



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Nadja de Barros Cariello

**Educação sexual e reprodutiva na adolescência: o que ainda
precisamos alcançar na cobertura da ESF.**

Rio de Janeiro
2016

Nadja de Barros Cariello

Educação sexual e reprodutiva na adolescência: o que ainda precisamos alcançar na cobertura da ESF.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadora: Ana Maria Porto da Costa

Rio de Janeiro

2016

RESUMO

Atualmente o tema sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência é bastante abordado e sua discussão torna-se importante por ajudá-los a compreender e vivenciar sua sexualidade com responsabilidade. A incidência da gravidez na adolescência tem-se elevado causando repercussões negativas principalmente entre adolescentes de classes mais empobrecidas. A partir da situação que ilustra este trabalho, uma das muitas adolescente que busca atendimento por uma gravidez indesejada a equipe da ESFMarfel propôs um projeto de intervenção que permita discutir e conscientizar jovens adolescentes antes deste momento, e que os permitam entender que podem escolher o momento da concepção e mesmo assim manter uma vida sexual ativa. É nesse contexto que a ESF pode desempenhar um papel voltado a prevenção e promoção à saúde de adolescentes principalmente pela proximidade a este público, suas famílias e seus espaços de convivência.

Descritores: Estratégia de Saúde da Família; Sexualidade e Saúde Reprodutiva; Adolescência e Juventude.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Situação Problema.....	6
1.2 Justificativa	6
1.3 Objetivos	7
Objetivo Geral	7
Objetivo Específico	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	7
3. METODOLOGIA	10
3.1 Relato de Caso	10
3.2 Análise e Resultados.....	14
4. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

Esse projeto é pré-requisito para conclusão do curso de pós-graduação de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UnaSUS).

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à Saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Neste contexto cabe ressaltar que a saúde sexual e reprodutiva encontra-se incluída entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000, através de quatro pontos: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil.

Ao se falar sobre a abordagem de jovens e adolescentes, considerando o contexto onde se inserem, é importante entender que a escuta precisa ser ativa, pois, mesmo com campanhas e informativos que já circulam, eles ainda não veem o sistema de saúde como uma fonte de consulta para informações a cerca deste tema. Ainda há uma não aceitação e certa desconfiança em tratar desta realidade dentro do espaço de saúde.

Dentro desta temática buscou-se entender, a partir do caso de J.S., uma adolescente pertencente à área de abrangência do PSF Marfel, no qual o autor está inserido, como a sexualidade e a saúde reprodutiva ainda necessitam de estratégias e investimentos para alcançar de formas efetivas adolescentes e jovens, pois estes ainda que orientados, tem dificuldades em se apropriar dos recursos oferecidos.

1.1 Situação-problema

O atendimento a uma adolescente de 16 anos no PSF Marfel com uma queixa relativamente simples evidenciou a possibilidade de uma gravidez indesejada enfrentada pela jovem sem conhecimento da família, suscitando questionamentos na equipe de saúde. Como ofertar, de forma efetiva, atendimento aos adolescentes e jovens da área de abrangência da ESF Marfel no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva considerando as dificuldades em fazer com que estes adolescentes se apropriem da unidade de saúde como lócus de conscientização e produção de saúde.

1.2 Justificativa

A motivação para criação deste projeto de intervenção se deu a partir do atendimento de J.S., sua postura frente a vida e o cuidado com sua saúde sexual e reprodutiva. O desenrolar deste caso foi pauta de discussão dentro da equipe de saúde que sentiu motivada a abordar o tema.

