

3 - Deontologia e assistência materno-infantil

José Luiz Telles
Ana Paula Abreu Borges

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

TELLES, JL., and BORGES, APA. Deontologia e assistência materno-infantil. In: SCHRAM, FR., and BRAZ, M., orgs. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, pp. 67-79. ISBN: 978-85-7541-540-5. Available from: doi: [10.747/9788575415405](https://doi.org/10.747/9788575415405). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/epub/schramm-9788575415405.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

DEONTOLOGIA E ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

3

José Luiz Telles

Ana Paula Abreu Borges

INTRODUÇÃO

As aplicações tecnológicas em saúde, aliadas às novas demandas sociais, em particular na área da assistência materno-infantil, têm colocado sérios desafios éticos para a prática dos profissionais em saúde. A Bioética tem sido um recurso importante para a reflexão e prescrição de ações moralmente justificáveis perante a sociedade. Isso não quer dizer, no entanto, que os códigos de ética profissionais ou códigos de deontologia profissional tenham perdido sua validade. A ética profissional, consubstanciada nos diferentes códigos deontológicos, representa um subconjunto da Bioética, isto é, a ética deontológica está inserida no campo maior de análise moral que é a Bioética.

Este artigo tem por objetivo discutir o âmbito conceitual e de aplicação da deontologia profissional e explicitar algumas questões que envolvem o dever do profissional da saúde perante a assistência materno-infantil. Além dos códigos de ética das diferentes profissões em saúde, os temas suscitados por declarações internacionais e, em particular, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em vigor no Brasil, são discutidos na medida em que trazem desafios éticos importantes para as profissões em saúde.

Na primeira parte, delimitou-se o conceito de deontologia buscando caracterizar sua importância para a 'boa' prática profissional. Não se trata de uma discussão de cunho filosófico, mas que tão-somente visa a

estabelecer os limites que a deontologia possui para a reflexão sobre os conflitos e dilemas morais contemporâneos referentes às práticas no campo das ciências da vida e da saúde. Em um segundo momento, buscou-se trazer para a realidade brasileira alguns desafios que se impõem no plano da assistência materno-infantil, tendo por referência alguns deveres profissionais postos por legislações específicas, declarações ou consensos internacionais.

A DEONTOLOGIA E AS PROFISSÕES EM SAÚDE

A etimologia da palavra deontologia vem do grego *déontos*, que significa ‘o que é obrigatório, necessário’, acrescido do termologia, que, do grego *logos*, significa ‘discurso’ e ‘estudo’. Tendo por referência sua etimologia, a deontologia pode ser entendida – de acordo com o dicionário – como “1. o estudo dos princípios, fundamentos e sistemas de moral; 2. Tratado dos deveres” (Ferreira, 2003).

Correntemente se fala da deontologia ou ‘ciência dos deveres’, em sentido jurídico, como uma extensão do direito profissional. Daí que é comum a palavra deontologia vir acompanhada de adjetivo que designa profissão. Dessa maneira, como afirma Sandro Spinsanti (1990: 11), a deontologia chamaria a “atenção para a conveniência ou a necessidade de que a profissão tenha determinadas características, as quais constituem o estilo de seu exercício”. A deontologia se ocuparia, então, de um conjunto de regras tradicionais que indicam como alguém deverá se comportar na qualidade de membro de um determinado corpo social. Este conjunto de regras é definido pela própria corporação profissional.

A primeira atividade social a instituir um corpo de normas e deveres foi a medicina. A partir de Hipócrates de Cós (460–390 a.C.), fundamentam-se as bases da ética tradicional da medicina, ordenadas no Juramento Hipocrático e nos livros deontológicos ou normativos do *Corpus Hippocraticum*. No juramento, o médico comprometia-se a: 1) usar a medicina em benefício dos pacientes; 2) manter sigilo sobre os fatos ocorridos com seus pacientes; 3) conservar em segredo os conhecimentos médicos,

exceto para os seus pares; 4) não manter relações sexuais com os pacientes; 5) não administrar substâncias que poderiam levar à morte ou provocar efeitos abortivos (Souza, 1981; Keyserlingk, 1998).

