

Gestação na Adolescência no
Município de São Paulo
2013 a 2017

**Boletim
CEInfo
Análise**

Ano XIV/Nº 16
Março/2019

© 2019, Prefeitura do Município de São Paulo

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

Boletim CEInfo Análise | Ano XIV, nº 16, Março/2019

PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Bruno Covas

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Edson Aparecido dos Santos

SECRETÁRIA ADJUNTA

Edjane Maria Torreão Brito

CHEFE DE GABINETE

Manuelito Pereira Magalhães Junior

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo

Roberto Tolosa Junior

Autores

Cássia Carlin Malteze

Eliana de Aquino Bonilha

Cilliane Mathilde Sollitto

Iracema Esther do Nascimento Castro

Maria Rosana Issberner Panachão

Projeto gráfico, editoração e capa

Judival Almeida da Paixão

Tamiris Cristine Teodoro de Souza

Colaboração

Adalberto Kiochi Aguemi

Alana Valle Botelho Castelani

Athenê Maria de Marco França Mauro

Breno Souza de Aguiar

Carlos Eduardo Pereira Vega

Evani Marzagão Beringhs

Patricia Carla dos Santos

Roberto Tolosa Junior

Sônia Rachel Wippich Coelho

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP: 01223-906 - São Paulo - SP

e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Fones: (11) 3397-2239 / 2240

Home Page: www.prefeitura.sp.gov.br/saude

Versão eletrônica: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicacoesceinfo>

Ficha Catalográfica

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Gravidez na adolescência no município de São Paulo, 2013 a 2017 | Malteze CC, Bonilha EA, Sollitto CM, Castro IEN, Panachão MRI. Boletim CEInfo Análise | Ano XIV, nº 16, Março 2019. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde, 2019, 28 p.

1. Adolescente 2. Gravidez na Adolescência 3. Mortalidade Materna
4. Mortalidade Infantil 5. Vulnerabilidade em Saúde 6. Saúde Pública

Apresentação

Este boletim surge como importante contribuição para reflexão sobre a situação da gravidez na adolescência – 10 a 19 anos no município de São Paulo. Nos últimos anos têm-se discutido muito a respeito da adolescência, com destaque à complexidade da gravidez e consequências para a adolescente do ponto de vista físico, emocional e social.

A gestação na adolescência é considerada um problema de saúde pública a ser analisado de forma estendida, incluindo o contexto familiar e da comunidade, além dos aspectos fisiológicos da adolescente e seu bebê.

Nem sempre a gestação nesta fase deve ser considerada de risco para desfechos adversos, uma vez que a vulnerabilidade pode ser diminuída por intervenções diversas do setor saúde e outros.

Em virtude do impacto social, a redução e prevenção da gravidez na adolescência é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, como forma de incentivar os países para a implantação de medidas voltadas a este aspecto da faixa etária.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA visa resguardar os direitos de crianças e adolescentes, considerados em sua “peculiar condição de pessoas em desenvolvimento” visando assegurar “prioridade absoluta” na formulação de políticas públicas e destinação privilegiada de recursos nas dotações orçamentárias das diversas instâncias político-administrativas do País.

Em 3 de janeiro de 2019 foi acrescentado o artigo 8ºA ao Estatuto da Criança e do Adolescente, instituindo a “Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência”, motivação deste boletim, que desejamos que subsidie a reflexão sobre a situação da gravidez da adolescência no Município de São Paulo, estimulando a elaboração de políticas destinadas a prevenção da gravidez não intencional e suas consequências.

Boa leitura!

Roberto Tolosa Junior
Coordenação de Epidemiologia e Informação

Resumo

A adolescência considerada entre 10 a 19 anos representa uma etapa de complexos processos de desenvolvimento social, biológico e psicológico. Devido à preocupação com esta população, em janeiro de 2019, foi instituída a “Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência” mediante uma Lei Federal nº 13.798, considerada também uma das prioridades ao cuidado à saúde do Município de São Paulo. Assim, é com olhar a esta população que se objetiva realizar este boletim para se traçar um perfil e, com ele buscar novas estratégias para promoção da saúde e prevenção de agravos.

Foi realizado um estudo descritivo ecológico compreendendo os anos de 2013 a 2017, contendo dados gerais desta população, características das gestações e partos, mortalidade materna, infantil e fetal referentes às gestantes adolescentes, dados do SIM, SINASC e Comitês de Mortalidade Materna e Infantil do Município de São Paulo.

Estudos como este podem ser utilizados para subsidiar e fomentar discussões sobre o tema entre gestores e profissionais da saúde para traçar estratégias e contribuir para melhorar a qualidade do serviço a essa população.

Palavras Chave: Adolescente, Gravidez na Adolescência, Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil, Vulnerabilidade em Saúde, Saúde Pública.

Listagem de tabelas e figuras

- Figura 1** – Taxa de Fecundidade em Mulheres em idade fértil e de Adolescentes residentes no Município de São Paulo - 2013 a 2017. 09
- Tabela 1** – Taxa de fecundidade das adolescentes residentes no MSP, segundo Coordenadoria Regional de Saúde - CRS e Supervisão Técnica de Saúde – STS - 2013 a 2017 – por mil adolescentes. 10
- Figura 2** – Taxa de fecundidade das adolescentes residentes no MPS, segundo CRS e STS - 2013 e 2017 – por mil adolescentes. 11
- Tabela 2** – Total de nascidos vivos - NV, nascidos vivos de mães adolescentes - NVMA e proporção por CRS e STS residentes no MSP - 2013 e 2017. 12
- Tabela 3** – Número e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes residentes no MSP segundo características sócio demográficas maternas – 2017. 13
- Tabela 4** – Número e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes residentes no MSP segundo características do parto e da gestação - 2017. 14
- Figura 3** – Razão de mortalidade materna em adolescentes residentes no MSP segundo CRS e STS - 2013 a 2017. 16
- Tabela 5** – Razão de Mortalidade Materna por faixa etária e CRS no MSP - 2013 a 2017. 17
- Tabela 6** – Causas de óbito mais frequentes em Gestantes e Puérperas Adolescentes residentes no Município de São Paulo - 2013 a 2017. 18
- Tabela 7** – Número e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes residentes no MSP, segundo características dos recém-nascidos.- 2017. 19
- Figura 4** – Taxa de Mortalidade Infantil (TMIG) e de filhos de mães adolescentes (TMIFMA) residentes no MSP - 2013 a 2017. 20
- Figura 5** – Taxa de Mortalidade Perinatal e Infantil de filhos de mães adolescentes residentes no MSP - 2013 a 2017. 21
- Figura 6** – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Componentes em filhos de mães adolescentes residentes no MSP - 2013 a 2017. 21
- Figura 7** – Taxa de Mortalidade Infantil em filhos de mães adolescentes residentes no MSP segundo CRS e STS - 2013 a 2017. 22

Tabela 8 – Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, filhos de mães adolescentes, segundo características de gestação, parto e sociais maternas residentes no MSP e respectivas porcentagens - 2013 a 2017.

23

Tabela 9 – Número de nascidos vivos, número de óbitos em menores de 1 ano e mortalidade infantil em filhos de mães adolescentes residentes no MSP por características de gestação, parto e sociais maternas - 2013 a 2017.

24

Tabela 10 – Número e proporção de óbitos fetais de mães adolescentes residentes no MSP, segundo características de gestação, parto e sociais maternas - 2013 a 2017.

25

Sumário

Introdução	08
Fecundidade das adolescentes no Município de São Paulo	09
Gestantes Adolescentes	13
Características sociais	13
Características do parto e da gestação	14
Mortalidade Materna em Adolescentes	15
Filhos de Mães Adolescentes	19
Nascidos vivos	19
Mortalidade Infantil e Perinatal em filhos de Mães Adolescentes	19
Óbitos Fetais	25
Considerações Finais	26
Serviços de Apoio ao Adolescente do Município de São Paulo	26
Referências Bibliográficas	27

Introdução

A adolescência é uma etapa caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento social, biológico e psicológico. É neste período que acontece uma série de experiências que podem marcar a vida do adolescente, tais como os questionamentos dos valores individuais e sociais, a formação da autoestima, a percepção dos impulsos sexuais e a potencialidade da vida reprodutiva¹, entretanto esse processo se faz de forma diferenciada de acordo com a história de vida e grupo social em que o adolescente está envolvido². Os adolescentes representam quase um quinto da população mundial³.