A gravidez na adolescência é um fenômeno mundial que atinge mais os países em desenvolvimento, principalmente as camadas mais pobres da sociedade, com piores condições sócioeconômicas. Com conseqüências para a saúde do adolescente, para seu desenvolvimento psicossocial e para a família, o tema deve ser discutido e enfrentado através de ações locais e intersetoriais. Neste sentido, a atenção básica, através do modelo saúde da família, tem os instrumentos necessários para uma abordagem mais qualificada à saúde reprodutiva do adolescente, propiciando o acolhimento e escuta necessários a este grupo em especial.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral:*

- Estimular o auto-cuidado de adolescentes atendidos na ESF Marfel, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, principalmente no que diz respeito á saúde sexual e reprodutiva

- *Objetivos específicos:*

- Identificar os desafios no atendimento aos jovens e adolescentes
- Identificar as situações de risco para jovens e adolescentes no que abrange a prática sexual e a reprodução
- Promover espaço de interlocução dentro da ESF Marfel para a informação e orientação de jovens e adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva
- Reduzir os casos de gravidez não planejada entre jovens e adolescentes da área adscrita.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A definição da faixa etária que caracteriza o período da adolescência é variável, enquanto O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, a Organização Mundial de Saúde (OMS), delimita a adolescência entre o período que é compreendido entre os 10 e os 19 anos 11 meses e 29 dias e a juventude como o período que vai dos 15 aos 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS e recorre aos termos “população jovem” ou “pessoas jovens” para referir-se ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa

compreendida entre 10 e 24 anos. Em 1989, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias. Entre as áreas prioritárias desse programa encontravam-se a saúde sexual e a saúde reprodutiva. (BRASIL, 2005)

Segundo o MS, no Caderno de Atenção Básica nº 26, na adolescência a sexualidade tem uma dimensão especial que é o aparecimento da capacidade reprodutiva no ser humano, que acontece ao mesmo tempo em que estão ocorrendo profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Por esse motivo é importante que adolescentes tenham acesso ao conhecimento do seu corpo para que façam escolhas que favoreçam seu desenvolvimento sexual de forma saudável. Adolescentes e jovens tem direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável e os incentive a adotar comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal (ECA, 2002).

O Ministério da Saúde (MS), a respeito da gravidez nesta faixa etária, apresentou estudos que apontam aumento de 26% da taxa de fecundidade entre adolescentes, desde a década de 1990, ressaltando que

"os índices de atendimento do SUS demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS".

Segundo Sabroza, 2010, a gravidez na adolescência pode ser analisada como uma situação de risco para o binômio mãe-filho, com a ocorrência de situações como baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, exclusão social de um modo geral, pobreza, violência e falta de expectativa de um futuro promissor.

Entre os estudos que apresentaram diagnósticos/perfil de saúde da população, seja da gestante adolescente, da família da gestante ou do pai adolescente, cabe destacar os seguintes aspectos: Características dos adolescentes e jovens que

residem na área de atuação da unidade de saúde: idade, sexo, orientação sexual, etnia, raça, nível socioeconômico, escolaridade, inserção no mercado de trabalho (formal e informal), pessoas com deficiências; informações sobre morbimortalidade uso de álcool, tabaco e outras drogas, gravidez na adolescência, conhecimento e uso de contraceptivos; aspectos subjetivos, como desejos, valores, insatisfações, ídolos, vínculos com a família, amigos e percepção sobre a escola, a comunidade e a unidade de saúde. Características das famílias: renda, estrutura e dinâmica familiar. Condições de vida: tipo de moradia, saneamento, destino do lixo, condições de segurança, transporte. Recursos comunitários: escolas, atividades profissionalizantes, culturais e esportivas, áreas de lazer, igrejas, grupos organizados da sociedade civil. Condições de atendimento nas unidades de saúde: acesso, distribuição dos adolescentes e jovens nos diferentes serviços, programas, projetos e atividades, porcentagem de homens e de mulheres, concentração de consultas, captação de gestantes por trimestre, principais motivos de atendimento, serviços oferecidos a adolescentes e jovens.