A instituição de um código deontológico foi de fundamental importância para o reconhecimento e a credibilidade pública da prática profissional, na medida em que esse compromisso é firmado publicamente por meio de um juramento. O primeiro código profissional moderno foi instituído pela Associação Médica Norte-Americana, em 1847, e, após diversas revisões, acabou servindo de modelo não só para as corporações médicas no mundo inteiro como também para as outras profissões em saúde.

No ano de 1867, a *Gazeta Médica da Bahia* publicou o “Código de Ethica Medica Adoptado pela Associação Medica Americana”. Somente em 1931 é que surge a primeira iniciativa de se instituir um código de ética próprio no Brasil. No I Congresso Médico Sindicalista, o Código de Deontologia Médica foi elaborado e tornado público no *Boletim do Sindicato Médico Brasileiro*.

Em 24 de outubro de 1945, o IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro aprovou o Código de Deontologia Médica, oficializado como Anexo pelo Decreto-Lei n. 7.955, de 13 de setembro de 1945, revogado posteriormente pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Esta lei foi assinada pelo então presidente da República, e médico de formação, Juscelino Kubitschek, e instituiu os Conselhos de Medicina (França, 1994a).

Em seu artigo 30, a Lei n. 3.268 determinou a adoção do Código de Ética da Associação Médica Brasileira, aprovado na IV Reunião do Conselho Deliberativo da entidade, ocorrida no Rio de Janeiro em 30 de janeiro de 1953, até que o Conselho Federal de Medicina elaborasse o seu próprio. Esta situação perdurou até 24 de setembro de 1964, quando foi aprovado o primeiro Código de Ética do Conselho Federal de Medicina, o qual foi publicado no *Diário Oficial da União*, de 11 de janeiro de 1965.

A partir de então, todas as profissões em saúde, para se regulamentarem, têm, por lei, a obrigação de instituir um conselho profissional em nível federal e conselhos em nível regional. Esses conselhos são, em seu conjunto, “uma autarquia especial, dotada de personalidade

jurídica de direito público, gozando cada um deles de autonomia administrativa e financeira” (França, 1994b: xviii). Cabe ao conselho federal da profissão votar qualquer alteração do Código de Ética.

Os conselhos regionais, por sua vez, têm as seguintes atribuições:

- 1) deliberar a respeito da inscrição dos profissionais legalmente habilitados;
- 2) manter um registro de profissionais numa determinada região;
- 3) fiscalizar o exercício profissional e impor as devidas penalidades;
- 4) velar pela preservação da dignidade e da independência do conselho;
- 5) apreciar e decidir sobre ética profissional, impondo as penas cabíveis;
- 6) proteger e contribuir para o perfeito desempenho técnico e moral da profissão;
- 7) exercer atos para os quais a lei lhe confere competência.

Cabe-lhes, ainda, elaborar proposta de regimento interno, expedir carteiras profissionais com valor legal de carteira de identidade, fiscalizar o exercício profissional de pessoa física e de pessoa jurídica de direito público ou privado, criar delegacias regionais e comissões de ética nos estabelecimentos de saúde públicos ou privados em sua jurisdição (no caso da medicina) e expedir normas ou resoluções para o pleno cumprimento do Código de Ética profissional (França, 1994b).

Os códigos de ética das profissões em saúde se estruturam, com poucas variantes, em: 1) deveres dos profissionais para com seus pacientes/clientes e obrigações destes para com os profissionais; 2) deveres dos profissionais para com os seus pares e para com a profissão; 3) deveres da profissão para com o público e do público para com a profissão.

Como ressalva Spinsanti (1990), à medida que os interesses da corporação têm a possibilidade de se sobrepor aos interesses do coletivo, as normas deontológicas podem facilmente passar de meio para orientar a conduta dos médicos a meio para legitimar privilégios monopolizadores da profissão em relação ao Estado e ao público.

Vale ressaltar que os códigos de ética profissionais não se limitam apenas aos preceitos morais, mas dizem respeito a aspectos penais, civis e administrativos. Portanto, em geral, os códigos deontológicos tendem a refletir valores morais de uma sociedade em determinado período histórico.