Diante da vulnerabilidade mencionada acima, em 1990 foi elaborado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴ visando resguardar os direitos desta parcela da população brasileira, e recentemente, mediante Lei Federal número 13.798 de 3 de janeiro de 2019, foi acrescido o artigo 8^aA no mesmo Estatuto que institui a “Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência” a ser realizada na primeira semana de fevereiro, criada com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez nesta faixa etária.

O tema sexualidade é um assunto difícil de ser abordado no âmbito familiar assim como no escolar e até nos próprios serviços de saúde. O assunto, muitas vezes, não é tratado com as devidas orientações e adequadamente, o que pode ser agravado pelo início das atividades sexuais ser cada vez mais precoce⁵. A atividade sexual, na adolescência, pode ter consequências imediatas como o aumento do risco de exposição a doenças de transmissão sexual e a gravidez não intencional que por sua vez, pode ocasionar complicações materno-fetais. Além destas, pode haver consequências sociais, que dependendo do contexto geram impactos negativos no desenvolvimento físico, emocional e socioeconômico da adolescente e de seus filhos, ocasionando situações de instabilidade e violência contra os mesmos⁶.

Em virtude do impacto social, a redução e prevenção da gravidez na adolescência é uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Estratégia Global para mulheres, crianças e adolescentes (2016-2030) e faz parte das estratégias de saúde do Ministério da Saúde sendo uma das prioridades do cuidado à saúde do Município de São Paulo.

Respaldado no compromisso com os direitos da saúde da criança e do adolescente e na necessidade de gerar informações para análise da gestação na adolescência no Município de São Paulo - MSP, este Boletim foi criado com intuito de traçar o perfil das gestantes adolescentes e trazer informações sobre a fecundidade, mortalidade materna e infantil sob o recorte desta população.

As fontes de dados utilizadas foram o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil do Município de São Paulo, no período de 2013 a 2017. Considerou-se como adolescente as mulheres na faixa etária, definida pelo Ministério da Saúde e recomendada pela OMS, de 10 a 19 anos de idade, sem categorização dos segmentos.

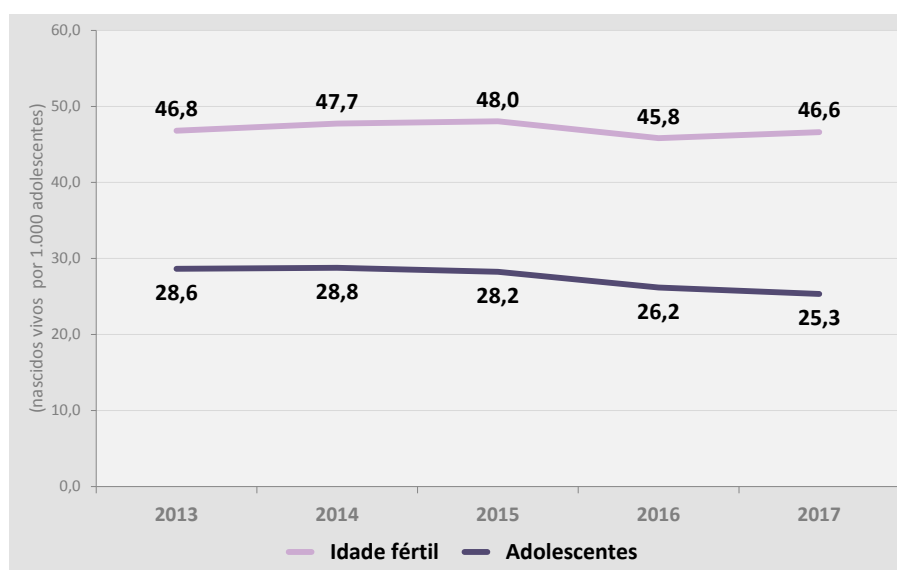
Fecundidade das adolescentes

A taxa de fecundidade em adolescentes refere-se ao quociente entre o número de nascidos vivos de mulheres entre 10 a 19 anos, e o número de mulheres nesta faixa etária, multiplicado por mil em um determinado local, ano ou período estudado.

Segundo relatório da OMS, publicado em 2016, a taxa mundial estimada gira em torno de 46 nascimentos para cada mil adolescentes entre 15 a 19 anos; o Brasil concentra uma das maiores taxas de fecundidade na adolescência na América Latina, sendo de 68,4 nascimentos para cada mil adolescentes nesta faixa etária, sobretudo na região nordeste do país⁶.

A **figura 1** mostra as taxas de fecundidade em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e das adolescentes no Município de São Paulo no período de 2013 a 2017. Observa-se a estabilidade da taxa de fecundidade entre as primeiras e a queda entre as adolescentes. No quinquênio nota-se uma queda aproximada de 11,6% na taxa de fecundidade das adolescentes, sendo que em 2017 o município apresenta taxa de fecundidade próxima às taxas do Canadá e dos Estados Unidos (22,3) em relação às adolescentes⁶. A melhoria nas condições de vida, o aumento da perspectiva profissional e educacional para as mulheres e o acesso a métodos contraceptivos podem contribuir para a diminuição da ocorrência da gravidez em adolescentes⁷.

Figura 1 – Taxa de Fecundidade em Mulheres em idade fértil e de Adolescentes residentes no Município de São Paulo - 2013 a 2017.



Fonte: SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018; População projetada - Fundação SEADE.

Ocorreu redução da taxa de fecundidade em adolescentes residentes no MSP em todas as Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS e Supervisões Regionais de Saúde – STS, com exceção da STS Parelheiros onde houve um aumento da taxa no ano de 2017 em relação à 2013. **(Tabela 1)**

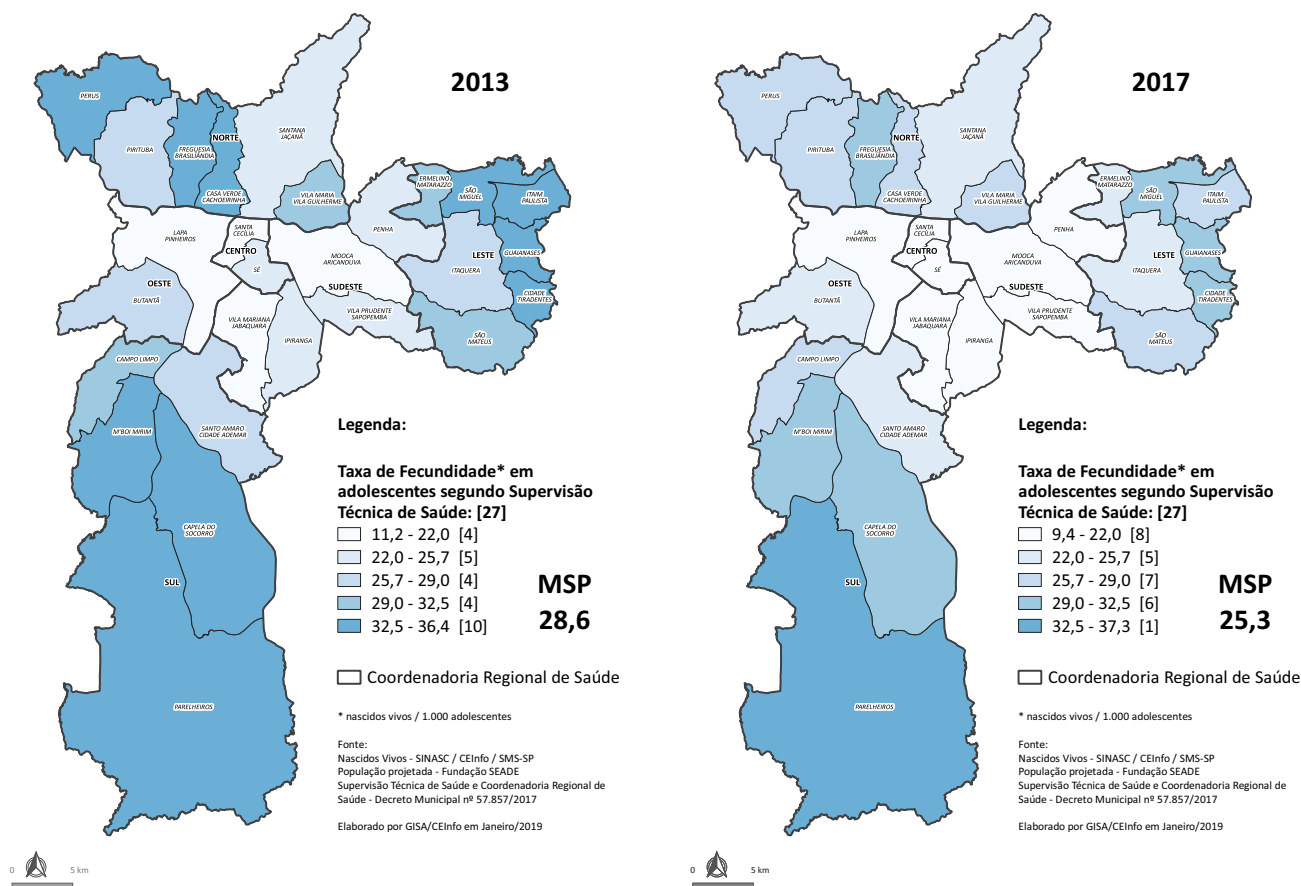
Tabela 1 – Taxa de fecundidade das adolescentes residentes no MSP, segundo Coordenadoria Regional de Saúde - CRS e Supervisão Técnica de Saúde – STS - 2013 a 2017 – por mil adolescentes.

