

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE POR PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO RIO DE JANEIRO.

Evaluation of Integrated Adolescent Health Care by the Professionals of a Primary Care Unit in the City of Rio de Janeiro.

Mônica de Almeida Crossetti¹

RESUMO

A população adolescente tem necessidades particulares e um modo peculiar de procurar e utilizar a assistência à saúde. Norteados pelo Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (PROSAD), foi organizado, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro, RJ, um espaço onde o adolescente é atendido em turno específico. Este estudo visa avaliar o atendimento do adolescente sob a ótica dos profissionais de saúde, tendo como foco o conhecimento do fluxo, local de funcionamento, profissionais de referência e motivos para encaminhamento. Foram aplicados questionários não identificados a 44 profissionais de saúde que correspondiam a 89,8% dos profissionais da UBS que prestavam atendimento à população adolescente. A maioria alegou não apresentar dificuldades no atendimento a esta faixa etária. Verificou-se desconhecimento sobre o fluxo de agendamento, local e profissionais de referência do ambulatório de adolescentes, assim como de projetos voltados para este público como o “Vista essa Camisinha”.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Adolescente. Centros de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano em que existe um acelerado crescimento físico associado à maturação sexual e consequente capacidade reprodutiva, além de grandes transformações biopsicossociais. O amadurecimento mental e emocional ocorre com o desenvolvimento do pensamento crítico, a melhoria

ABSTRACT

The adolescent population has particular needs and a peculiar way of seeking and using health care services. Guided by the Program for Adolescent Health (PROSAD) of the Brazilian Ministry of Health, a special facility with specific adolescent attending schedules was organized in a Primary Care Unit in Rio de Janeiro, RJ. This study aimed to evaluate adolescent health care from the perspective of the health professionals, focusing on data such as the flow of appointments, place of functioning, reference professionals and reason for these appointments. Non-identified questionnaires were applied to 44 health professionals representing 89.8 % of the unit's professionals delivering care to adolescents. Most of them declared having no difficulties in delivering care to this age group. A lack of knowledge about the flow of appointments, place of functioning, reference professionals and also about special projects targeting this population, such as the promotion of condom use, was verified.

KEY WORDS: Adolescent Health. Health Centers. Patient Care Team. Primary Health Care.

do autoconhecimento, maior autonomia de seu círculo familiar e a formulação do seu código de valores éticos. (BRASIL, 1999)

A Organização Mundial de Saúde delimita esse período entre 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias de idade. Na prática, a adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressiva-

¹ Mônica de Almeida Crossetti, médica pediatra da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e Pesquisadora do PAPS-FM-UFRJ. E-mail: monicacrossetti@uol.com.br.

mente sua independência econômica e integração em seu grupo social. (TANNER, 1962)

Os adolescentes de 10 a 19 anos que vivem na cidade do Rio de Janeiro correspondem a 14,45% do total da população em 2006 e a 22,8% se considerarmos a população de 10 a 24 anos (BRASIL, 2007a,b).

Dos nascidos vivos no Rio de Janeiro, 17,6% são filhos de adolescentes, estando associados a riscos físicos, psicológicos e sociais, e a uma maior morbidade destes recém nascidos, principalmente quando a mãe tem menos que 15 anos de idade (BRASIL, 2007 a,b).

Nos últimos anos, a taxa de fecundidade das mulheres nos país vem caindo, com exceção do grupo menor de 19 anos que apresentou aumento de 10,3%, em vinte anos, segundo os censos demográficos de 1980, 1991 e 2000 do IBGE. Com relação à taxa de fecundidade total, a faixa etária de 15 a 19 anos, no Brasil, representa 23,3%, sendo que, na região sudeste, é de 19,8%. (BRASIL, 2005)

A questão da violência, seja o jovem vítima ou autor das ocorrências, vem se tornando relevante para o setor da saúde. O perfil de mortalidade dos adolescentes brasileiros é diferente daquele apresentado pela população em geral. O elevado número de óbito com causas mal definidas revela a precariedade da assistência prestada a esse grupamento populacional. A importância das causas externas indica sua fragilidade diante da violência a que estão submetidos tanto nas cidades como no campo. Na idade escolar, é maior o risco de violência no trânsito e, nos maiores de 15 anos até 19 anos, o risco maior é o de homicídio, sendo os meninos mais vulneráveis que as meninas para morte por violência. A diminuição da autoestima em indivíduos sistematicamente expostos à situação de violência torna menores as chances de adotar atitudes protetoras (BRASIL, 2004b).

