

## Gravidez na adolescência na perspectiva do cuidado humanizado em centro de saúde.

---

Alessandra Amorim Machado <sup>1</sup>

Fabio Aguiar Alves <sup>2</sup>

### **Resumo:**

O objetivo deste artigo foi revisão da literatura acerca dos aspectos relacionados à gravidez na adolescência e propor estratégias para o cuidado integral e humanizado a esta gestante em centro de saúde. Foi efetuada a revisão nas bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS no período de 1999 a julho de 2012 com as seguintes palavras-chave: gravidez na adolescência, educação em saúde e humanização. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados neste período e livros de qualquer data que abordassem o tema gravidez na adolescência e aspectos relacionados à educação em saúde e humanização da assistência. Observou-se que todos os profissionais de saúde envolvidos com a gestação na adolescência devem ser capacitados para entender os pensamentos, sentimentos e as representações das adolescentes de forma a proporcionar integralidade de atenção à saúde desta gestante.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência, educação em saúde, humanização.

### **Abstract:**

*The objective of this article was a literature review about the aspects related to teenage pregnancy and offer strategies for comprehensive and humanized care of this pregnant at a health center. The review was done in MEDLINE, SciELO and LILACS from 1999 to July 2012 with the following keywords: teen pregnancy, health education and humanization. Inclusion criteria were: papers published in this period and books about teenage pregnancy and aspects related to health education and assistance humanization. It was observed that all health professionals involved with teenage pregnancy should be able to understand thoughts, feelings and representations of adolescents in order to provide integral health care for this pregnant.*

**Keywords:** Teenage pregnancy, healthy education, humanization.

---

<sup>1</sup>Mestranda Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente - UniFOA

<sup>2</sup> Professor Doutor, Universidade Federal Fluminense-UFF e Mestrado Profissional em Ensino em Ciências e Meio Ambiente- UniFOA.

## 1. INTRODUÇÃO

Desde 1978, com a Conferência de Alma-Ata, a Atenção Básica à Saúde tem sido considerada um dos pilares da organização de qualquer sistema de saúde, pois é o primeiro contato do usuário com o sistema (VILELLA *et al.*, 2009) e possui grande potencial para resolver parte significativa das queixas e realizar ações de prevenção e promoção da saúde; identificando necessidades que devam ser respondidas por outros serviços que não os da rede básica de saúde, referenciando o usuário a níveis mais complexos do sistema.

As ações da atenção básica visam modificar as condições de vida da comunidade, além de hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos. Para que assistência básica seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação ativa entre provedor e usuário, sob forma de acolhimento (atitude do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas) e cuidado (preocupação e responsabilidade pelo outro) (DEL CIAMPO, 2006; CAMARGO *et al.*, 2008).

As necessidades de saúde não são somente a de cuidados médicos. São resultantes de condições biológicas, sociais e psíquicas de uma pessoa em um dado momento da vida. Diante disto, há de se orientar para o sentido de integralidade da atenção, promovendo atenção às necessidades de saúde percebidas pelo profissional em cada indivíduo à sua frente.

A concretização da idéia de integralidade exige o reconhecimento de que o usuário que busca o serviço de saúde é um sujeito inserido numa complexa trama psicossocial, na qual sua queixa se inscreve e adquire um sentido particular e único (CECÍLIO, 2001; SERRUYA *et al.*, 2004; QUEIROZ & JORGE, 2006).

As ações de acolhimento, vínculo e humanização da assistência passaram a ser prerrogativas do SUS (Sistema Único de Saúde). Nesta perspectiva, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH) que permeia as diferentes ações sustentadas na indivisibilidade entre atenção, gestão e produção de saúde (HECKERT, PASSOS & BARROS, 2009). No entanto, na concretização das políticas públicas, ainda existe escassez de ações dirigidas às adolescentes, tendo predominado o caráter técnico da atenção contrariando o que é preconizado pelos programas oficiais (SOUZA *et al.*, 2001).