Dessa maneira, no âmbito da assistência materno-infantil, os preceitos deontológicos buscam garantir a saúde e a vida da mulher e do futuro nascituro. Tais preceitos estão inscritos nas legislações de nosso país e em declarações internacionais.

SAÚDE MATERNO-INFANTIL E AS OBRIGAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O conceito de saúde deve ser entendido além da simples ausência de doença, isto é, como resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Todos os códigos deontológicos das profissões em saúde no Brasil assumem o compromisso ético com 'a saúde e a dignidade do ser humano'.

O entendimento do conceito ampliado de saúde implica a superação e o redimensionamento da relação profissional de saúde-paciente/cliente. Ou seja, a responsabilidade do profissional da saúde não se limitaria ao 'corpo' do paciente/cliente, mas estaria engajado, também, na perspectiva de conquistas coletivas de melhores condições de vida para todos os brasileiros. Nesse sentido, o papel dos conselhos profissionais assume relevância na luta por melhores condições de assistência à nossa população, não ficando restrito à luta pela defesa da profissão isoladamente.

O desafio, no Brasil, de garantir a proteção e o desenvolvimento das crianças, consiste no dever primário de informar e dar apoio às famílias, para que estas estejam aptas a cuidar de suas crianças, e também de assegurar qualidade nos serviços públicos destinados a esse segmento da população.

Há 16 anos, foi aprovada uma nova Constituição Federal, na qual está previsto, no artigo 227, como dever da família, da sociedade e do Estado, tornar garantido à criança e ao adolescente, com prioridade absoluta, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda

forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Em 1990, foi aprovado o ECA, através do qual crianças e adolescentes tiveram seus direitos garantidos em uma doutrina Sociojurídica de Proteção Integral, preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e tendo o Brasil como seu seguidor. O ECA, instituído pela Lei Federal n. 8.069/90, é um dos instrumentos fundamentais para a defesa e para o atendimento dos direitos dessa população.

O compromisso com o ECA é fazer com que suas normas legais sejam implementadas para que as crianças e os adolescentes possam, realmente, se tornar sujeitos do seu próprio destino, como preconiza nossa Constituição. Na prática, isso implica garantir o direito igual de todas as crianças a um nome e à nacionalidade, a uma boa alimentação, a bons serviços de saúde, à educação básica e à igualdade em sua condição de seres humanos.

Apesar de se constatar uma melhora significativa, nos últimos 15 anos, na situação de saúde das mulheres e das crianças do mundo, é verdade também que muito ainda pode ser feito pelo Estado, pela família e pela sociedade em geral para que se tornem efetivos os direitos das crianças, buscando dar-lhes uma vida digna e saudável (Unicef, 2001). É como afirma o artigo 4º, do ECA (2003):

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

A despeito de, nos últimos dez anos, o índice de mortalidade infantil ter manifestado uma tendência geral de declínio, ainda é alarmante o número de crianças que morrem no Brasil. A taxa de mortalidade infantil, em 1990, era de 47,8 mortes para cada mil crianças nascidas vivas. Em 1998, esta taxa caiu para 31,9 para cada mil (Unicef, 2001). Este índice é considerado como um indicador importante da qualidade de vida e das

condições de saúde da população infantil, bem como do nível de desenvolvimento de uma população. Apesar da queda geral no índice, as regiões do Brasil apresentam diferentes taxas que expressam as desigualdades econômico-sociais existentes em nosso país.

A falta de acesso aos serviços de saúde e a precariedade desses serviços são fatores importantes que estão relacionados com as altas taxas de mortalidade infantil. Estima-se que 50% das mortes de crianças com menos de um ano de idade aconteçam por causas perinatais (relacionadas ao parto e pós-parto). No entanto, segundo o Ministério da Saúde (MS), 11,9% de óbitos infantis no Brasil são decorrentes de causas mal definidas. A falta de explicações médicas para estes óbitos é um indicador para avaliar a qualidade dos serviços materno-infantis oferecidos, pois revela falta de equipamentos nas unidades públicas de saúde e também carência de profissionais capacitados para verificação de óbitos e realização de diagnósticos.

