

Direitos, políticas e práticas de atenção à saúde e sexualidade de jovens e adolescentes em instituições governamentais de privação de liberdade

Rights, policies and practices regarding health and sexuality among young people and adolescents in government freedom privation institutions

Maria Helena Franco^I, Vera Lúcia Simonetti Racy^{II} e Maria Cecília Moraes Simonetti^{III}

Resumo

Jovens e adolescentes cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade em instituições brasileiras têm seu direito à saúde desrespeitado, em especial nas esferas da sexualidade, saúde sexual, saúde reprodutiva, drogadição e saúde mental. O artigo traz resultados de pesquisa qualitativa que incluiu entrevistas, tanto com adolescentes e jovens de 13 unidades do sistema de atendimento socioeducativo quanto com profissionais atuando nas instâncias de gestão, área técnica e área jurídica dessas unidades, situadas nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. A pesquisa integrou o projeto “Promovendo os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes em conflito com a lei”, cuja implementação contou com a participação ativa de organizações dos movimentos sociais de defesa dos direitos humanos que atuam nessas regiões. Os resultados indicaram dificuldades de profissionais que trabalham na gestão, na área técnica e na área jurídica do sistema de atendimento socioeducativo em reconhecer a importância, a necessidade, a urgência e os próprios preconceitos para efetivar o direito à saúde desses e dessas jovens e adolescentes.

Palavras-chave: Sexualidade, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Saúde Mental, Sistema Socioeducativo, Adolescência

Abstract

Young people and adolescents under legal freedom privation within social-educational system measure in Brazil don't have their sexual and reproductive rights respected, especially those regarding sexuality, sexual and reproductive health and rights, use of drugs and mental health. This paper addresses the results of a qualitative research which interviewed adolescents and youth living in thirteen units of socio-educational system, as well as decision maker, technical and legal staff of these units, at the North, Northeast, Midwest, South and Southeast Regions in Brazil. The study has been part of the project Promoting Sexual and Reproductive Rights of Adolescents In Conflict With the Law, implemented with the support of NGO and social movements advocating for human rights. The results indicate the difficulties the personnel working both at the legal system and the socio-educational units, have in recognizing the importance, necessity, urgency and their personal prejudices to deal with these rights.

Keywords: Sexuality, Sexual and Reproductive Health and Rights, Mental Health, Socio-Educational System, Adolescence

^I Maria Helena Franco (lenafranco@usp.br) é mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenadora de projetos e pesquisadora da ECOS – Comunicação em Sexualidade.

^{II} Vera Lúcia Simonetti Racy (vera@ecos.org.br) é socióloga, mestre em Ciências da Comunicação: jornalismo pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade

de São Paulo e sócia fundadora da ECOS – Comunicação em Sexualidade.

^{III} Maria Cecília Moraes Simonetti (cecilia.simonetti.2010@gmail.com) é socióloga feminista, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, sócia fundadora da ECOS – Comunicação em Sexualidade.



Direito à saúde e práticas de atenção

– Tu compra uma briga funcional se tu disponibiliza camisinhas nos dormitórios coletivos. E disponibilizam? – Não. E os garotos transam sem proteção? – Sim, tá? E tem casos de HIV? – Sim.

Esse diálogo entre uma participante da equipe técnica e a equipe do estudo dá o tom de omissão e negligência que ainda prevalece no sistema socioeducativo brasileiro sobre o direito à saúde de adolescentes e jovens vivendo em condições de privação de liberdade. Tal situação foi constatada durante uma pesquisa^{IV} conduzida no âmbito do projeto “Promovendo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes em conflito com a lei”, realizado pela organização não governamental ECOS-Comunicação em Sexualidade, com o apoio da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2011 e 2012.

A pesquisa orientou-se por duas noções-chave: a saúde, um direito humano fundamental reconhecido na normativa nacional^V, e a política de saúde, entendida como

ação ou omissão do Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes⁷.