Os resultados apresentam a gravidez na adolescência como um problema da saúde pública, destacando a baixa escolaridade das adolescentes grávidas, o início tardio de pré-natal, a necessidade de ampliar as discussões sobre sexualidade e contracepção como caráter de promoção da saúde e a importância das ações intersetoriais voltadas para o adolescente. A maioria dos estudos foi realizada na Região Sudeste do país (58%), com maior número centrado nos estados de São Paulo (33%) e Rio de Janeiro (19,4%) e em serviços de atenção básica à saúde, com destaque para atendimento no pré-natal (Silva VC, Barbieri M, *Adolesc Saude*. 2010; 7(4): 60-67).

3. METODOLOGIA

O método utilizado neste trabalho é descritivo, partindo do relato de caso da paciente J.S., adolescente cadastrada na área atendida pela unidade de ESF Marfel e as estratégias desenvolvidas pela equipe a partir desta experiência.

3.1 Relato de caso:

Durante uma rotina de atendimento ambulatorial no PSF Marfel a jovem J.S., de 16 anos de idade foi atendida. Trabalhadora informal do comércio local, sem religião, ensino médio incompleto, moradora na área de abrangência, residindo com sua mãe, 53 anos, do lar, analfabeta, e mais três irmãos, um mais velho e dois mais novos, sendo os três irmãos apenas por parte de sua mãe. Sua irmã mais velha, também por parte de mãe, residia em outro bairro. A família morava em uma casa própria construída no terreno dos avós de J.S. Na casa havia cinco cômodos e a renda familiar era composta pelos salários de M.S.T., de J.S. e de seu irmão mais velho. Devido às obras na unidade, a equipe atendia na escola municipal próxima ao local do posto, o que dificultava a adesão dos pacientes aos serviços oferecidos. Contudo, a mãe da menor, M.S.T, de 53 anos, era uma paciente que mantinha uma frequência de atendimentos anuais para exames de rotina, tais como coletas de preventivo e exames de rastreamento, não apresentando comorbidades.

A adolescente apresentava uma aparência física longilínea e frágil. Como queixa principal iniciou uma história muito confusa a cerca de estar apresentando cólicas e náuseas. A possibilidade de ela estar grávida foi questionada e negada pela menor. Durante a anamnese negou alteração do ciclo menstrual, teve sua primeira menstruação aos 13 anos e sua primeira relação sexual aos 14 anos e 6 meses. Não apresentava quaisquer outras queixas. Ao exame físico também não apresentou alterações aparentes. Devido à resposta pouco explicativa, a conversa

segiu para suas atividades, onde a adolescente contou que trabalhava como atendente de uma loja no comércio local e que morava com sua mãe e irmãos. Ao ser questionado sobre relacionamentos informou que estava saindo com um rapaz, mas que não estavam namorando, que mantinham relação sexual de forma regular. Ao questionar sobre métodos contraceptivos e métodos de barreira a fim de protegê-la das Doenças Sexualmente Transmissíveis, a adolescente relatou que não usava nenhum método, pois ele “fazia fora”. Rindo muito, explicou que ele gozava fora, praticando coito interrompido. A conversa continuou com a explicação de que essa metodologia não era contraceptiva, também não a protegia das DSTs e que diante desse fato era possível que seus sintomas fossem oriundos de uma gestação em curso.

A partir dessa conversa a jovem começou a tomar uma postura mais retraída na cadeira e começou a falar que não poderia estar grávida, pois há uma semana realizou uma ultrassonografia por conta própria devido ao enjôo e atraso menstrual, o que antes ela havia informado não ter ocorrido. O resultado desse ultrassom obstétrico mostrou uma gestação em curso de cerca de 5 semanas, exame que ela não levou para consulta, tinha apenas a foto da página do laudo. Diante do resultado ela contou que tomou um chá de canela para abortar o feto, pois não podia engravidar uma vez que sua mãe a puniria. No dia seguinte a ingestão do chá ela conta que sentiu fortes dores abdominais, ocorrendo um sangramento vaginal intenso que durou três dias. No entanto seu medo era que o aborto não houvesse ocorrido de forma completa, pois ainda sentia náuseas.