Diante disto, este artigo procura abordar a assistência médica no centro de saúde face à gravidez na adolescência cuja tendência é a ação curativa em detrimento da adolescente, suas singularidades e contexto sócio-cultural. Faz uma reflexão acerca da integralidade da assistência à saúde da gestante adolescente; e tem como objetivo realizar revisão da literatura acerca dos aspectos relacionados à gravidez na adolescência, apontando medidas para o cuidado volta-

das ao acolhimento desta gestante e sua família, propondo estratégias para a assistência integral e humanizada a esta gestante em centro de saúde.

## 2. METODOLOGIA

Para a seleção dos artigos usados na revisão, recorreu-se à busca das bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS no período de 1999 a julho de 2012 com as seguintes palavras-chave: gravidez na adolescência, educação em saúde e humanização. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados neste período e livros que abordassem o tema gravidez na adolescência com aspectos relacionados à educação em saúde e humanização da assistência. Foram incluídos os estudos nas modalidades coorte prospectivo ou retrospectivo, artigos de revisão sistemática, não sistemática, teses e escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Como critérios de exclusão: estudos envolvendo gestantes não-adolescentes, editoriais de revistas, relatos de casos isolados, artigos recuperados pelos termos de busca que não tinham relação com o assunto da revisão e em língua diferente das citadas para inclusão.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

### A gravidez na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como a fase do desenvolvimento compreendida entre 10 e 19 anos, critério adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dê a luz a cada ano, cerca de 20% do total de nascidos vivos (BRASIL, 2006).

Segundo Cavalcanti (1988) e Almeida (2007), adolecer é uma época rica em manifestações emocionais, caracterizadas pela ambigüidade de papéis (infantil/adulto), pela mudança de valores e por dificuldades frente à busca de independência pela vida. A gravidez na adolescência entra neste contexto com suas implicações biológicas, familiares, sociais e emocionais; atingindo a grávida e a sociedade como um todo (LIMA & TOCCI, 2001; SILVA *et al.*, 2011).

Dentre as conquistas femininas do século XX, a dissociação entre prática sexual, casamento e reprodução a partir dos métodos contraceptivos não foi acompanhada por políticas públicas educacionais e de saúde, o que colaborou para o aumento da gravidez na adolescência (BELO & SILVA, 2004). A percepção de que a atividade sexual é algo liberado e exposto em nosso cotidiano, que saiu da privacidade para a rua, para as telas, para a luz do dia, é algo inquestionável.

Desembaraçou-se dos direitos e deveres, dos laços, obrigações e direitos adquiridos. Essa é a sexualidade que vem sendo estimulada, uma sexualidade vivida no corpo, não na pessoa. Mais desempenho e sensação que sentimento. Mais uso do outro do que partilha (CARIDADE, 1999).

Ecos (2004) e Paula *et al* (2011) relatam que, ao ter uma relação sexual, a maioria dos (as) adolescentes, mesmo conhecendo algum método contraceptivo, deixa de utilizá-lo. Na maioria das vezes, para o rapaz, o que implica o descuido é o caráter da novidade e da imprevisibilidade das relações sexuais, a vontade incontrolável, os desejos inconscientes de testar a virilidade ou a capacidade reprodutiva, as cobranças do grupo em torno do início da vida sexual, assim como a ausência de projetos e perspectivas. Enquanto para a moça a gravidez pode representar maior autonomia pessoal e a possibilidade de “prender” o namorado ao seu lado, para o rapaz pode representar a confirmação de sua virilidade.

A gestação na adolescência nem sempre é um fato equivocado, inseqüente ou danoso; pode ser resultado de um planejamento prévio consciente e decorrente da vida afetiva estável. Segundo Lima e Tocci (2001), mais de 50% das adolescentes engravidam por outras causas, e não pelo desejo da maternidade em si. Muitas para não perderem o namorado; para saírem da casa dos pais e evitarem o clima familiar desfavorável; para afirmarem sua feminilidade através da fertilidade; para encontrarem nos cuidados com o filho um objetivo para a vida. Já para Barreto *et al* (2011) a gravidez precoce representaria uma possibilidade de reconhecimento e/ou status social almejado, numa tentativa de reconhecimento social ou uma resposta adaptativa à situação de pobreza. Mais da metade das adolescentes deste estudo (53%) atribuiu o próprio desejo de engravidar como única motivação para a gestação na adolescência, a gravidez como uma conseqüência normal de um relacionamento que se estende. Outros fatores foram: não acreditar que poderia acontecer, o não uso da camisinha por receio de dor e o medo de conversar sobre este assunto, a existência de um imaginário social de que não engravidaria menstruada e acreditar que, por ter parentes estéreis, poderia também ser. O não uso da pílula por medo da mãe descobrir, a confiança no coito interrompido e a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos também foram citados.