CRS / STS	2013	2017
Centro	21,0	17,8
Santa Cecília	16,5	16,2
Sé	24,1	18,8
Leste	32,5	28,7
Cidade Tiradentes	36,4	31,1
Ermelino Matarazzo	31,3	22,4
Guaianases	34,9	31,1
Itaim Paulista	34,3	29,0
Itaquera	27,5	25,7
São Mateus	32,1	28,9
São Miguel	34,3	32,3
Norte	30,0	27,1
Casa Verde/Cachoeirinha	33,0	27,5
Freguesia/Brasilândia	36,0	32,1
Perus	33,4	28,6
Pirituba	28,3	25,8
Santana/Jaçanã	23,4	22,7
Vila Maria/Vila Guilherme	31,2	28,9
Oeste	21,7	17,5
Butantã	28,8	23,1
Lapa/Pinheiros	13,0	10,9
Sudeste	22,0	19,2
Ipiranga	23,1	20,1
Mooca/Aricanduva	19,3	17,0
Penha	24,3	22,0
Vila Mariana/Jabaquara	17,5	14,6
Vila Prudente/Sapopemba	25,1	21,9
Sul	31,7	28,5
Campo Limpo	31,0	27,8
Capela do Socorro	32,7	30,2
M'Boi Mirim	34,1	29,9
Parelheiros	34,4	37,3
Santo Amaro/Cidade Ademar	28,0	23,3
Município de São Paulo	28,6	25,3

Fonte: SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018; População projetada - Fundação SEADE.

A seguir, a **figura 2** aponta a distribuição no município da taxa de fecundidade das adolescentes por Supervisão Técnica de Saúde – STS nos anos de 2013 e 2017. É necessário esclarecer que foi utilizada a atual divisão administrativa com as respectivas 27 STS distribuídas pelo Município. É possível observar que as regiões periféricas do MSP concentram as maiores taxas de fecundidade entre as adolescentes o que pode estar relacionado às condições de vulnerabilidade social destas áreas^{3,8}.

Figura 2 – Taxa de fecundidade das adolescentes residentes no MPS, segundo CRS e STS - 2013 e 2017 – por mil adolescentes.



Entre os anos de 2004 a 2015 houve uma queda de 17% no total de adolescentes grávidas, sendo que neste último ano os nascidos vivos de mães adolescentes representavam 18% do total de nascimentos no Brasil⁶.

No MSP, entre os anos de 2006 a 2017 houve uma queda de 25% neste valor; passando de 14,7% para 11% do total de nascidos vivos. As CRS Oeste, Centro e Sudeste apresentam as menores proporções de nascidos entre mães adolescentes no MSP e a CRS Leste é a que apresenta a maior proporção de nascidos vivos entre estas mães nos anos analisados. **(Tabela 2)**

Tabela 2 – Total de nascidos vivos - NV, nascidos vivos de mães adolescentes - NVMA e proporção por CRS e STS residentes no MSP - 2013 e 2017.

CRS / STS	2013			2017		
	NV	NVMA	%	NV	NVMA	%
Centro	5.115	421	8,2	4.807	338	7,0
Santa Cecília	1.812	132	7,3	1.747	122	7,0
Sé	3.303	289	8,7	3.060	216	7,1
Leste	39.744	6.610	16,6	39.292	5.337	13,6
Cidade Tiradentes	3.806	753	19,8	3.710	603	16,3
Ermelino Matarazzo	3.145	473	15,0	2.906	308	10,6
Guaianases	5.050	859	17,0	5.139	686	13,3
Itaim Paulista	6.272	1.126	18,0	6.100	856	14,0
Itaquera	8.182	1.152	14,1	8.233	1.002	12,2
São Mateus	7.111	1.194	16,8	7.079	1.003	14,2
São Miguel	6.178	1.053	17,0	6.125	879	14,4
Norte	34.365	4.926	14,3	33.432	4.086	12,2
Casa Verde/Cachoeirinha	5.216	732	14,0	4.909	555	11,3
Freguesia/Brasilândia	6.967	1.193	17,1	6.769	964	14,2
Perus	2.597	458	17,6	2.597	372	14,3
Pirituba	6.764	952	14,1	6.557	813	12,4
Santana/Jaçanã	8.087	971	12,0	7.949	863	10,9
Vila Maria/Vila Guilherme	4.734	620	13,1	4.651	519	11,2
Oeste	14.215	1.130	7,9	13.749	878	6,4
Butantã	7.214	829	11,5	6.546	629	9,6
Lapa/Pinheiros	7.001	301	4,3	7.203	249	3,5
Sudeste	35.177	3.578	10,2	34.374	2.901	8,4
Ipiranga	6.536	695	10,6	6.330	572	9,0
Mooça/Aricanduva	7.938	680	8,6	7.743	558	7,2
Penha	6.574	759	11,5	6.539	623	9,5
Vila Mariana/Jabaquara	6.677	508	7,6	6.407	402	6,3
Vila Prudente/Sapopemba	7.452	936	12,6	7.355	746	10,1
Sul	44.096	6.735	15,3	43.473	5.681	13,1
Campo Limpo	10.691	1.594	14,9	10.638	1.370	12,9
Capela do Socorro	10.411	1.654	15,9	10.085	1.388	13,8
M'Boi Mirim	10.123	1.700	16,8	10.119	1.412	14,0
Parelheiros	2.642	479	18,1	2.868	487	17,0
Santo Amaro/Cidade Ademar	10.229	1.308	12,8	9.763	1.024	10,5
Município de São Paulo	172.942	23.429	13,5	169.283	19.237	11,4

Fonte: SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Gestantes adolescentes

Características sociais

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2010, os adolescentes no MSP correspondiam a aproximadamente 15,2% da população, sendo que 7,6% eram do sexo feminino. A estimativa para 2017, segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, é de 13,2% de adolescentes, sendo 6,5% do sexo feminino⁷. No ano de 2017 nasceram 19.237 filhos de mães adolescentes, correspondendo a 11,3% do total de nascidos vivos residentes em São Paulo.

As adolescentes pretas e pardas representaram 62,3% do total das gestantes adolescentes. Quanto à escolaridade 62,6% cursou o ensino médio e 31,7% apenas o ensino fundamental. A maioria delas se auto declara solteira, 75,4%, o que reflete a falta de apoio de um companheiro neste momento. **(Tabela 3)**

Tabela 3 – Número e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes residentes no MSP segundo características sócio demográficas maternas – 2017.