Os resultados do estudo indicam que, no Brasil, as práticas de atenção à saúde de adolescentes e jovens vivendo em condições de privação de liberdade nem sempre estão em conformidade com as diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)¹ nem atendem às diretrizes das políticas do Ministério da Saúde nas áreas de saúde da mulher⁵ e de enfrentamento da aids.

De modo geral e com variações importantes, as equipes de saúde das unidades socioeducativas eram compostas por assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos(as), médicos(as), técnicos(as) de enfermagem, psiquiatras e ginecologistas. Havia também variação no relacionamento com o Sistema Único de Saúde. Em Alagoas, um(a) gestor(a) considerou que o acesso ao SUS melhorou quando o atendimento passou a ser feito em unidades de saúde específicas, de referência: *E essas unidades de referência já sabem que nosso público tem prioridade*. Realidade bem

^{IV} De um total de quarenta, foram visitadas 13 unidades de internação e internação provisória femininas nos estados de Alagoas, Bahia, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo, cobrindo as cinco regiões brasileiras. Foram feitas entrevistas individuais com 33 adolescentes e jovens cumprindo medida, internadas e em liberdade provisória, seis profissionais de equipes técnicas e 14 operadores de direito – juízes(as) e promotores(as). Entrevistas coletivas envolveram 76 profissionais do sistema socioeducativo e sete operadores(as) de direito.

^V Convenção Americana sobre Direitos Humanos; Estatuto da Criança e do Adolescente; Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase); lei n. 12.594/2012, que institui o Sinase; portaria n. 340/2004, que dá as diretrizes para a atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e os planos e programas de enfrentamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV/aids e hepatites virais, do Ministério da Saúde.

diferente foi encontrada noutros estados onde, para receber atendimento na rede pública, adolescentes e jovens enfrentam as filas de espera ainda presentes nos serviços de saúde.

A precariedade na atenção à saúde dessa população é agravada por outros fatores. Por exemplo: de um lado, nas palavras de um(a) técnico(a), *o carro da unidade é usado prioritariamente para o transporte de adolescentes às audiências judiciais*. De outro, o uso de algemas nas consultas ou exames médicos: *Já fui ao posto de saúde pra ir ao ginecologista. A gente vai algemada e na consulta fica um funcionário e uma enfermeira daqui. Fui bem tratada, mas dá vergonha*.

Para um(a) operador(a) de direito, é comum o conflito entre as regras da unidade socioeducativa e da unidade de saúde: *E aí o posto diz que algemado não entra, e certas unidades dizem que não tiram as algemas, e aí eles não se entendem*.

Ao chegar às unidades, adolescentes e jovens passam por uma triagem para identificar o estado de saúde de uma forma geral [...] do ponto de vista psicológico, nutricional, pedagógico, saúde bucal. Uma jovem entrevistada disse que, na unidade onde está internada, a médica mostra às garotas e discute com elas o resultado desses exames. No entanto, essa rotina nem sempre é cumprida: em outras unidades, elas mencionaram dificuldades no acesso aos resultados dos exames feitos na triagem. Somente em uma das unidades visitadas se investigavam situações de abuso e violência sexual nesse momento.

Saúde reprodutiva

É sabido que o pré-natal diminui os riscos relacionados à gravidez, parto e puerpério⁶, e a pesquisa constatou que quando a gravidez é considerada de risco, busca-se atendimento especializado na rede pública, em hospital de referência. Porém, até o momento da pesquisa, havia uma grávida de mais de três meses que não tinha feito nenhum pré-natal, e outra, de sete meses, que fizera somente duas consultas.

Em São Paulo, capital, a unidade Chiquinha Gonzaga possui uma ala chamada Casa das Mães, para onde vão garotas grávidas a partir da 32ª semana. Depois do parto, os bebês ficam aí com elas. Na opinião de uma das mães, *a vida aqui é tranquila, é bom porque a gente está com os bebês, os bebês ficam com as mães [...] a não ser que as mães deem motivo*

pra separar [...] aqui só teve um caso, da mãe que beliscava o bebê, tinha problema psiquiátrico. No Mato Grosso do Sul, foram citados casos de garotas grávidas que viviam na rua e foram encaminhadas para a unidade como medida de proteção. Segundo a equipe técnica, *quando o juiz dá internação da menina grávida como proteção – ela está na rua – é porque aqui o bebê é mais bem assistido*.