König *et. al* (2012) observaram que, no pré-natal, todas as adolescentes demonstram satisfação com a gravidez, orgulho com a barriga e o enxoval. Têm a representação de mãe na imagem da mulher bondosa e abnegada, sendo a maternidade algo natural e maravilhoso. Desconhecem os compromissos advindos da maternidade e limitam seus sonhos e expectativas naquele momento de vida. Após o nascimento, há inúmeras modificações em seus projetos de vida. Para tentarem assumir a condição de mãe cogitam procurar um emprego

ou abandonar os estudos, ambas interferindo no processo de adolescer saudável e dificultando novas oportunidades. Já no contexto do rapaz adolescente, a paternidade não é geradora de grandes modificações, pois as responsabilidades raramente são compartilhadas. No entanto, quando assumida, a paternidade também traz implicações que acarretam alterações na vida presente e futura dos jovens.

Para Gama *et al* (2002), a gravidez neste momento da vida pode acrescentar pesada carga emocional e social em um indivíduo em transformação. Tem sido associada à maior morbimortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer (LIMA & TOCCI, 2001; KÖNIG *et al*, 2008), que também se associam à precária assistência pré-natal e ao parto. Outros fatores são potencializados pelas privações socioeconômicas prévias: menor chance de completar a escolaridade, maior tendência à construção de famílias numerosas e de separações, maior chance de os filhos adoecerem, sofrerem acidentes e de apresentarem baixo rendimento escolar. Fatores estes que podem contribuir para sua exclusão social (SABROZA *et al*, 2004; AQUINO *et al*, 2006; CHALEM *et al*, 2007; XIMENES NETO *et al*, 2008). Gestantes adolescentes também mostram maior freqüência de hábitos de fumo e drogas ilícitas na gestação, além de um menor número de consultas de pré-natal (GAMA *et al*, 2002). Quanto às menores taxas de aleitamento materno ainda há controvérsia entre os autores (PAIXÃO, 2003; VIEIRA *et. al*, 2003).

No campo social há um elevado percentual de abandono e desamparo da criança, e é expressiva a interrupção da escolarização, estimando-se que um terço das adolescentes grávidas acaba abandonando a escola (GOMES *et. al*, 2002). Estudos mais recentes (GURGEL *et al*, 2008; SANT`ANNA & COATES, 2003) apontam para uma mudança na interpretação da gestação na adolescência, pois na saúde pública considera-se o evento um fator de risco social. Nessa visão, a gravidez resulta da pobreza, da precariedade e da falta de acesso aos serviços de saúde, e é considerada como um reforço à pobreza e à marginalidade. Porém, essa visão causal é uma visão reducionista, porque mesmo que freqüentemente esteja associada a um contexto de desvantagem social, é preciso considerar que sua ocorrência já pode ocorrer em um âmbito de oportunidades restritas e poucas opções de vida, marcada por interrupções na trajetória escolar (SANT`ANNA & COATES, 2003).

Portanto, de qualquer forma, a gravidez na adolescência, desejada ou não, provoca uma série de impasses comunicativos no âmbito social, familiar e pessoal implicando em sérios problemas para programas de saúde pública, para projetos educacionais, para a vida familiar e para o desenvolvimento pessoal, social e profissional da jovem gestante (BRASIL, 2002).

Os projetos de intervenção para prevenir a ocorrência da gestação precoce, geralmente, limitam-se a orientação

sexual e distribuição gratuita de métodos contraceptivos. Estes programas de governo não consideram que, no ângulo da cultura popular, a gravidez possa ser uma tentativa de galgar uma posição social, e a maternidade uma rota mais acessível à condição de adulto. Desse modo, enquanto não houver uma conjugação dos discursos acadêmicos em consonância com a cultura das diversas comunidades, muitas das intervenções previstas pelas políticas públicas não terão os efeitos desejados (FONSECA & BORTOLI, 2009). O cuidado a esta adolescente deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor e classe social.