Características sociodemográficas da mãe	Nascidos vivos			
	Mães adolescentes		Total	
	n	%	n	%
Raça/cor materna				
Branca	7.084	36,8	81.621	48,2
Preta	1.528	7,9	13.597	8,0
Amarela	78	0,4	2.168	1,3
Parda	10.463	54,4	71.265	42,1
Indígena	79	0,4	552	0,3
Ignorado	5	0,0	80	0,0
Situação conjugal				
Solteira	14.503	75,5	74.721	44,1
Casada	1.156	6,0	63.549	37,5
Viúva	5	0,0	213	0,1
Separada judicialmente/divorciada	18	0,1	2.770	1,6
União consensual	3.516	18,3	27.726	16,4
Ignorado	39	0,2	304	0,2
Escolaridade materna				
Sem escolaridade	7	0,0	136	0,1
Fundamental I (1ª a 4ª série)	182	0,9	2.469	1,5
Fundamental II (5ª a 8ª série)	6.097	31,7	25.219	14,9
Medio (antigo 2º grau)	12.598	65,5	90.342	53,4
Superior incompleto	294	1,5	10.059	5,9
Superior completo	57	2,2	41.025	24,2
Ignorado	2	1,4	33	0,0
Total	19.237	100,0	169.283	100,0

Fonte: SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Características do parto e da gestação

É necessário estudar as características do parto e da gestação pois essas podem refletir as condições de assistência à saúde das mães e seus filhos independente da idade materna. No MSP, dos 19.237 nascidos vivos de mães adolescentes, 90,7% destes partos ocorreu em hospitais de gestão pública, número 10 vezes superior ao ocorrido na rede privada, o que demonstra que a maioria destas mães nesta faixa etária depende do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observa-se que 26,5% dos partos de nascidos de mães adolescentes foram cesárea, valor acima do índice de 15% preconizado pela OMS. Estudos apontam que não há evidências de aumento de proporção de parto cesárea entre adolescentes. Dentre os fatores de indicação de cesárea estão: amadurecimento incompleto no crescimento do feto, distocias funcionais, comportamento emocional descontrolado durante o parto entre outros⁹, portanto, nesta porcentagem estão situações em que a cesárea era indicada. **(Tabela 4)**

Tabela 4 – Número e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes residentes no MSP segundo características do parto e da gestação - 2017.

Características do parto e da gestação	Nascidos vivos			
	Mães adolescentes		Total	
	n	%	n	%
Tipo de parto				
Vaginal	14.147	73,5	81.945	48,4
Cesáreo	5.090	26,5	87.328	51,6
Ignorado	0	0,0	10	0,0
Consultas de pré-natal				
Nenhuma	251	1,3	1.517	0,9
1 a 3	1.039	5,4	5.543	3,3
4 a 6	3.951	20,5	25.406	15,0
7 ou mais	13.985	72,7	136.741	80,8
Ignorado	11	0,1	76	0,0
Trimestre da primeira consulta				
Primeiro	15.079	78,4	145.767	86,1
Segundo	3.479	18,1	19.435	11,5
Terceiro	417	2,2	2.398	1,4
Ignorado	262	1,4	1.683	1,0
Duração da gestação (em semanas)				
Menos de 37	2.236	11,6	17.840	10,5
37 a 41	16.796	87,3	149.898	88,5
42 ou mais	196	1,0	1.453	0,9
Ignorado	9	0,0	92	0,1
Paridade (gestações anteriores)				
Nenhuma	15.160	78,8	68.005	40,2
1 a 3	4.052	21,1	91.537	54,1
4 a 6	16	0,1	8.684	5,1
7 a 9	0	0,0	881	0,5
10 ou mais	0	0,0	125	0,1
Ignorado	9	0,0	51	0,0
Total	19.237	100,0	169.283	100,0

Fonte: SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes adolescentes, verifica-se que 72,7% realizaram 7 ou mais consultas, valor considerado pelo Ministério da Saúde como ideal e apenas 1,3% das gestantes adolescentes não fizeram o pré-natal. Das gestantes que fizeram o acompanhamento 78,4% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, sendo que 78,8% destas gestantes eram primigestas. Dos nascidos vivos de mães adolescentes 11,6% nasceram antes de completar 37 semanas de gestação, índice próximo ao estimado pela OMS para a frequência de partos prematuros¹⁰.

É importante ressaltar que em 2017 nasceram em São Paulo 636 filhos de mães menores de 15 anos (0,37% do total de nascidos vivos), esses nascimentos podem estar relacionados com a extrema vulnerabilidade desta faixa etária e à violência, sobretudo a sexual^{5,6}.

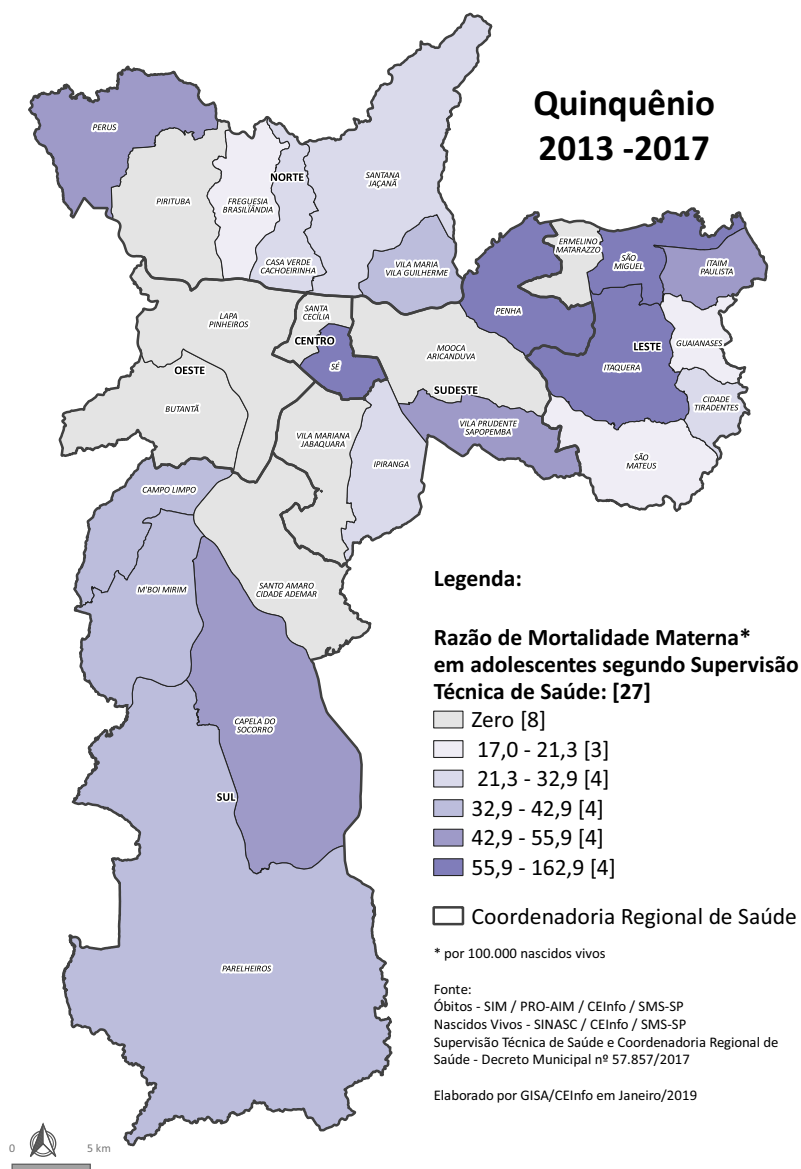
Mortalidade Materna em Adolescentes

A mortalidade materna pode ser definida, segundo a OMS, como os óbitos ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após seu término independente de sua duração, sendo suas causas relacionadas à gestação, agravadas por ela ou decorrentes de medidas tomadas em sua relação. O MS determina a investigação destes óbitos e daqueles ocorridos até 1 ano do parto. A morte materna é um evento de Notificação Compulsória. A morbidade e mortalidade geral na adolescência são consideradas baixas, mas as causas de óbito nesta população não podem ser desprezadas^{11,12}. As causas relacionadas à maternidade são apontadas como justificativas de óbito nas adolescentes do sexo feminino¹² mas há um predomínio das causas externas como causa básica do óbito entre os adolescentes em geral. Há décadas, a gravidez nesta população é avaliada como um dos desafios da sociedade moderna, levando a OMS considerar a gravidez um fator de risco à vida das adolescentes e a mortalidade materna nesta população ser objeto de análise há anos^{11,12,13}.

A razão de mortalidade materna (RMM) é definida pelo número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico no período considerado e assim como a taxa de mortalidade infantil é considerada um indicador social por refletir a qualidade de assistência à saúde ofertada à população e das condições socioeconômicas vividas pelos grupos populacionais^{3,6,9,11,12}. A própria imaturidade emocional e funcional aliadas à vulnerabilidade do grupo podem ser consideradas como fatores que contribuem para aumentar a morbimortalidade nestas gestantes e seus filhos^{3,9}. As complicações da gravidez, do parto e do puerpério são importantes causas de óbito nas adolescentes, sendo os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos as principais causas de óbitos maternos entre as adolescentes no país^{11,12}.