Há diferentes interpretações sobre liberar ou abreviar o tempo de internação quando as garotas estão grávidas ou com bebês. Em Alagoas, havia empenho em liberá-las mesmo estando prestes a dar à luz. No Pará e em São Paulo, antes de sair elas precisam ser “trabalhadas” [...] *a Fundação não separa mãe e criança [...] não fechamos um caso só porque a menina teve a criança, mas porque ela já teve um trabalho, já sabe cuidar do bebê; a gente abrevia o tempo aqui, mas abrevia com responsabilidade*. Segundo um(a) operador(a) de direito em Pernambuco, *A criança não é um salvo-conduto. Eu já tive pressão, mais de uma vez, acho que umas duas ou três vezes, e aí eu, então, fechei o cerco, [...] se gerou um filho, vai pra casa? Se ficou grávida, vai pra casa? Então tem um filho e sai do sistema?*

Quanto ao aborto, na maioria das unidades foi dito que *Esse é um assunto que não costuma chegar*, ou então que *As gurias falaram, mas entre elas*. Segundo algumas equipes, logo na triagem perguntavam se já haviam feito aborto. Durante a pesquisa, ao indagar se as equipes informavam sobre a possibilidade de um aborto legal, caso a garota chegasse à unidade grávida devido à violência sexual, as respostas foram sempre evasivas.

Saúde mental, drogadição e medicalização

A literatura sobre saúde mental, drogadição e medicalização nas unidades socioeducativas costuma trazer experiências sobre o uso de remédios tarja preta para “docilizar os corpos adolescentes”² – inclusive de adolescentes grávidas – por conta da abstinência de drogas e/ou algum tipo de sofrimento psíquico, como também por conta dos comportamentos considerados agressivos da parte de jovens questionadores(as), contestadores(as), inconformados(as) com o que veem/vivem nas unidades onde se encontram³.

Equipes técnicas de todos os estados referiram aumento das internações de garotas por comércio e uso de drogas, sobretudo o crack. Porém, seus relatos indicam dificuldades no cuidado: [aqui] *não tem*



Fotos: Maria Helena Franco.

ninguém preparado pra atender numa crise de abstinência, nem a equipe de psicólogos sabe o que fazer nesses momentos; Quando a garota está muito agitada, irritada, agressiva, [a gente] leva na emergência e o médico passa medicação.

No caso de jovens com transtorno mental, as equipes consideram sua permanência na unidade um obstáculo para a realização das atividades. Avaliam ser mais uma questão de saúde do que de aplicação de medida socioeducativa e acham que juízes(as) não sabem para onde encaminhar tais jovens, então as mandam para o sistema socioeducativo, como aconteceu com duas irmãs: [...] *na audiência elas quebraram toda a sala do juiz, [...] e aqui foi um horror, porque eram doidas, sem nenhum juízo, de comer vidro.*

Sobre o uso de remédios para “acalmar” os(as) adolescentes, depoimentos de garotas cumprindo medida são ilustrativos: *Teve uma menina que ficava babando, toda inchada de tanto remédio. Ela chegou aqui de boa, mas começou a dar trabalho e deram remédio pra ela; Tem um lugar fora daqui que a gente passa, o médico pergunta o que a gente tem, se tem insônia ele passa remédio, a maioria das meninas do meu módulo toma remédio pra dormir, chega 7, 8 horas da noite tá todo mundo dormindo.*

Profissionais entrevistados(as) em geral consideravam que psiquiatras *enchem muito de medicação*. Em uma entrevista, argumentaram que *seria muito mais fácil dopar uma menina pra não ter problema com*

ela aqui, só que a gente tem que ter esse bom senso, essa postura ética pra menina sentir a experiência da perda da liberdade, pra que ela se questione e reflita. Na pesquisa, quando essa questão foi posta a um(a) operador(a) de direito, o comentário foi: *Supõe-se que não existe remédio sem receita médica, e não vamos interferir porque não temos conhecimento técnico.*