O uso de drogas lícitas e ilícitas, a violência, o avanço da epidemia de HIV/AIDS e o aumento de gravidez entre as adolescentes têm repercussão em toda a sociedade e são as principais preocupações nesta fase da vida para o PROSAD.

Os dados epidemiológicos de HIV/AIDS apontam para um aumento do número de casos entre 13 e 24 anos, principalmente, à custa do aumento da incidência no sexo feminino. A faixa etária mais atingida pela AIDS, no Brasil, é a de pessoas entre 20 a 49 anos de idade (BRASIL, 2006). Tendo em vista o período longo em que o vírus permanece assintomático, infere-se o elevado risco de contaminação na adolescência e entre adultos jovens.

A iniciação no uso de drogas se dá muito cedo, principalmente álcool e tabaco, 48,3% dos jovens de 12 a 17 anos consomem álcool com início entre os 12-14 anos.

(CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS-CEBRID, 1997; COSTA, 2007)

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado na Constituição Federal de 1988, aponta uma concepção de saúde que não se reduz a ausência de doença, mas a uma abordagem integral visando qualidade de vida.

As diretrizes do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989 pelo Ministério da Saúde, como consequência das mudanças nas políticas públicas de governo, tem como objetivo “promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais” (BRASIL, 1989). Preconiza a integralidade, multidisciplinaridade, intersetorialidade, as práticas educativas e participativas, a promoção à saúde e a mobilização de diferentes setores governamentais e não governamentais.

Esta parcela da população está amparada também pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, que amplia a visibilidade dos adolescentes como sujeitos de direitos e estabelece que o atendimento deva garantir a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado de tudo o que se refere a sua saúde (BRASIL, 2004a).

A implementação do PROSAD na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) iniciou-se de forma mais sistematizada a partir de 1992, preconizando a identificação e fortalecimento de fatores protetores como: autoestima, resiliência, habilidades sociais, vínculos e segurança. Estimula também a integração entre os diferentes programas e projetos da SMS/RJ tais como aqueles ligados à saúde escolar, saúde bucal, saúde da mulher e da criança, saúde mental, e Saúde da Família. Um atendimento integral, resolutivo e acolhedor na unidade básica de saúde desobstruem os serviços de emergência e dá opções para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, na medida em que, fortalecendo os fatores de proteção, diminuem o seu grau de vulnerabilidade.

O PROSAD, no Rio de Janeiro, é entendido como estratégico uma vez que o investimento nesta população tem impacto sobre uma série de aspectos como a saúde reprodutiva, a saúde das futuras gerações, a equidade de gênero, os acidentes e a violência, o uso de tabaco e outras drogas, e as doenças crônicas, como o câncer, a hipertensão e o diabetes.

Um projeto criado pelo Programa de Adolescente da SMS/RJ é o “Vista essa Camisinha” que consiste em oferecer gratuitamente preservativos masculinos para adoles-

centes de ambos os sexos, sempre associado às atividades educativas em grupo sobre prevenção de DST/AIDS e gravidez não planejada, e demonstração do correto uso do preservativo através de modelos de pênis de borracha.

Na UBS analisada, foi organizado, desde 2001, um espaço onde o adolescente era atendido em turno específico por dois pediatras, no total de quatro turnos semanais, e, trabalhando em parceria com o Serviço Social, foi implantado o Projeto “Vista essa Camisinha”.

De 2001 a 2003, ocorreram, na UBS, trabalhos utilizando dinâmica de grupos com adolescentes em que foram discutidos temas relacionados com a sexualidade, métodos contraceptivos, drogas, gravidez, mudança do corpo na puberdade, prevenção de AIDS e doenças sexualmente transmissíveis. Esses grupos eram semanais e de demanda espontânea, com frequência bastante irregular.

A partir de 2003, os grupos passaram a ser realizados nas escolas municipais da região, atendendo a demanda própria, com equipe multidisciplinar em trabalho conjunto com a equipe do DENTESCOLO (projeto da Saúde Bucal da SMS/RJ) e o projeto Saúde Escolar desenvolvido pelo Programa de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PAPS/UFRJ).

Outras atividades dirigidas não exclusivas aos adolescentes eram: vacinação; contracepção de emergência; inclusão nos grupos de planejamento familiar; prescrição de métodos contraceptivos; grupos para realização de teste de gravidez.