### O centro de saúde e o acolhimento humanizado

Segundo Vasconcelos (1999), a Educação em Saúde é o campo de práticas e de conhecimentos do setor da saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação, o pensar e o fazer cotidiano da população. Essa idéia contribui para a transformação da prática, ampliando-se a visão para as dimensões além do corpo doente, recuperando os valores pessoais e a singularidade, e promovendo a humanização dos serviços de saúde em favor da vida. Para Santos (2012), mais do que somente competência tecnocientífica, o cuidado em saúde prescinde de aspectos não-técnicos (humanos, éticos, organizacionais, sociais, econômicos, culturais, políticos), constituindo-se em espaços de escuta, diálogo e relação ética e dialógica.

Na relação cuidar-educar, se for desconsiderada a cultura dos usuários, não serão atingidos os objetivos previstos, pois haverá conflito de idéias pelas maneiras variadas de pensar a realidade, levando à indiferença ou à resistência. Observar e entender a cultura do outro, tanto no cuidado como nas ações educativas, é uma necessidade, e a observação e entendimento fazem parte da ação do profissional de saúde. Assim, não se pode desconsiderar a Educação em Saúde quando cuidamos ou ensinamos a cuidar. Cuidar requer, antes de tudo, a aproximação entre usuários e profissionais para que ambos se conheçam e desenvolvam entre si confiança e vínculo observáveis durante as interações (QUEIROZ, 2006).

O centro de saúde é um espaço social para onde as adolescentes podem levar suas experiências de vida, suas ansiedades, fantasias, dúvidas e inquietações sobre a sexualidade (CARVALHO & ARAÚJO, 2007). Portanto, se pretendemos estudar e apoiar as jovens gestantes, não podemos esquecer-nos de sua determinação sociocultural e da necessidade de inseri-la no seu contexto social, relacionar e conhecer as contradições da gravidez na adolescência, entendendo a adolescente como sujeito de sua realidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), para a assistência adequada ao pré-natal da adolescente há necessidade de cuida-

dos pré-natais de alto risco, devendo-se captar precocemente estas na comunidade, iniciando atividades educativas, inserção no planejamento familiar, preparo para o parto e puerpério, aleitamento materno e cuidados com o recém nascido.

No trabalho de Ribeiro e Gualda (2011) observou-se uma mudança do processo saúde-doença da gestação na adolescência, como é visto pela maioria dos trabalhos na área, para um processo saúde-resiliência, pois a gestação não foi verbalizada como um acontecimento negativo que prejudicasse ou impossibilitasse a trajetória de vida das adolescentes. As adolescentes gestantes vivenciaram o desenvolvimento do processo gestacional, elaboraram os fatores da resiliência, foram capazes de superar as adversidades e se tornaram mães adolescentes conscientes do seu papel e responsáveis. Programas de prevenção de riscos e promoção da resiliência com adolescentes poderão ser desenvolvidos, levando-se em conta as especificidades de cada grupo, sua cultura, seus anseios, suas competências pessoais e grupais e seus projetos de vida. Nesta abordagem, a estratégia básica deve ser centrada no indivíduo e no grupo social, e deve ajudar a reforçar, viabilizar, desenvolver habilidades e competências individuais e coletivas.

Nos serviços de saúde melhor organizados do Brasil, equipes multiprofissionais trabalham a auto-estima de gestantes/puérperas adolescentes, incentivando-as a assumirem responsabilidades pessoais e com seus bebês, fortalecendo o vínculo mãe-filho e favorecendo a amamentação (GOUVÊA, 1998). A importante participação do profissional de saúde é compartilhando conhecimento e ações que favoreçam a autonomia das mesmas no cuidado a si e ao seu filho.