A CRS Leste é a região com maior número de STS com RMM elevadas (Itaquera, São Miguel e Itaim Paulista), seguida da CRS Sudeste (Penha) e Centro, sendo que algumas destas regiões também apresentam vulnerabilidade e desigualdade social^{3, 8}. O Centro é uma das regiões da cidade com menor número de nascimentos, um total de 1.859 nascimentos no quinquênio analisado o que associado a ocorrência de óbitos maternos pode influenciar o cálculo da RMM neste período. **(Figura 3)**

Figura 3 – Razão de mortalidade materna em adolescentes residentes no MSP segundo CRS e STS - 2013 a 2017.



A **tabela 5** demonstra a distribuição da razão de mortalidade materna no MSP segundo faixa etária e CRS no quinquênio analisado. Cabe a ressalva de que no período estudado (2013-2017) não foi identificado nenhum óbito materno dos 10 aos 14 anos. Todos os óbitos de adolescentes ocorreram dos 15 aos 19 anos. Observa-se ainda que a RMM entre as adolescentes é a menor (34,0) no MSP se comparada às RMM de outras faixas etárias. No grupo das adolescentes que vieram a óbito, após a investigação dos casos realizada pelos Comitês Regionais de Mortalidade Materna verificou-se que 51,3% destas gestantes realizaram até 3 consultas de pré natal, 51,3% tinham apenas o primeiro grau de escolaridade e que a maioria dos casos residiam na CRS Leste. Vale lembrar que a CRS Centro apresentou um dos menores números de nascimentos da cidade o que associado à ocorrência de óbitos maternos pode afetar o cálculo da RMM na região, fato já mencionado anteriormente.

Tabela 5 – Razão de Mortalidade Materna por faixa etária e CRS no MSP - 2013 a 2017.

Faixa etária (em anos)	Coordenadoria Regional de Saúde						Total
	Oeste	Centro	Leste	Norte	Sudeste	Sul	
10 a 19	0,0	107,6	42,5	21,9	30,1	37,9	34,0
20 a 29	28,0	49,5	49,1	34,8	28,0	29,2	35,7
30 a 39	20,3	68,1	82,5	66,5	47,0	76,0	61,6
40 a 49	75,6	0,0	67,3	99,7	63,5	138,4	87,3
Total	24,3	59,7	59,2	46,8	38,3	50,9	46,3

Fonte: SIM / SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

A seguir (**Tabela 6**) são apontadas as causas mais frequentes de mortalidade materna nas gestantes e puérperas adolescentes residentes no MSP, com a ressalva de que ainda há casos em investigação pelos Comitês Regionais de Mortalidade Materna, referentes a 2016 e 2017.

As doenças hipertensivas, as doenças hemorrágicas de causa obstétricas e as pielonefrites são as causas mais frequentes nos óbitos maternos entre as adolescentes no MSP, sendo que a hipertensão é sabidamente uma complicação que atinge os extremos da idade reprodutiva¹².

É importante destacar que houve apenas um caso de infecção puerperal no quinquênio estudado, mas cumpre mencionar que há óbitos ocasionados por cardiopatias, broncopneumonia (BCP) e embolia nesta faixa etária.

Tabela 6 – Causas de óbito mais frequentes em Gestantes e Puérperas Adolescentes residentes no Município de São Paulo - 2013 a 2017.

Causa do óbito	2013	2014	2015	2016*	2017*
Estados hipertensivos	1	3	2	0	3
Pielonefrite	0	0	2	2	3
Hemorragia	0	2	1	1	0
Aborto	1	1	1	0	0
Cardiopatias	0	2	0	1	0
Broncopneumonia	0	1	1	1	0
Embolia	0	2	0	0	0
Infecção puerperal	0	1	0	0	0
Outros	0	0	1	1	3
Total	2	12	8	6	9

Fonte: Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo - Outubro / 2018.

* Dados preliminares - casos ainda com investigação pendente.

Filhos de Mães Adolescentes

Nascidos vivos

Dos nascidos vivos de mães adolescentes, 11,1% nasceram com peso abaixo de 2.500 gramas em 2017, índice próximo ao estimado pela OMS para frequência de prematuridade na população¹⁰. Foi alta a proporção (97,1%) de nascidos vivos de adolescentes com boa vitalidade, mensurada pelo índice de Apgar no quinto minuto do nascimento, parâmetro considerado adequado.

Tabela 7 – Número e proporção de nascidos vivos de mães adolescentes residentes no MSP, segundo características dos recém-nascidos.- 2017.

Características dos nascidos vivos	Mães adolescentes		Total	
	n	%	n	%
Peso ao nascer (em gramas)				
Menos de 2.500	2.126	11,1	16.154	9,5
2.500 a 3.999	16.665	86,6	145.619	86,0
4.000 ou mais	445	2,3	7.504	4,4
Ignorado	1	0,0	6	0,0
Apgar 1º minuto				
0 a 3	325	1,7	2.264	1,3
4 a 7	2.270	11,8	16.577	9,8
8 a 10	16.558	86,1	149.848	88,5
Ignorado	84	0,4	594	0,4
Apgar 5º minuto				
0 a 3	52	0,3	498	0,3
4 a 7	431	2,2	2.811	1,7
8 a 10	18.671	97,1	165.411	97,7
Ignorado	83	0,4	563	0,3
Total	19.237	100,0	169.283	100,0

Fonte: SINASC / CEInfo / SMS-SP, Janeiro /2019.

Mortalidade Infantil e Perinatal em filhos de Mães Adolescentes

A taxa de Mortalidade Infantil - TMI, assim como a RMM, é de fundamental importância em saúde pública por ser um indicador clássico das condições de vida da população; o indicador tem relação com múltiplos fatores, uma vez que, por meio do acompanhamento desse indicador, no tempo, é possível avaliar as condições de vida e de desenvolvimento das políticas de saúde pública¹³.

A gestação na adolescência pode influenciar este indicador uma vez que os filhos destas gestantes apresentam uma maior probabilidade de óbito durante o primeiro ano de vida em comparação com os filhos de gestantes de outras faixas etárias¹⁴. No entanto os fatores sociais podem mascarar ou confundir essa correlação. O óbito em menores de um ano, assim como o materno, é evento de Notificação Compulsória e por determinação do MS, na sua ocorrência, necessita de investigação realizada pelos Comitês de Mortalidade Infantil.

A TMI do MSP, sem o recorte da idade materna, apresenta tendência de queda nas últimas décadas, sendo que no último quinquênio mantém estabilidade, passando a se concentrar no componente neonatal precoce. Esse movimento pode ser atribuído ao investimento na gravidez de alto risco e utilização de UTI neonatal¹⁵, apesar de nos dois últimos anos também haver um discreto aumento do componente pós neonatal.

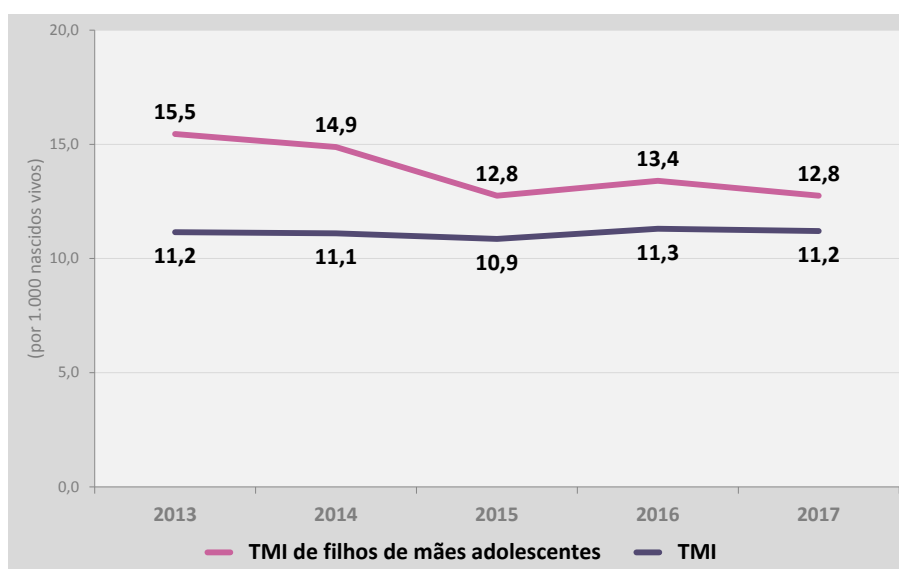
Os óbitos fetais, assim como os neonatais precoces, têm os mesmos fatores determinantes, e neste cenário vale destacar os primeiros como peças importantes embora invisíveis como agentes influenciadores no cálculo de mortalidade perinatal e que segundo alguns autores podem estar relacionados à ocorrência de *near miss* materna¹⁶.