As diferenças regionais quanto às causas de mortalidade, por sua vez, são bastante expressivas e refletem as desigualdades regionais. Em estados como Acre, Amazonas, Pará, Tocantins, e em toda a região Nordeste, causas mal definidas e não declaradas são as mais frequentes nos atestados de óbito. Em alguns estados do Nordeste, como Maranhão, Paraíba e Sergipe, elas chegam a representar mais de 50% dos óbitos. Provavelmente, estes óbitos estão associados à mortalidade infantil e a doenças infecciosas e parasitárias, ocorridas em localidades onde a oferta de serviços de saúde é ainda incipiente.

Um outro dado que deve chamar a atenção de todos os profissionais em saúde diz respeito ao número de crianças que nascem com baixo peso. Calcula-se que cerca de 270 mil bebês nascem, por ano, com baixo peso. Apesar do declínio em um terço da prevalência no retardo de crescimento na população infantil no geral, aproximadamente 20% das crianças (menores de cinco anos) das áreas rurais apresentam disparidade entre a altura e a idade. As principais causas desses problemas estão relacionadas ao estado nutricional das mães e das crianças. O desenho adequado dos programas nutricionais, o aumento das atividades de

supervisão desses programas e o envolvimento das comunidades na gestão dos mesmos poderão ajudar a melhorar seu desempenho. Esforços conjuntos devem ser envidados para a criação de meios adequados de educação alimentar e de acesso a alimentos em comunidades de baixa renda.

Tal perspectiva se torna relevante na medida em que boa parte das pesquisas sobre aporte nutricional revelam que a dieta da população de baixa renda no Brasil caracteriza-se por ser mais pobre em termos protéicos do que calóricos, gerando um descompasso entre a quantidade consumida e os nutrientes para uma alimentação adequada. Programas governamentais de aumento de renda desses segmentos da população e incremento de postos de trabalho podem ter impactos significativos nessa realidade social. No entanto, o papel dos profissionais da saúde nessa área ainda é crucial para a reversão dos índices de subnutrição que atingem, principalmente, a população infantil.

Em uma projeção para o futuro, Barros e Mendonça (1990) ressaltam que, ao se permitir que crianças nascidas em famílias pobres sejam afetadas de forma a comprometer seu desempenho econômico futuro, fecha-se o círculo da pobreza, isto é, as crianças pobres de hoje constituirão, com maior probabilidade, as unidades familiares pobres de amanhã.

Verifica-se que as crianças são o segmento da população mais atingido pelos efeitos da pobreza, que é a causadora de milhares de mortes que poderiam ser evitadas. Intimamente relacionados à pobreza estão as oportunidades de acesso aos serviços públicos de saúde, educação, saneamento, habitação e água. Apenas um terço dos domicílios pertencentes aos 40% mais pobres contam com o abastecimento adequado de água e esgotamento sanitário.

Outro desafio importante é a ampliação dos serviços de acompanhamento pré-natal e a melhoria da qualidade destes serviços. De acordo com o artigo 8º do ECA (2003): “É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o pré-atendimento e perinatal”. No ano de 1997, dos atuais 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, somente dez (MG, SE, GO, MT, MS, PR, RJ, SP, ES e PB) alcançaram o índice de 50% das mulheres grávidas que realizaram pelo menos as seis consultas pré-natais

recomendadas. Esses dados representam um déficit de nove milhões de consultas a cada ano. Vale ressaltar que, mesmo nesses estados onde foi verificado esse índice, existem graves distorções dependendo do nível socioeconômico da população.

A precariedade nos serviços de acompanhamento contribui para uma das mais trágicas estatísticas brasileiras na área materno-infantil: a mortalidade materna. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 99% das 600 mil mortes maternas anuais ocorrem nos países do terceiro mundo, onde o risco é de 100 a 200 vezes maior do que nos países ricos. O Brasil ocupa a 65ª posição no *ranking* mundial, com 140 mortes maternas/100 mil nascidos vivos. Se comparado com os Estados Unidos (9/100 mil) e Canadá (4/100 mil), o índice brasileiro se configura como um verdadeiro escândalo (Rosas, 2004).