Frente ao relato da jovem foram discutidos os riscos que ela correu ao ingerir substâncias para interromper a gravidez, questionando o motivo de não ter procurado orientação médica para evitar a gestação uma vez que tinha atividade sexual e não queria engravidar. Ela informou que creditava estar realmente evitando a gestação com o coito interrompido e que o chá foi indicado por uma amiga já que sua mãe não sabia o que estava acontecendo.

Foi solicitada nova ultrassonografia para verificar se a gestação ainda estava em curso com retorno ao consultório imediatamente após o resultado, pois seria atendida. Discutido que, em caso de atividade sexual, ela fizesse uso de preservativo que era disponível na unidade. Alguns exames foram solicitados e o

início do uso de contraceptivo oral se ela concordasse, aparentemente a idéia foi aceita. Como era menor, foi orientada a conversar com sua mãe e, na tentativa de abortar, estava colocando sua vida em risco, obrigando o médico relatar o caso para o responsável. Seria melhor que ela conversasse com a mãe, mas, caso sentisse necessidade, a médica se disponibilizou para apoiá-la e intermediar a conversa que poderia acontecer no consultório. Todavia, antes de sair do consultório JS solicitou a prescrição de uma medicação para interromper a gestação caso ainda estivesse grávida, ou seja, uma pílula de contracepção de emergência, conhecida como pílula do dia seguinte. Informado que este método deve ser utilizado no máximo até 120 horas após o coito, com uma eficácia maior em até 24h.

Após 7 dias ela retornou ao atendimento como encaixe. J.S. estava aliviada, pois o resultado do exame informava que não havia gestação em curso, no entanto ainda sentia náuseas. O primeiro ultrassom foi avaliado, confirmando a informação da jovem quanto a gravidez. Descartado a possibilidade de manutenção da gestação, seu quadro atual poderia ser ainda devido à ao medicamento usado. Contudo, após estudo sobre o chá de canela não foi encontrado fontes seguras que afirmassem uma ação abortiva dessa substancia. Ao discutir isso com a adolescente, ela contou que além do chá também desferiu socos contra o próprio abdome e que se jogou no chão duas vezes simulando uma queda. Ela demonstrava total alívio por não estar mais grávida e parecia não se implicar diante das situações que relatava. Informou que ainda estava mantendo relações com o mesmo rapaz do qual engravidou, mas não acreditava que o bebe que ela esperava fosse dele. Mais uma vez foi reforçado a necessidade do uso do preservativo durante toda a relação sexual, explicando detalhes do uso e manuseio e informando que, caso ela não quisesse usar, poderia usar a feminina.

Após este atendimento, foi prescrito anticoncepcional oral para que ela comprasse uma vez que a jovem não queria fazer uso do contraceptivo oral fornecido pelo posto, e que deveria usar preservativo sempre já que o anticoncepcional não protegeria da DST. Assim ela deixou o consultório com a prescrição e retorno em 30 dias para uma reavaliação. Ela ainda não havia conversado com sua mãe e foi reforçada a orientação anterior mantendo a possibilidade de conversar junto com a médica.

J.S. retornou em 51 dias após a última consulta. Chegou ao consultório acompanhada de sua mãe, MFS, que a acompanhou durante o atendimento. J.S. contou que havia conversado com sua mãe sobre o ocorrido e que sua menstruação estava atrasada novamente. Negou ter iniciado o anticoncepcional e não estava usando o preservativo de forma regular. A médica buscou saber se o desejo da jovem era engravidar uma vez que continuava sem se proteger mesmo após o desfecho da gestação anterior. Antes que a menor pudesse responder a mãe, ansiosa, contou que se a filha estivesse grávida ela iria expulsá-la de casa. Explicado que se tratava apenas de uma suspeita, foi solicitado exame de dosagem de Bhcg pois não havia TIG na unidade. Na semana seguinte J.S. retornou a unidade com o resultado do exame negativo. Mais uma vez médica e adolescente conversaram sobre sua história, sobre a situação familiar e o que ela desejava para sua vida. Adolescente, com emprego informal, em risco de ser expulsa de casa caso engravidasse. Ela abaixava a cabeça e não respondia nada. Novamente informado sobre o uso do preservativo e do anticoncepcional, com retorno em 30 dias para conversar. Dessa vez ela retornou e informou que iniciou o anticoncepcional, mas quem não estava usando o preservativo em todas as relações sexuais.