Os cuidados em saúde mental na atenção básica do Sistema Único de Saúde têm crescido, sobretudo com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Entretanto, a articulação entre os estabelecimentos de medida socioeducativa e os Caps continua a merecer estudos, mesmo porque em São Paulo profissionais de saúde relataram que *a demanda é grande na região; a gente faz o contato, o encaminhamento, mas [a rede pública] não dá conta; ou então: se levássemos a maioria dos adolescentes ao Caps, não teriam como responder à demanda.*

O relato de uma boa experiência veio de um(a) gestor(a) em Alagoas, sobre a mudança na prática da medicalização ou *contenção química*, depois que o SUS integrou um(a) psiquiatra no quadro de profissionais do posto de saúde que funciona na unidade: [antes] *o menino pedia remédio para dormir, e o psiquiatra de fora, que não acompanha a rotina dos garotos, atende e passa a medicação. [...] Se você fosse remarcar, passava trinta, sessenta dias sem um retorno. Aí o menino fica tomando medicação sem ser avaliado? [...] Agora, o psiquiatra na unidade não fica só com a fala do garoto, só daquele momento.*



Sexualidade

A sexualidade ainda é tabu no sistema de atendimento socioeducativo, e nas Varas da Infância e Juventude ela não está entre as prioridades^{vi}. A opinião de um(a) operador(a) de direito é emblemática: tratar dessas questões com adolescentes cumprindo medida socioeducativa é *sofisticar o atendimento* [frente a] *demandas mais primárias* [como] *a falta de documentos e de escova de dente*.

Fatores socioculturais criam o contexto para que as preocupações se concentrem na atenção às garotas gestantes e seus bebês: *Nós temos uma formação preconceituosa e cheia de tabus. Talvez, por conta da nossa formação cultural, não temos esse cuidado na prática das fiscalizações. Temos preocupação com a gestação, mas não vejo outra situação*. Quando a preocupação com a sexualidade aparece, o cuidado vem mais pelo temor do contato das garotas com visitas que poderiam ser *más influências*, principalmente namorados e *maridos*, ou pelo viés da vitimização, principalmente relacionada à violência e exploração sexual.

Abuso e violência sexual

Os depoimentos das garotas trouxeram vivências de abuso e violência sexual praticados pelo namorado, na primeira relação sexual. Muitas relataram histórias de violência desde a infância, praticadas pelo pai, padrasto, irmão, tio e amigo do pai. Em alguns casos, cometeram homicídio para cessar a situação de exploração. Duas irmãs por parte de mãe, recém-chegadas a uma das unidades, ainda estavam muito abaladas ao relatar que haviam matado o pai/padrasto porque ele estava de olho na irmã de oito anos, tinha abusado delas por anos seguidos e ameaçava matá-las e expulsar sua mãe de casa. Noutro estado, foi citado um caso semelhante de duas garotas cuja família obrigava-as a terem *uma vida sexual, uma delas era com um senhor de idade, enfim, havia um ganho familiar nisso*. [Elas] *acabaram por matar essas pessoas. Essa é uma cultura muito enraizada, principalmente no interior, quando homens mais velhos viram “mantenedores” de famílias por conta da exploração das meninas*.

^{vi} A saúde sexual e reprodutiva está contemplada no artigo 60 do Sinase, que trata da atenção integral à saúde do(a) adolescente no Sistema de Atendimento Socioeducativo. A portaria n. 340, de 12 de julho de 2004, também identifica ações de assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de ambos os sexos.

^{vii} Portaria Interministerial 1.426, de 14 de julho de 2004.

Na percepção de integrantes de equipes técnicas, é como se houvesse um roteiro padrão para as vítimas de abuso de violência sexual: *O que é bastante pesado é a parte do abuso sexual pelo pai ou pelo padrasto e que leva ela a fugir de casa, depois vai pras drogas e depois aqui. Peguei uns dez casos nessa parte que chama mais a atenção*.