Com efeito, só em 1998 foram registrados 2.051 óbitos de mulheres vítimas de complicações na gravidez, no parto e no pós-parto (Unicef, 2001). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), calcula-se que 95% das mortes maternas na América Latina seriam evitadas com os conhecimentos tecnológicos e médicos que temos atualmente e com medidas de impacto social. A melhoria desses serviços poderá reduzir esses números alarmantes, pois, na maioria dos casos, as mulheres morrem por causas facilmente detectáveis e com possibilidades de prevenção, como infecções e hipertensão arterial no período gestacional. A qualidade da assistência pré-natal e do parto depende não somente da instituição de saúde, mas também do profissional que presta atendimento.

Um outro fator que afeta a mortalidade na infância diz respeito à escolaridade da mãe. Pesquisas nesta área constataram que, se a mãe tem menos de um ano de estudo, a taxa é de 93 mortes para cada mil crianças nascidas vivas. Quando a mãe tem entre um e três anos de estudo, este índice cai para 70 por mil, e quando tem entre nove e 11 anos de estudo, a taxa média é de 28 por mil. Tais dados são relevantes tendo em vista que o nível de escolaridade da gestante/mãe representa um importante dado para a organização dos serviços de assistência materno-infantil.

Um outro dado importante para a organização da assistência é o número de crianças e adolescentes que ficam grávidas. Segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), são realizados por ano mais de 730 mil partos de meninas com idade entre 10 e 19 anos. Estudos nesta área vêm demonstrando que as adolescentes grávidas são mais pobres, têm nível de escolaridade mais baixo, menor atenção durante o pré-natal, filhos com maiores taxas de baixo peso ao nascer e maiores taxas de mortalidade neonatal e infantil (Simões et al., 2003; Gama, Szwarcwald & Leal, 2002). Esforços tanto na prática de educação em saúde voltada para esse segmento populacional quanto numa assistência diferenciada no pré-natal e no parto devem ser envidados no sentido da prevenção de complicações e precoces óbitos.

Segundo pesquisa do MS, de 1999, as mães brasileiras amamentam seus filhos com leite materno por apenas 33,7 dias em média, embora o art. 9º do ECA (2003) assegure: “O Poder Público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade”. O aleitamento materno é um exemplo de política pública que envolve a família, a comunidade, os governantes e a sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil.

Estima-se que, melhorando as práticas de amamentação em todo o mundo, as mortes de cerca de 1,5 milhão de crianças seriam evitadas todos os anos. Contudo, poucos dos 129 milhões de bebês que nascem todo ano recebem aleitamento materno exclusivo e alguns não são amamentados de forma alguma. O desmame precoce, o uso de suplementos desnecessários e a introdução de alimentos complementares antes da hora, infelizmente, ainda são práticas bastante comuns.

Com a implementação de programas simples, com o objetivo de informar às mães sobre os benefícios do aleitamento materno de preparar melhor os profissionais da saúde, pais e seus empregadores para dar condições e apoio às mães, pode-se aumentar o tempo de aleitamento dos bebês, trazendo impactos importantes para a saúde infantil.

De acordo com o art. 11º do ECA (2003), “é assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde,

garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. O Programa Saúde da Família (PSF), implementado pelo MS a partir de 1994, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), tem sido uma estratégia para ampliar o acesso da população às ações básicas de saúde. O número de equipes de PSF cresceu de 328, em 1994, para 10.025 em setembro de 2000, quando o programa alcançou 3.059 municípios brasileiros. Tal estratégia vem pondo em questão não só a adequação da formação dos profissionais da saúde como também a própria organização dos serviços de referência para a assistência especializada.

Um outro indicador de dificuldade no acesso aos serviços de saúde está relacionado à falta de registro civil. Segundo dados de 1996, do MS, cerca de um milhão de crianças não foram registradas no primeiro ano de vida. O problema do sub-registro dificulta o acesso a serviços de saúde e de educação infantil e compromete o planejamento de prefeituras e estados, além de ser uma violação a um importante direito dessa população tão singular – “A criança tem direito, desde o seu nascimento, a um nome e a uma nacionalidade” – visto o Princípio III da Declaração dos Direitos da Criança, proclamada em 20 de novembro de 1959 pela Assembléia Geral das Nações Unidas, reafirmada na Convenção Sobre os Direitos da Criança, aprovado em 1989 pela Assembléia das Nações Unidas e ratificada pelo Brasil em 1990.