Neste contexto surgem os chamados grupos de gestantes onde se discutem temas referentes à gravidez, parto e puerpério, fazendo uso de uma linguagem dinâmica e participativa como meio de sensibilizar as adolescentes e familiares, proporcionando o aprendizado, permitindo os depoimentos, abordando as modificações que a maternidade ocasionou em suas vidas, visando sensibilizá-las para adoção de atitudes mais conscientes. Da Silva *et al* (2009), também refere outra alternativa como as consultas de enfermagem no puerpério como apoio na fase pós-parto para sanar as possíveis dúvidas e dificuldades. Follie e Geib (2004) relatam que adolescentes, ao se sentirem seguras e apoiadas para prestar cuidados aos filhos, têm fortalecido o vínculo com o bebê e demonstram maior amadurecimento e responsabilidade.

Os sentimentos, atitudes, desejos e necessidades das adolescentes ao passarem por essa experiência devem ser levados em consideração. Muitas vezes há uma relação de distanciamento entre o profissional e elas, sem interação no sentido do afeto, da aproximação, do cuidar verdadeiro. O profissional de saúde deve interagir com a gestante entendendo que são experiências adversas, visões de mundo diferentes, exigindo uma postura mais humana e livre de preconceitos,

estabelecendo com ela uma relação de empatia, de ajuda, podendo amenizar a situação vivenciada por ela (CARVALHO & ARAÚJO, 2007; CREUTZBERG *et. al.*, 2005).

A gravidez na adolescência pode contribuir para intensificar sentimentos experimentados pelos profissionais de saúde que não devem deixar que concepções e valores interfiram na assistência com qualidade. Deve-se atentar para não incorporar valores morais, e culturais, evitando atitudes de julgamento e reprovação (CREUTZBERG *et. al.*, 2005). Não devemos somente conscientizar as adolescentes sobre a inadequação de engravidar nesta fase da vida. Devemos ver quem são estas meninas, o que vemos delas, o que acontece com elas nesta fase da vida.

A racionalidade biomédica interfere negativamente na percepção sobre os aspectos sociais e culturais da gravidez. A postura do profissional de saúde diante da adolescente grávida revela sua indisponibilidade para estar “com ela” no encontro do cuidado. São profissionais muitas vezes tecnicamente eficientes, mas, indiferentes e distantes, por vezes ríspidos e impacientes nas relações com os pacientes. No âmbito da dimensão humana do cuidado em saúde, a atitude do profissional com a paciente tem um poder determinante para o sucesso ou insucesso da assistência. Para que esta relação seja positiva, deve ser permeada pela comunicabilidade, intersubjetividade e, principalmente, pela alteridade. São necessários os dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização), tendo como referencial a integralidade.

Para Moraes (2008), atender integralmente supõe aprender as singularidades da pessoa, o que demanda cuidado, acolhimento, informação e encaminhamento. Não há que se lidar com úteros gravídicos e sim com meninas gestantes repletas de singularidades. Para tanto o médico deve ser um profissional que se deixa conduzir também pelo universo das sensações, acolhendo e promovendo um cuidado horizontalizado. São as meninas que precisam ser cuidadas e isso significa acolher as feminilidades em que se inscrevem as gestações, não as biológicas descoladas das humanidades.

### **O ensino em saúde para a assistência integral**

Abordar este tema com estudantes de medicina que há pouco ou nem ainda saíram da adolescência é um desafio. Ensinar não somente consultas, atendimentos e procedimentos, mas que devem ser capazes de produzir conhecimento, sensação de cuidado, autonomia e desejo de vida em cada gestante.

É indispensável que as (os) profissionais de saúde se capacitem e criem espaços acolhedores e harmoniosos, que possibilitem a reflexão e discussão de temas referentes a sexo seguro, maternidade, paternidade, autocuidado, relacionamentos afetivos, projetos de vida e questões de gênero, além de incitarem a verbalização das reais dúvidas dos jovens.

Partindo-se do pressuposto humanístico de Paulo Freire (2005) de que a educação é um processo dialógico-dialético no qual todos ensinam e todos aprendem, as relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e pacientes são relações pedagógicas e o centro de saúde uma unidade propícia ao desenvolvimento da educação como dimensão do processo de cuidar. Para tanto, é necessário o despojamento de preconceitos e pré-julgamentos e o uso da comunicação para uma abordagem humanizada na atenção com as gestantes adolescentes.