3.2 Análise e resultados:

A análise da equipe a partir de dados disponíveis demonstrou que grande parte do grupo de adolescentes atendidos pela equipe da ESF Marfel vive em condições familiares e sociais desfavoráveis a um desenvolvimento sexual sadio.

Sua constituição familiar é pouco estruturada, geralmente com a falta de registro da figura paterna, na maioria dos casos das adolescentes gestantes. Também cabe ressaltar dentro do aspecto familiar o fato de que, assim como as adolescentes atendidas, suas mães também engravidaram no período da adolescência, sejam das próprias pacientes ou de seus irmãos mais velhos.

No aspecto social há um perceptível hiato educacional, pois mais da metade dessas adolescentes que compõem a amostra da população atendida deixou a escola ainda em curso, geralmente no ensino médio, para trabalhar informalmente, geralmente nas proximidades de sua residência. Poucas alegam trabalhar para ajudar a prover sua família, pois a grande maioria destaca que deixou os estudos, pois o retorno financeiro proporciona mais vantagens. Não há uma consciência do investimento educacional, mas sim a necessidade de um retorno imediato de status e bem-estar, já que perante a família o adolescente que trabalha passa a ter um maior respeito.

A partir da situação de J.S, discutida em reunião, vários questionamentos começaram a mobilizar a equipe. Aquele caso não era único e situações diferentes estavam sendo vivenciadas por outros adolescentes da comunidade que pouco freqüentavam a unidade de saúde.

Como foi importante estar disponível, conduzir uma entrevista com escuta ativa, sem preconceitos ou culpabilização, e discutir com a adolescente as questões que expunha aos poucos. Ficou claro o receio da jovem de falar sobre sua situação, talvez por medo ou vergonha, mas a abordagem realizada fez a diferença. Ao sentir-se acolhida pelo profissional e ter o acesso ao serviço facilitado, a adolescente conseguiu revelar sua estória, fazendo vínculo com o profissional e conseguiu compartilhar seu problema com sua mãe.

Este caso alertou a equipe da importância e necessidade de uma abordagem diferenciada do adolescente, de um espaço onde ele pudesse expor e discutir suas vivências e de um serviço de saúde que o acolhesse.

A primeira estratégia pensada foi a formação de um grupo para adolescentes, contudo a realidade da equipe naquele momento, atendendo em duas pequenas salas cedidas pela escola municipal próxima ao posto, em obras, não fornecia espaço apropriado para grupos e a escola não poderia dispor de outro espaço. Outro obstáculo ao grupo era o fato de que a maioria dos adolescentes trabalhava para complementar a renda familiar e que exigiria um horário alternativo para melhorar a adesão.

Assim, uma alternativa criada pela equipe foi estabelecer um dia de atendimento só para marcações de adolescentes, facilitando o acesso deste as consultas, aproximando-os de outros profissionais, estreitando o vínculo com a equipe e favorecendo a discussão de questionamentos e situações vivenciadas por essa faixa etária. A experiência foi muito rica, os atendimentos permitiram discutir muitas “mentiras e ditos populares” que eles traziam para suas vidas como verdades. Os adolescentes foram se apropriando do espaço do serviço e interagindo mais com a equipe, o serviço de saúde oferecia um espaço para eles, e o vínculo foi se fortalecendo.

