prioritariamente adolescentes em maior situação de vulnerabilidade; e
	# Aprimorar e utilizar os dados disponíveis para concentrar as ações das equipes nas regiões em que há um maior índice de crianças e adolescentes grávidas.
Planejamento familiar e ações de educação sexual	# Criar protocolos de validação e certificação de materiais e informações, sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, para informar adolescentes, famílias, professores e demais interessados e promover ações educativas nas escolas ou na comunidade de autoconhecimento dos corpos; e
	# 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 e garantir a distribuição dos contraceptivos, com atenção aos contraceptivos reversíveis de longa duração.
Prevenção do casamento precoce	# Aprovar e fazer cumprir legislação que aumenta a idade de casamento para 18 anos, mesmo que os adolescentes sejam emancipados ou tenha autorização dos responsáveis.
Combate à violência sexual	# Capacitar prestadores de cuidados de saúde, para reportar e reconhecer as agressões fruto da violência sexual e fortalecer a justiça criminal para reduzir/acabar com a violência sexual.
Educação	# Investir no retorno ou não abandono da escola para meninas que estão grávidas ou que têm filhos considerando suas necessidades pedagógicas.
Desenvolvimento de pesquisas sobre a temática	# Fomentar mais pesquisas sobre paternidade, famílias e rede social de apoio, estabelecendo parcerias entre universidades, órgãos públicos e sociais;
	# Melhorar os dados de monitoramento e avaliação para fortalecer os programas para meninas em risco e meninas casadas; e
	# 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.

No Distrito Federal, podem se identificar algumas ações desenvolvidas para o enfrentamento da gravidez na adolescência:

Ação	Descrição	Ano de início
Programa de Atenção Integral ao Adolescente (PRAIA)*	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.	1991
Adolescentro	Ambulatório de atenção secundária destinado ao atendimento de adolescentes e suas famílias, com foco em transtornos mentais, violência sexual e diversidades.	1999
Política de Prevenção e Atendimento à Gravidez na Adolescência no Distrito Federal	Visa à promoção da prevenção da gravidez precoce, por meio de ações desenvolvidas nos serviços de saúde e nas escolas; orientação sobre métodos contraceptivos; atendimento psicológico, ambulatorial e acompanhamento pré-natal.	2009
Grupo de Trabalho Intersetorial sobre prevenção da gravidez na adolescência	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.	2020
Selo de Qualidade de Serviços para Adolescentes – Chega Mais	Em 2020, 19 unidades de saúde da rede pública do Distrito Federal receberam o Selo, do UNFPA. Esse selo busca o reconhecimento de profissionais e serviços públicos de saúde que trabalham no cuidado e atenção a adolescentes.	2020

* Esse programa foi descontinuado a partir de 2017 com a reorganização da atenção primária no Distrito Federal.

Implicações para futuras pesquisas

São necessários novos estudos sobre gravidez na adolescência que:

- Respondam sobre a efetividade das iniciativas em implementação;
- Apliquem outras metodologias de pesquisa para explicar os processos que levam muitas adolescentes a engravidarem de forma intencional;
- Respondam qual é o impacto na vida adulta dessas jovens que tiveram filho(s) na adolescência;
- Analisem os aspectos relacionados à vivência da paternidade entre os adolescentes do sexo masculino; e
- Busquem compreender o fenômeno das gravidezes resultantes de abuso sexual, sobretudo, entre as meninas de 10 a 14 anos.

Ficha técnica:

Autoras do estudo:

Acsa Guimarães – Técnica

Mônica França – Chefe do Núcleo de Estudos de População

Francisca de Fátima Araújo Lucena- Técnica

Nabil Ahda Murtadha – Estagiário

Ana Bocucci – Técnica

**Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira – Gerente de Estudos e Análises de
Proteção Social – GEPROT**

Sumário Executivo elaborado por:

Júlia Modesto Pinheiro Dias Pereira - Gerente

Pedro Jorge Holanda Alves – Técnico (Elaboração do mapa)

Revisão de texto

Nilva Rios

Diagramação

Mauro Moncaio