Ações educativas em saúde, desenvolvidas em contextos coletivos e com a participação de indivíduos em situação de vida comum, podem se constituir num método privilegiado de um processo mútuo de ensinar e aprender. É fundamental uma formação profissional voltada para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, baseadas em princípios ético-humanísticos. Isso significa dizer que a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, presente na formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, precisa ser rompida para dar lugar a processos educativos que possibilitem a articulação de conteúdos e de campos disciplinares distintos, promovendo práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população. É necessário que haja simultaneidade da formação tecnocientífica, com a comunicação e o relacionamento interpessoal, ampliando as possibilidades de torná-lo mais comprometido e responsável com o cuidar em saúde de forma mais humanizada, sistêmica e integradora (MELO & COELHO, 2011).

### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gravidez na adolescência tem diversos fatores motivacionais, variando com a situação econômica, o nível social e as características do grupo de iguais. Uma tentativa de minimizar esse quadro de gravidez precoce, mesmo que desejada, é garantindo o acesso à educação dessa jovem.

A atuação dos profissionais de saúde frente à gravidez na adolescência não se trata de apenas de informar sobre os métodos contraceptivos, tampouco recorrer à pregação da abstinência sexual para adiar o início da vida sexual, mas de assumir a prática educativa sistemática de orientação e reflexão sobre a sexualidade. Neste sentido, devem ser promovidas políticas públicas que realmente causem impactos relevantes e reorientem os modelos de atenção à saúde de adolescentes.

Todos os profissionais de saúde envolvidos com a gestação na adolescência devem se capacitar para entender os pensamentos, sentimentos e as representações das adolescentes, de forma a poder ajudá-las. A integralidade de atenção à saúde à gestante adolescente deve propiciar o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em saúde com ética, inclusão social e respeito à diversidade. Talvez seja este o caminho para construir conhecimento, cidadania e mudança social.

## 5. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, I.S; RODRIGUES, D; SIMÕES, S.M.F. O adolescer... um vir a ser. **Rev. Adolescência & Saúde**, n.4, v.3, p. 24-28, 2007.
2. BARRETO, M.M.M; GOMES, A.M.T; OLIVEIRA, D.C; MARQUES, S.C; PERES, E.M. Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas. **Rev. Rene**, v.12, n.2, p.384-92, 2011.
3. BELO, M.A.V; SILVA, J.L.P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saude Publica**, n. 38, v.4, p.479-487, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, v.2, p.69-71, 2002.
5. \_\_\_\_\_. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em 15 out. 2010.
6. CAMARGO, J.R.K.R; CAMPOS, E.M.S; BUS-TAMANTE-TEIXEIRA, M.T; MASCARENHAS, M.T.M; MAUAD, N.M; FRANCO, T.B; *et.al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político- institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad Saúde Pública**, v. 24 Suppl 1: S58-68, 2008.
7. CARIDADE, A. Adolescência e sexualidade. **In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T; CASTELO BRANCO, V. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; p. 206- 212, 1999.
8. CARVALHO, V.C. P; ARAÚJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Materno-infantil**, v.7, n.3, 2007.
9. CAVALCANTI, R.C. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988.
10. CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. **In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 113-127.
11. CREUTZBERG M, FUNCK L, KRUSE MHL, MANCIA JR. Livros-Tema do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; **Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [livro em formato eletrônico]**; Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEEn; 2005. Disponível em:< <http://bstorm.com.br/enfermagem>>. Acesso em 17 out. 2010.
12. DA SILVA, L.A; NAKANO, A.M.S.; GOMES, F.A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à Maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p. 48-56, 2009.
13. DEL CIAMPO, L. A. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.739-743, 2006.
14. ECOS – Comunicação em Sexualidade. Considerações iniciais. **In: ECOS – Comunicação em Sexualidade. Gravidez na Adolescência: uma metodologia de trabalho com adolescentes e jovens**. São Paulo: Racy, 2004.
15. FOLLE, E; GEIB, L.T.C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.2, p.183-190, 2004.
16. FONSECA, A.L.F; BORTOLI, E.; *et. al.* Variáveis contextuais na gravidez adolescente que minam as políticas públicas de saúde e educação. **Psicologia em foco**, v. 2, n.1, 2009.
17. FREIRE P. **Pedagogia do Oprimido**. Paz e Terra: São Paulo, 2005.
18. GAMA, S.G.N; SZWARCOWALD, C.,L.; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.153-61, 2002.
19. GOMES, R; FONSECA, E.M.G.O; VEIGA, A.J.M.O. A visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.3, 2002.
20. GOUVÊA, L.C. Aleitamento materno. **In: NÓBREGA, F.J. Distúrbios da Nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998, p.15-31.