A TMI é definida pelo número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos em espaço geográfico e período determinado. Ela é subdividida por componentes, são eles: neonatal precoce (0 a 6 dias), o neonatal tardio (7 a 27 dias) e o pós neonatal (28 até 364 dias de vida).

A taxa de mortalidade perinatal é definida pelo número de óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação acrescidos dos óbitos ocorridos até o sétimo dia de vida por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado espaço geográfico e período.

A TMI de filhos de mães adolescentes apresentou queda de 11,5% , segundo a análise de incremento, pelo método *Prais – Winsten* no período estudado , mas ela ainda é maior que a TMI geral durante todo o período. **(Figura 4)**

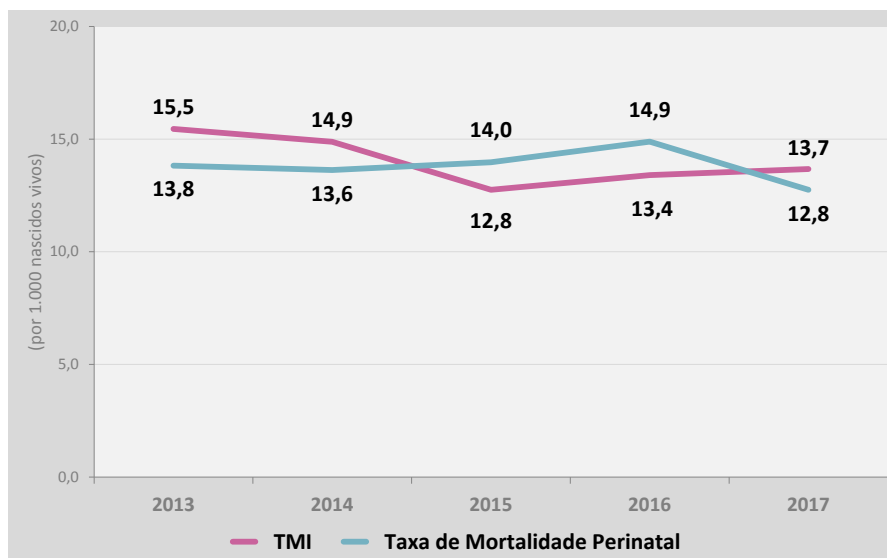
Figura 4 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMIG) e de filhos de mães adolescentes (TMIFMA) residentes no MSP - 2013 a 2017.



Fonte: SIM / SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Na **figura 5** observa-se tendência de queda nas duas curvas, com exceção de 2017 em que os valores são próximos, provavelmente em virtude da influência do componente neonatal precoce no cálculo da taxa de mortalidade perinatal e este ter maior proporção na taxa de mortalidade infantil¹⁵. O percentual de queda da taxa perinatal é baixo neste período, sendo 7,8% pela análise do incremento do método de *Prais-Winsten*.

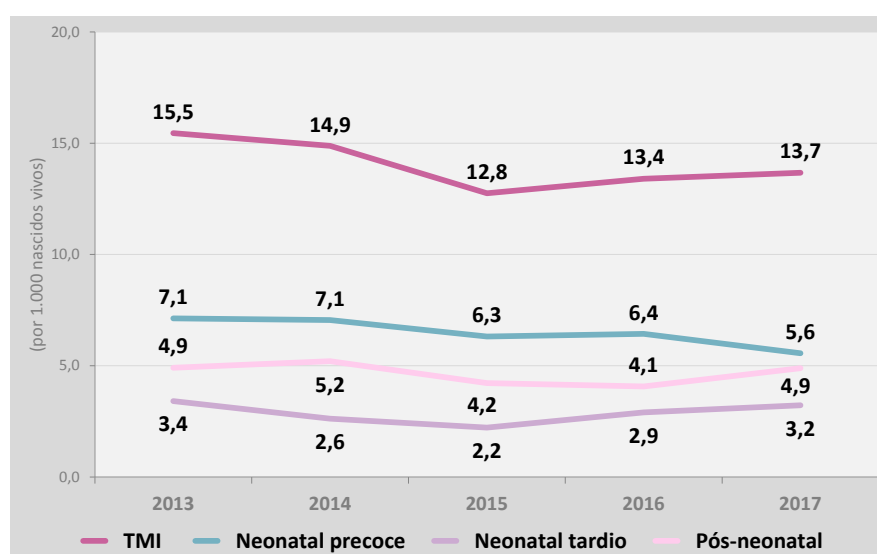
Figura 5 – Taxa de Mortalidade Perinatal e Infantil de filhos de mães adolescentes residentes no MSP - 2013 a 2017.



Fonte: SIM / SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

O componente neonatal precoce é a parte predominante da TMI, entre os filhos de mães adolescentes, seguido do componente pós-neonatal e neonatal tardio respectivamente, constatação apontada por diversos estudos^{1,3,13,14,15}. Nos últimos cinco anos o componente neonatal precoce foi o que apresentou maior percentual de redução 22% segundo a análise de incremento (método de Prais-Winsten), com pouca variação dos outros dois componentes. No ano de 2017 observa-se que os valores do componente neonatal precoce estão próximos do pós neonatal. (**Figura 6**)

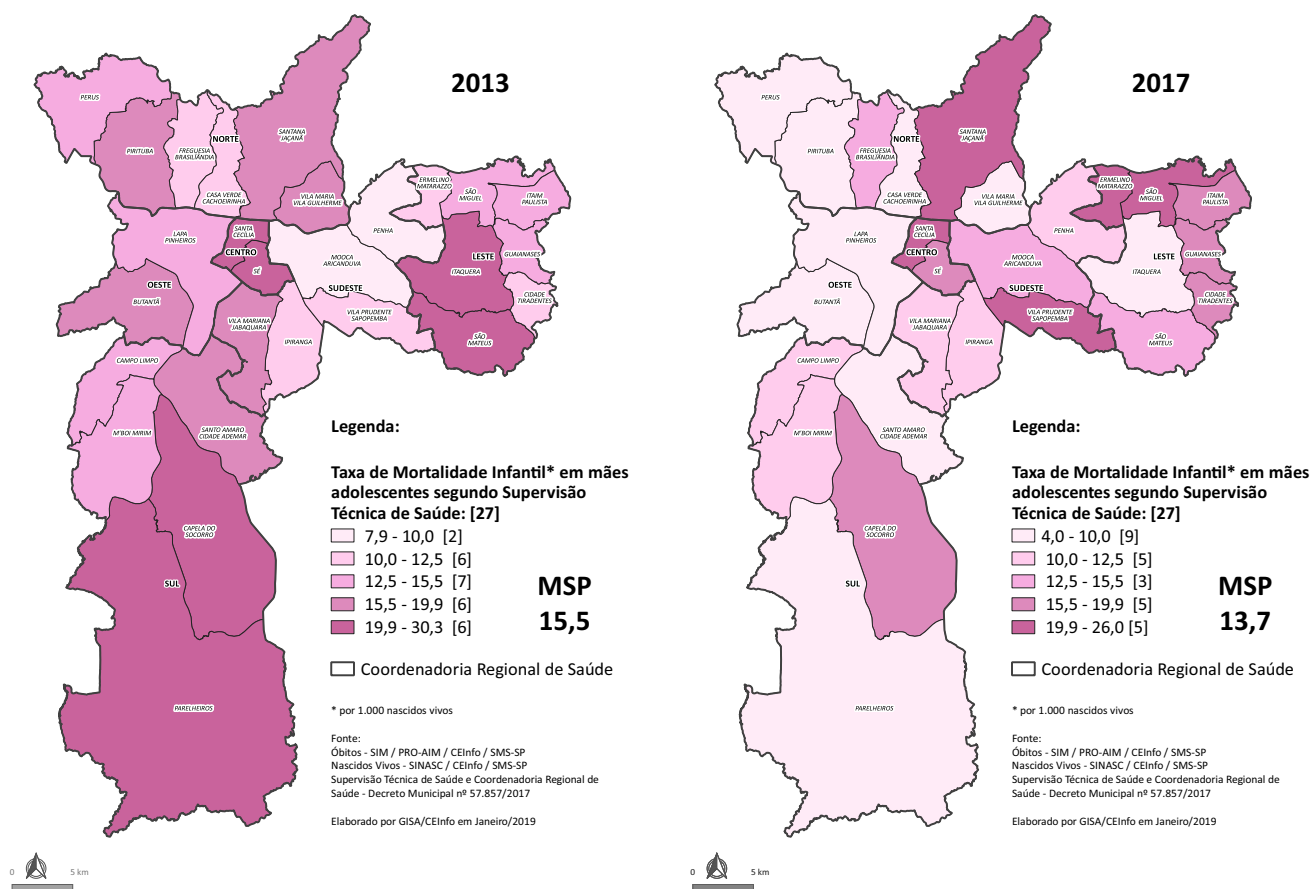
Figura 6 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Componentes em filhos de mães adolescentes residentes no MSP - 2013 a 2017.