Preservativos

A população adolescente em privação de liberdade é das mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), aids e hepatites virais, mas o Sinase omite, isto é, não menciona explicitamente a distribuição de preservativos como medida de prevenção e proteção como acontece na portaria interministerial n. 1.426^{vii} e a na portaria n. 340^{viii}. Todas as equipes técnicas admitiram a existência de interações sexuais. Houve relatos de epidemia de sífilis, de gonorreia em unidades femininas e masculinas, históricos de garotas e garotos com HIV/aids e, no entanto, o estudo constatou que a distribuição de preservativos masculinos não era uma prática regular, e a de camisinha feminina não existia.

As dificuldades na disponibilização de preservativos encontram-se associadas a posições conservadoras dos agentes do sistema. Em geral, garotos e garotas têm acesso ao preservativo masculino somente quando deixam a unidade ao final do cumprimento da medida ou quando têm permissão para visitar a família em alguns fins de semana – acontecimento que não era comum nem acessível a todos(as).

Visita íntima

No Brasil, uma política pública de visita íntima para adolescentes em conflito com a lei e cumprindo medida socioeducativa de internação foi sancionada pela lei n. 12.594-Sinase, de 18/1/2012^{ix}. Contudo, à exceção do Pará e de Alagoas, onde a visita íntima já havia sido anteriormente implantada na ala masculina – beneficiando 25% dos jovens internados em Alagoas –, ela não fazia parte de discussões, preocupações e procedimentos de operadores(as) de direito,

^{viii} Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 340, de 14 de julho de 2004.

^{ix} O artigo 68 assegura ao adolescente casado ou que viva, comprovadamente, em união estável o direito à visita íntima, havendo obrigatoriedade de o visitante ser identificado e registrado pela direção do programa de atendimento, que emitirá documento de identificação, pessoal e intransferível, específico para a realização da visita íntima.

gestores(as) e equipes técnicas, sobretudo em se tratando das garotas.

Nas entrevistas, era comum justificar a não implementação da visita íntima pela falta de espaço físico nas unidades. Porém, a pesquisa revelou entraves de ordem sociocultural. As resistências ao direito à visita íntima de jovens e adolescentes do sexo feminino apareceram por meio de relatos enfáticos, de visões conservadoras e preconceituosas relacionadas à sexualidade na adolescência. Em uma entrevista com profissionais da equipe técnica, ouviu-se que *A menina está cumprindo medida porque é bandida, é vagabunda. Aí, a gente vai ter que ficar ouvindo gemidos? Por sua vez, um(a) gestor(a) argumentou: O que ocorre é que normalmente o companheiro abandona, por isso que elas não têm a visita, apesar do direito.*

Homofobia, lesbofobia

Abuso e violência sexual expressam relações de poder que estão na base das desigualdades sociais, entre elas as de gênero. Acontecem em contextos variados, nas casas, ruas e instituições, e muitas vezes em conexão com atitudes e práticas homofóbicas⁴. Um(a) operador(a) de direito mencionou que garotos mais frágeis correm risco de serem abusados sexualmente e que adolescentes travestis são vítimas de violência sexual nas unidades masculinas. Acrescentou que casos de homo e lesbofobia chegam ao conhecimento da administração, mas são *tolerados, e a percepção que prevalece é a de que ele é frango, então está gostando.*

O comentário de um(a) gestor(a) sobre *garotos afeeminados* é digno de menção: *[O garoto] era totalmente feminino, até no modo de sentar. Ele queria se depilar, praticar esportes femininos, ele veio de outra unidade porque foi violentado lá. [Nesta nova unidade], não houve uma violência, houve uma separação até em respeito com todos. Este relato revela o quanto as práticas institucionais se distanciam das diretrizes do Sinase, em particular o artigo 35, que dispõe sobre a não discriminação do adolescente, notadamente em razão de etnia, gênero, nacionalidade, classe social, orientação religiosa, política ou sexual, ou associação ou pertencimento a qualquer minoria ou status. O adolescente, vítima da violência sexual, foi transferido para uma nova unidade onde, para evitar nova violência e até em respeito com todos, ficou isolado/separado da convivência com os outros garotos!*