21. GURGEL, M.C.I; ALVES, M.D.S; VIEIRA, N.F.C; PINHEIRO, P.C; BARROSO, G.T. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc Anna Nery**, n.12, v.4, p.799-05, 2008.
22. KÖNIG, A.B; DA FONSECA, A.D; GOMES, V.L.O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, p. 405-413, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a12.htm>> Acesso em 03. abril, 2012.
23. LIMA, L.S; TOCCI, H.A. Gravidez na adolescência: intercorrências e prematuridade. **Rev. Enfermagem UNISA**, v.2, p.62-6, 2001.
24. MELO, M.C.P; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2549-2558, 2011.
25. MORAES, M. **Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio à educação médica na graduação**. Dissertação (Mestrado em educação) \_UFRGS, Porto Alegre, 2008.
26. MOREIRA, T.M.M; VIANA, D.S; QUEIROZ, M.V.O; JORGE, M.S.B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v 42, n.2, p.312-320, 2008.
27. PAIXÃO, ERIKA CRISTINA JACOB GUIMARÃES. **Ser mãe na adolescência: uma reflexão sobre o cuidado do recém nascido**. Dissertação (mestrado em saúde Coletiva) \_Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UNICAMP, Campinas, 2003.
28. PAULA, E.R; BITTAR, C.M; SILVA M.A.I; CANO, M.A.T. A paternidade na adolescência e seu significado entre os jovens universitários que a vivenciaram. **Rev. Investigação** (on line), v.11, p.5-12, 2011.
29. QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Health education strategies and the quality of care and teaching in pediatrics: interaction, connection and trust in professional discourse. **Interface - Comunic. Saúde. Educ.**, v.10, n.19, p.117-30, 2006.
30. RIBEIRO, P.M; GUALDA, D.M.R. Gestação na adolescência: a construção do processo saúde-resiliência. **Rev. Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p.361-371, 2011.
31. SANT’ANNA, M.J.C; COATES, V. Gravidez na adolescência: visão do hebiatra. In: **COATES, V.; BEZ-NOS, G.W; FRANÇOSO, L.A. Medicina do adolescente**. 2ª ed. Savier: São Paulo, 2003.
32. SANTOS, M.M.A.S; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.17, n.3, p. 775-786, 2012.
33. SERRUYA, S.J; LAGO, T.G; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v.4, p.269-279, 2004.
34. SILVA, R.C; SOARES, M.C; MUNIZ, R.M; ANDRADE, F.P; TORRES, A.A.P; GOMES, V. A concepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado na adolescência. **Enfermeria Global**, n.24, p.342-351, 2011.
35. SOUZA, V.L.C; CORRÊA, M.S.M; SOUZA, S.L; BEZERRA S.A. O aborto entre adolescentes. **Rev. Latino Am Enferm**, n.9, v.2, p.42-47, 2001.
36. VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.
37. VILLELA, W.V; ARAÚJO, E.C; RIBEIRO, S.A; CUGINOTTI, A.P; HAYANA, E.T; DE BRITO, F.C; RAMOS, L.R. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1316-1324, 2009.
38. VIEIRA, M.L.F; PINTO E SILVA, J.L.; BARROS FILHO, C.A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **J Pediatr (Rio J)**, v.79, n.4, p.317-24, 2003.

**Endereço para Correspondência:**

Alessandra Amorim Machado  
UniFOA - Pró-reitoria de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão/ MEC SMA  
- Campus Atterrado  
Av. Lucas Evangelista, nº 862 - Bairro Atterrado, Volta Redonda - RJ  
Telefone: (24) 3340-8400 (ramal 1430)