Fonte: SIM / SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

A **figura 7** indica a queda da TMIFMA em relação a 2013 e concentração nas regiões periféricas do Município. As STS de Ermelino Matarazzo, São Miguel (CRS Leste), Santa Cecília (CRS Centro), Santana/Jaçanã (CRS Norte) e Vila Prudente/Sapopemba (CRS Sudeste) apresentaram TMIFMA elevadas no ano de 2017.

Figura 7 – Taxa de Mortalidade Infantil em filhos de mães adolescentes residentes no MSP segundo CRS e STS - 2013 a 2017.



Entre os óbitos em menores de 1 ano de filhos de adolescentes pode-se apontar que a maior parte ocorreu em âmbito hospitalar (92%) sendo que a maioria foi atendida no setor público. Ressalta-se que em 7,8% destes óbitos não consta a informação do local da ocorrência, isto se deve à falta de preenchimento adequado da declaração de óbito realizado pelos profissionais de saúde. Quanto à paridade materna, a maioria das mães adolescentes nestes óbitos eram primigestas (88,5%) e o parto destes óbitos em 67,6% dos casos foram realizados antes das 37 semanas de gestação confirmando a prematuridade entre as gestantes adolescentes como fator de risco para o óbito em menores de 1 ano^{13,14}. Além deste fato, observa-se que 68,5% destes óbitos nasceram com peso abaixo de 2.500 gramas. Em relação às características sociais maternas, nestes óbitos, 59,7% deles eram apontados como brancos, seguidas por 32,7% de pardas. Cabe ressaltar que a declaração de óbito é um documento totalmente preenchido por profissionais de saúde o que pode ter contribuído para o apontamento em relação à raça/cor acima mencionado, dado divergente ao apontado pelos dados do SINASC onde a maioria das mães adolescente são autodeclaradas negras. Quanto à escolaridade, nota-se que 69,2% das mães apresentavam o ensino médio. **(Tabela 8)**

Tabela 8 – Número de óbitos em menores de 1 ano de idade, filhos de mães adolescentes, segundo características de gestação, parto e sociais maternas residentes no MSP e respectivas porcentagens - 2013 a 2017.

Características da gestação, parto e sociodemográficas da mãe	Óbitos < 1 ano	
	n	%
Paridade (gestações anteriores)		
Nenhuma	1.363	88,6
1 a 3	157	10,2
4 ou mais	0	0,0
Não informado	19	1,2
Duração da gestação (em semanas)		
Até 29	565	36,7
30 a 36	476	30,9
37 a 41	435	28,3
42 ou mais	11	0,7
Ignorado	52	3,4
Raça / cor materna		
Branca	919	59,7
Preta	24	1,6
Amarela	0	0,0
Parda	504	32,7
Indígena	3	0,2
Não informado	89	5,8
Escolaridade materna		
Ignorado	44	2,9
Sem escolaridade	6	0,4
Fundamental I (1ª a 4ª série)	22	1,4
Fundamental II (5ª a 8ª série)	329	21,4
Medio (antigo 2º grau)	1.066	69,3
Superior incompleto	17	1,1
Não informado	55	3,6
Peso ao nascer (em gramas)		
Menos de 1.000	585	38,0
1.000 a 2.499	470	30,5
2.500 a 2.999	194	12,6
3.000 ou mais	229	14,9
Não informado	61	4,0
Total	1.539	100,0

Fonte: SIM / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Quando se estuda a mortalidade infantil dos filhos de mães adolescentes sob alguns parâmetros têm-se a **tabela 9**, onde foram calculadas as TMI dos filhos destas mães observando as características sociais maternas desta faixa etária, da gestação, parto e nascimento em filhos de mães residentes no MSP. Nela consta que a TMI, nos filhos de mães adolescentes, nascidos em hospitais com gestão pública é de 14 óbitos por mil nascidos vivos, sendo que se deve considerar que o número de partos na rede pública foi cerca de 10 vezes maior do que o da rede privada. Observa-se também que os nascidos por parto cesárea têm taxa de mortalidade de 15,5 óbitos por mil nascidos vivos enquanto que aqueles nascidos por parto vaginal apresentaram 13,3 óbitos por mil nascidos vivos de mães adolescentes. A escolaridade materna também pode ser considerada um fator com influência na mortalidade dos filhos de mães adolescentes já que as autodeclaradas sem escolaridade e com apenas até 4 anos de ensino fundamental têm taxa de mortalidade infantil de 21,3 óbitos por mil nascidos vivos¹⁷.

Tabela 9 – Número de nascidos vivos, número de óbitos em menores de 1 ano e mortalidade infantil em filhos de mães adolescentes residentes no MSP por características de gestação, parto e sociais maternas - 2013 a 2017.

Características da gestação, parto e sociodemográficas da mãe	Filhos de mães adolescentes		
	NV	Óbitos < 1 ano	TMI*
Gestão do estabelecimento do parto			
Pública	93.821	1.317	14,0
Privada	11.032	102	9,2
Tipo de parto			
Vaginal	77.290	1.027	13,3
Cesáreo	31.503	488	15,5
Raça / cor materna			
Branca	42.427	919	21,7
Preta	7.712	24	3,1
Amarela	354	0	0,0
Parda	57.614	504	8,7
Indígena	608	3	4,9
Escolaridade materna			
Sem escolaridade	49	6	122,4
Fundamental I (1ª a 4ª série)	1.265	22	17,4
Fundamental II (5ª a 8ª série)	37.228	329	8,8
Medio (antigo 2º grau)	68.193	1.066	15,6
Superior incompleto	1.947	17	8,7

Fonte: SIM / SINASC / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Quanto às causas de óbito mais frequentes entre os filhos menores de 1 ano de mães adolescentes os Comitês Regionais de Mortalidade Infantil apontam que 73,7% são classificadas no Capítulo XVI da CID-10 (afecções relacionadas ao período perinatal) e dentre elas 25% das causas estão relacionadas à hipóxia neonatal, 23% às complicações maternas durante a gravidez e parto, 20% têm causas mal definidas e 18% estão relacionadas à prematuridade; 13% são classificadas no Capítulo XVII da CID – 10 (anomalias congênitas e cromossômicas), sendo as malformações cardiológicas seguidas das neurológicas as mais frequentes entre estes óbitos. É importante ressaltar que 5% são causados por fatores externos, sendo a bronco-aspiração a causa externa mais frequente nesta faixa etária. Além da investigação realizada pelos Comitês, o PROAIM (Programa de Aprimoramento de Informações sobre Mortalidade) adota o programa de envio de cartas aos médicos atestantes com o objetivo de aprimorar a qualidade da informação e se for necessário corrigir a causa básica do óbito.

Óbitos Fetais

Os óbitos fetais são pouco estudados, mas não podem ser esquecidos devido a sua importância e ocorrência. Deve-se mencionar que as declarações de óbitos fetais têm o campo IV da declaração de óbito pouco preenchido pelos profissionais de saúde o que dificulta a coleta de dados. Alguns estudos apontam a morbidade entre as gestantes adolescentes, o baixo peso e a prematuridade como fatores relacionados à ocorrência do óbito fetal^{14,15, 16}. Entre os óbitos fetais no MSP 95% estão relacionados às afecções perinatais, sendo 49% são ocasionados por hipóxia intrauterina, 32% tem causas mal definidas e 15% estão associados às complicações maternas durante a gestação e parto. Os óbitos com malformação do sistema nervoso são os mais frequentes dentre aqueles causados por anomalias congênitas. Verifica-se que 80,4% destes óbitos tinham menos de 37 semanas de gestação e pesavam valores abaixo de 2.500 gramas. **(Tabela 10)**

Tabela 10 – Número e proporção de óbitos fetais de mães adolescentes residentes no MSP, segundo características de gestação, parto e sociais maternas - 2013 a 2017.