Em São Paulo, as equipes técnicas destacaram a violência sexual vivenciada por garotas em situação de rua. Para driblá-la, elas adotavam a estratégia de se *tornar masculina*, incorporando trajes, posturas e comportamentos associados à masculinidade ocidental hegemônica. No entanto, essa estratégia às vezes não dava certo e resultava em *estupro corretivo*, cuja motivação é *ensinar garotas lésbicas a se tornarem mulheres.*

Avanços e poréns

Eu comecei a fazer o grupo por conta do preconceito. Os comentários me incomodavam, as situações me incomodavam, a repressão era maior nas meninas. Por conta de uma relação homoafetiva, pegavam mais forte (profissional de saúde).

Essa fala foi produzida numa unidade feminina de São Paulo, a propósito de um grupo de conversa sobre sexualidade com as garotas. Tal iniciativa merece elogios, uma vez que nas unidades socioeducativas visitadas são raras as ações educativas sobre sexualidade, saúde reprodutiva, prevenção às DST e aids e orientação quanto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. As unidades visitadas no Rio Grande do Sul se destacam igualmente por viabilizar às garotas o acesso a métodos contraceptivos. Foi também no estado gaúcho que um(a) operador(a) de direito determinou que a equipe técnica de uma unidade formasse um grupo de discussão sobre homossexualidade para definir regras e parâmetros. Essa decisão veio depois que a comissão de disciplina da unidade puniu de forma rigorosa uma garota que tinha em mãos um bilhete contendo uma *declaração homoafetiva.*

Muitos dos avanços encontrados não ocorrem sem “poréns”. Nas unidades gaúchas, a contracepção oral e injetável é retirada na rede pública, e o implante, pago pela Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul - FASE, corre por via judicial. Porém, *tem que ter a concordância da garota, da mãe dela e da juíza.* Em Alagoas, um trabalho de orientação que incluía distribuição de camisinhas para garotos de 12 a 14 anos começou por causa de um surto de DST. Porém, para pegar o preservativo os garotos tinham que passar pela psicóloga da unidade. Em outro estado, ao final de uma *capacitação maravilhosa [para] trabalhar com educação sexual dentro das unidades*, a Secretaria de Saúde anunciou a implantação da visita íntima e distribuição de preservativos. Porém, o fato de não se ter

discutido a proposta durante a formação gerou um sentimento de resistência. Resultado: boicote à iniciativa.

Considerações finais

Conceitos e práticas conservadoras relativamente à sexualidade na adolescência, desigualdades de poder quanto a gênero, preconceitos e discriminação em função de orientação sexual, atenção à drogadição e à saúde mental centrada na medicalização excessiva são fatores socioculturais que obstaculizam a implementação de políticas públicas atentas aos direitos humanos e justiça social. A eles, somam-se ruídos na comunicação entre os sistemas socioeducativo e de saúde, criando um cenário de desrespeito ao direito humano fundamental à saúde de jovens e adolescentes que estão em situação de privação de liberdade no sistema socioeducativo.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos/CONANDA; 2006.
2. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação [monografia na internet]. Brasília (DF);2010 [acesso em 23/11/2103]. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Doc_Ref_MSE_UL.pdf
3. Fidelis N. De FEBEM a Fundação Casa. Rev Forum [periódico na internet]. 2012 [acesso em 21/10/2012]. Disponível em: <http://revistaforum.com.br/blog/2012/06/de-febem-a-fundacao-casa/>
4. Franco MH. (coordenadora). Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens em conflito com a lei: contribuições para o debate e ações. ECOS – Comunicação em Sexualidade [publicação na internet]. São Paulo; 2012 [acesso em 10/11/2013]; pag. 72. Disponível em: <http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/JovensSIT.pdf>
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2011.
6. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Pública. 2011;27(4):623-638.
7. Paim JS e Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública. 2006; 40 N° Esp:73-8.