Segundo o relatório Situação da Infância Brasileira (SIB), feito pelo Unicef em 2001, uma das maiores conquistas do Brasil nos últimos anos foi o aumento nos índices de imunização contra coqueluche, difteria, tétano, sarampo, tuberculose e poliomielite. Esta vitória faz jus ao que é preconizado no art. 14º do ECA (2003): “É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias”. Em 1994, foi concedido ao país, pela Opa, o certificado de erradicação da poliomielite. A imunização é um exemplo de intervenção, com custos relativamente baixos e com um enorme impacto no desenvolvimento infantil, que ajuda a assegurar o crescimento seguro da criança, deixando-a livre de doenças perigosas, mesmo quando vive em ambientes onde há risco para sua saúde.

CONCLUSÕES

Vivemos em um país de graves desigualdades econômicas e sociais. Neste contexto, a ação dos serviços e dos profissionais da saúde assume extrema relevância. O compromisso ético de garantir uma assistência adequada e atenta às especificidades de nossa população materno-infantil é um imperativo para todas as categorias profissionais em saúde.

Os códigos de ética, as legislações específicas e os acordos internacionais impõem o dever ético e legal de proteção à saúde materno-infantil. O arcabouço jurídico-institucional do SUS, que garante o controle social e o alcance de um nível de saúde e de dignidade de vida, só será possível com a participação ativa de toda a sociedade, para que seus direitos de fato sejam garantidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, R. P. & MENDONÇA, R. *Infância e Sociedade no Brasil: as conseqüências da pobreza diferenciadas por gênero, faixa etária e região de residência*. (Textos para discussão, n. 202) Rio de Janeiro: Ipea, 1990.
- BOLETIM DO SYNDICATO MÉDICO BRASILEIRO. 8 ago. 1931. Disponível em: <http://www.wplastia.com.br>. Acesso em: 11 nov. 2003.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). In: CRESS 7ª R. *Assistente Social: ética e direitos - coletânea de leis e resoluções*. Rio de Janeiro: 2003.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio*. Versão eletrônica 3.0, 2003. CD-ROM
- FRANÇA, G. V. *Direito Médico*. São Paulo: BYK, 1994a.
- FRANÇA, G. V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994b.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Situação da Infância Brasileira (SIB)*, 2001. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sib2001>. Acesso em: 9 dez. 2003.

- GAMA, S. G. N. da; 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*, 18(1): 153-161, 2002.
- GAZETA MÉDICA DA BAHIA, ano 2, n. 32-34, 1867.
- KEYSERLINGK, E. W. Medical codes and oaths. In: CHADWICK, R. F. (Ed.) *Encyclopedia of Applied Ethics*. London: Academic Press, 1998. v. 3.
- ROSAS, C. F. *Mortalidade Materna - uma questão social: medidas para a redução da mortalidade materna*. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivo/cristiao/mortalidade.doc>. Acesso em: 10 mar. 2004.
- SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão. *Revista de Saúde Pública*, 37(5): 559-565, 2003.
- SOUZA, A. T. *Curso de História da Medicina: das origens aos fins do século XIV*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.
- SPINSANTI, S. *Ética Biomédica*. São Paulo: Paulinas, 1990.

SITES RELACIONADOS À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - www.mp.sp.gov.br/cao infancia.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS) - www.datasus.org.br.
- DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA adotada pela Assembléia da ONU em 20 de novembro de 1959 - www.direitoshumanos.usp.br/documentos/tratados/crianças/declaracao_dos_direitos_da_crianca.html.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF) - www.unicef.org/brazil
- SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE A BIOÉTICA E OS DIREITOS DAS CRIANÇAS (Declaração de Mônaco) - www.ensp.fiocruz.br/etica/Arq/resout.htm.