Características da gestação, parto e sociodemográficas da mãe	Óbitos fetais	
	n	%
Paridade (gestações anteriores)		
Nenhuma	528	56,5
1 a 3	240	25,7
Ignorado	166	17,8
Duração da gestação (em semanas)		
Até 20	58	6,2
21 a 32	527	56,4
33 a 36	166	17,8
Acima de 37	138	14,8
Ignorado	45	4,8
Escolaridade materna		
Sem escolaridade	1	0,1
Fundamental I (1ª a 4ª série)	40	4,3
Fundamental II (5ª a 8ª série)	342	36,6
Medio (antigo 2º grau)	479	51,3
Superior incompleto	6	0,6
Não informado	66	7,1
Peso do feto (em gramas)		
Até 999	401	42,9
1.000 a 2.499	360	38,5
Acima de 2.500	131	14,0
Não informado	42	4,5
Total	934	100,0

Fonte: SIM / CEInfo / SMS - SP, Outubro / 2018.

Considerações finais

Nos últimos anos houve a melhora de todos os indicadores estudados entre as adolescentes e as gestantes nesta faixa etária: taxa de fecundidade com índice próximo aos países desenvolvidos, razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil em queda.

A gravidez em adolescentes é considerada um problema de saúde pública, pois como mencionado anteriormente, tem influência na formação de alguns indicadores usados na saúde. O parto prematuro, a septicemia neonatal e a própria mortalidade são complicações ainda frequentes entre as adolescentes, apesar das políticas públicas adotadas. Além destas consequências os transtornos sociais também são comuns, sendo o abandono escolar o mais imediato, o que pode ocasionar a perpetuação da vulnerabilidade social da adolescente. Pelos fatores colocados acima, as gestantes adolescentes e seus filhos devem ser acompanhados com atenção especial com o objetivo de evitar os desfechos citados. Cabe ressaltar que, numa cidade como São Paulo a gestação das adolescentes assume aspectos distintos, quando comparamos as diversas regiões e estruturas sociais. Em virtude do exposto a abordagem deve respeitar estas nuances e as diversidades características de cada região da cidade. O Município vem adotando políticas que visam à diminuição destes índices por meio da integração com outras secretárias. É em virtude da adoção destas políticas que se conseguiu alcançar a redução constatada, mas ainda há aspectos a serem explorados.

Se faz necessário a promoção da reflexão e a conscientização do adolescente a partir da discussão das habilidades para a vida, como seu projeto de vida, além de fornecer aos jovens informação qualificada, de forma criativa e de fácil compreensão com o objetivo de aproximá-lo e garantir o seu acesso à rede de Atenção Primária e aos métodos contraceptivos disponíveis na rede municipal. É importante salientar que desde 2017 foi elaborado e divulgado o *Protocolo de orientação para atenção integral em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes nos serviços de saúde do Município de São Paulo* encontrado no endereço eletrônico da Secretaria de Saúde¹⁸.

Cabe aos profissionais de saúde conhecer, divulgar e implementar o protocolo acima nas suas Unidades de Saúde para auxiliar os adolescentes e família na prevenção da gestação não intencional e na ocorrência de novas gestações entre as adolescentes.

As ações educativas desenvolvidas de forma Inter setorial, como no Programa Saúde na Escola (PSE), são estratégias eficazes de promoção à saúde do adolescente. Devem ser estimuladas novas metodologias ativas e criativas entre eles, como rodas de conversa, oficinas, dramatizações, que se mostram mais efetivas do que aulas e palestras no formato tradicional. Para o cumprimento dessas ações, é necessário o engajamento de sujeitos e coletivos, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e da participação conjunta, para a construção de ambientes saudáveis. Da mesma maneira, a capacitação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar não deve ficar à margem do processo, pois é deles a missão de ligar o adolescente ao serviço local.

Serviços de Apoio ao Adolescente oferecidos pelo município de São Paulo

- Rede Socioassistencial: Centro para Juventude, Programa Ação Jovem, Restaurante na Escola, CEDESP, Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes, República Jovem, PPCAAM
- Rede Mãe Paulistana
- Programa Saúde na Escola
- Saúde da Mulher

Referências Bibliográficas

- 1 - GAMA,N.G.S.;SZWARCOWALD,L.C.;Leal C.M. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.1, pp.153-161. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/111/95/491-1>. Acesso em: 15.jan.2019.
- 2 - RUZANY,M. H. **Mapa da Situação de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.
- 3 - OLIVEIRA,P.R.;RODRIGUES,J.Z.;FERREIRA,J.D.et al. Gravidez na adolescência: um desafio crítico para os países do cone sul. **Journal Health NPEPS**. Capa v.3,n.2(2018). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103115>. Acesso em:25.jan.2019.
- 4 - BRASIL.Decreto Lei n.8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. publicado no **Diário Oficial da União**, Brasília.DF. 16.jul.1990 e retificado em 27.set.1990.
- 5 - CANO, M.A.T.; FERRIANI, M. das G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev.latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, abril 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413>. Acesso em: 24.jan.2019.
- 6 - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Acelerar El progreso hacia La reducción Del embarazo em La adolescência en América Latina y el Caribe. **Informe de consulta técnica**. Washington, DC USA 29.ago.2016. Disponível em:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 21.jan.2019
- 7 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - **IBGE** - Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9290-criancaseadolescentes.htm?=&t=resultados>. Acesso em: 28.jan.2019.
- 8 - DRUMOND, Jr M.;LIRA,M.M.T.A.;Taniguchi,M. Desigualdades sociais e no acesso aos serviços de saúde numa coorte de nascidos vivos residentes na cidade de São Paulo: probabilidade de morte infantil e fatores de risco associados à mortalidade neonatal. **Saúde Brasil 2006** – Ministério da Saúde, 2006. P 280- 304. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf. Acesso em: 20.jan.2019.
- 9 - SILVA,J.L.P.;SURITA,F.G.C. Gravidez na adolescência: situação atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.34 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000800001. Acesso em: 02.fev.2019.
- 10 - BECK,S.; WOJDYLA, L.S.;BETRAN, A.P. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ**, 2010; 88:31-8. 15.
- 11 - SIQUEIRA,A.A.F.;TANAKA,A.C.A. Mortalidade na Adolescência com especial referencia à Mortalidade Materna. **Rev. Saúde Pública**.20(4):274-9.1986. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n4/02.pdf>. Acesso em: 31.jan.2019.
- 12 - LAURENTI,R.;JORGE,M.H.P.M.;Vega,C.E. **Morbidade Materna em Adolescentes (Gravidez Adolescentes)**. Carta Acordo BR/LOA/0800042.001 Relatório apresentado a Organização Panamericana de Saúde. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/MorbidadeMaternaAdolescentes.pdf>. Acesso em: 01.fev.2019.

- 13 - PIZZO,L.G.P.;ANDRADE,S.M.;SILVA,A.M.R. et al. Mortalidade Infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saude soc.** 23 (3) Jul-Sep 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n3/908-918/pt/>. Acesso em: 03.fev.2019.
- 14 - OLIVEIRA,E.F.V.;GAMA,S.G.N.;SILVA,C.M.F.P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil - **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3):567-578, mar, 2010.
- 15 - FRANCA, E; LANSKY,S. **Mortalidade Infantil neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas**. Rede Interagencial de Informações para a Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Saúde Informe de Situação e Tendências). Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1736>. Acesso em: 04.fev.2019.
- 16 - COSTA ,L.C;COSTA,A.A.R. Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2013, vol.59, n.5, pp.487-494. ISSN. Disponível em: 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.08.004>. Acesso em: 31.jan.2019.
- 17 - FONSECA,S.C;FLORES,P.V.G.;CAMARGO,Jr.K.R. et AL. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Rev Saude Publica.** 2017;51:94. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007013.pdf. Acesso em : 04.fev.2019.
- 18 - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Protocolo de Orientação para Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes nos Serviços de Saúde do Município de São Paulo**.2017. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/PROTOCOLOSMSSADOLESCENTE2032017\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/PROTOCOLOSMSSADOLESCENTE2032017(1).pdf). Acesso em: 04.fev.2019.