Cabe ressaltar a melhora da adesão aos serviços prestados pela ESF a estes adolescentes e a conscientização, de uma forma geral, da prevenção e proteção contra as DSTs e, em especial, das adolescentes com vida sexual ativa, com relação a importância da anticoncepção de uma gestação não desejada, tema central deste trabalho.

Nascia o “Adolescer”, um dia voltado para marcações de jovens e adolescentes, dedicado apenas à eles. Nesse dia um número menor de usuários é agendado por turno para que haja mais tempo nas consultas, discussão de questões individuais e para uma conversa mais informativa. Este tempo reservado ao diálogo se mostrou muito eficaz, pois o público adolescente atendido procurava o posto, na maioria dos casos, por apelo dos pais quanto havia algum problema de saúde e não por compreensão de que a unidade pudesse ser um local de trocas e cuidado. Este fato dificultava a intervenção da equipe, já que o adolescente trazia apenas a queixa do

responsável e não as suas questões. Outro fato relevante foi a compreensão de que a escuta para este público precisava ser diferenciada pois os pacientes adolescentes traziam suas questões pouco estruturadas, e tal qual uma colcha de retalhos, a equipe precisava juntar os pedaços. Quando a intervenção da equipe começou a buscar uma relação de confiança e parceria com estes adolescentes foi perceptível o desenvolvimento do desejo deles de dividirem suas vidas e de ouvir com mais atenção o que a equipe tinha para falar.

Com a conclusão das obras do posto a equipe reacendeu a idéia do grupo de adolescentes, o espaço estava disponível. Uma alternativa que poderia atender as características da população adolescente foi o Projeto do Dia da Juventude e Adolescência, um dia mensal que permita tratar de assuntos de interesse como sexualidade, violência, maternidade e paternidade de forma mais extensiva, discutindo com os jovens suas vivências e crenças, trocando informações, construindo um novo conhecimento que lhes permita serem os atores principais de suas vidas. A proposta vem sendo discutida e elaborada pela equipe em reuniões periódicas.

4. CONCLUSÃO

A paciente J.S. foi uma catalisadora de uma experiência que levou a discussão em equipe das questões que envolvem o cuidado as saúde do adolescente no PSF Marfel. O papel em educação em saúde de uma equipe de saúde da família vai muito além da entrega de panfletos e formulação de receituários. Vivemos em um mundo globalizado, com acesso a informações muito variadas e disponíveis para diferentes públicos. Contudo, a relação interpessoal continua sendo relevante, ouvir e ser ouvido é uma necessidade, acolher é necessário, se despir de preconceitos uma necessidade. Assim se constrói vínculo e respeito com o outro, principalmente adolescentes. A unidade de saúde não é local para tratar doença mas para produzir saúde e, neste caso, as ações de educação em saúde individuais ou coletivas ganham destaque.

J.S foi o caso que mais evidenciou esta realidade, mas muitas foram as jovens atendidas, que haviam iniciado sua vida sexual há no mínimo dois anos, em média, e que estavam extremamente desinformadas sobre sua sexualidade, com muitas dúvidas que não dividiam com os profissionais de saúde por medo ou vergonha, segundo elas.

Há muitas questões envolvidas que precisam ser consideradas, tais como a situação social, familiar, e até comunitária, mas é por este motivo que a informação precisa ser individualizada, de forma que eles se apropriem da informação, sendo a unidade de saúde um espaço propício para a construção de saberes e estímulo ao protagonismo adolescente.

REFERÊNCIAS

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

2 - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília 2010. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

3 - Sabroza AR et al. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). Cad. Saúde Pública. 2004; 20 Sup 1:S130-S137. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/14.pdf>>. Acesso em 28/03/2010.

4 - Silva VC, Barbieri M, Aperibense PGG, Santos CRGC. Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. Adolesc Saúde. 2010;7(4):60-67

5 - Manual de atenção à saúde do adolescente./ Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

6 - Ouro, Ana Margarida e Leal, Isabel Pereira. O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência . Aná. Psicológica [online]. 1998, vol.16, n.3, pp. 441-446.

7- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.