O ambulatório de adolescentes contava com a parceria dos serviços de saúde bucal, ginecologia e obstetrícia, fonoaudiologia, serviço social e psicologia.

O fluxo habitual do atendimento ao adolescente se iniciava pelo agendamento da porta de entrada da UBS que atende demanda espontânea ou encaminhamentos da pediatria, ginecologia ou clínica médica. Muitas vezes, o adolescente era encaminhado pela escola ou pela Vara da Infância e Juventude.

Na UBS, existia uma preocupação em facilitar o acesso dos adolescentes, diminuindo barreiras como solicitação de documentos e a exigência da presença do responsável para obter uma consulta.

As adolescentes frequentavam o pré-natal, normalmente, junto com as demais mulheres e representavam 20% das gestantes do ambulatório, segundo levantamento feito em 2004.

O adolescente estava inserido em praticamente todos os atendimentos, representando, na clínica médica, 3,5% dos atendimentos, na pediatria 12,5%, na dermatologia 11,7%,

na ginecologia 14,3%, no pré-natal 20,2%, na homeopatia 15,7%, na psicologia 17,7%, e, no serviço social, 15,2% respectivamente segundo levantamento dos meses de janeiro a março de 2006 dos dados do Sistema de Gerenciamento da Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB) de distribuição de consultas individuais por especialidade da UBS.

Considerando a presença do adolescente em todos os atendimentos da UBS, esse trabalho visou avaliar a atenção integral à saúde dos adolescentes, através da percepção dos profissionais, identificando como estes percebem os adolescentes e o atendimento a estes.

Deste modo, pretendeu-se melhorar a visibilidade do serviço e do adolescente, identificar demandas não atendidas, trazer subsídios para o incremento de qualidade no atendimento, além de estimular os profissionais a ter um olhar mais holístico no atendimento ao adolescente.

Tem-se como pressuposto que a Atenção Primária à Saúde (APS) resolve a maioria dos agravos dos adolescentes e permite construir uma rede de proteção social através da articulação intersetorial como escolas, ONGs, associações comunitárias, e do contato íntimo com os familiares. Essa rede vai agir na redução de riscos e danos na medida em que dá alternativas para que o jovem opte por atitudes mais saudáveis de vida.

Quando o atendimento na rede básica se torna mais qualificado e resolutivo isso se reflete nos demais níveis de atenção, diminuindo a morbimortalidade desta população.

METODOLOGIA

A pesquisa foi elaborada de forma a abranger todos os profissionais da UBS que, mesmo que não exclusivamente, prestavam atendimento aos adolescentes. A eleição destes profissionais foi feita através de sua identificação nas estatísticas de produção de atendimentos por faixa etária feitos nos meses de janeiro, fevereiro e março do ano de 2006, em consultas individuais, registrados no Sistema de Gerenciamento da Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB).

Assim sendo, verificou-se que os adolescentes foram atendidos por sete médicos da pediatria, sendo que um realizava atendimento em turno específico para adolescente, oito da clínica médica, um dermatologista, quatro médicos da ginecologia e pré-natal, um médico homeopata, dois psicólogos, um assistente social, dois fonoaudiólogos, dois nutricionistas, oito odontólogos, e treze enfermeiras, totalizando 49 profissionais.

Esta pesquisa se fez através de questionário autoaplicável, sem identificação. Foram feitas 13 perguntas fechadas,

sendo que em duas existiu um desdobramento cujas respostas eram abertas. O foco das questões foi o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do ambulatório de adolescentes: local, profissionais de referência, fluxo de marcação de consulta, motivos e necessidades de encaminhamento dos adolescentes, e inserção do adolescente nos demais serviços da UBS como o pré-natal e o planejamento familiar.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / HESFA- UFRJ com protocolo de número 034/06.

RESULTADOS

Dos 49 profissionais de saúde que faziam atendimento a adolescentes, responderam ao questionário 44, correspondendo a 89,8% do total, com a perda de 5 profissionais que se encontravam de licença médica ou férias.

Quando perguntado se atendiam adolescentes, 42 responderam afirmativamente e 02 negaram atender, apesar de haver registro de atendimentos realizados.

Sobre ter dificuldade no atendimento ao adolescente, 34 referiam não apresentar, e 10 informaram ter alguma dificuldade. Essas dificuldades foram agrupadas de acordo com o foco dos problemas, se relacionados ao profissional (6), ou ao adolescente (4).

As dificuldades referidas ao adolescente foram: “as informações prestadas são veladas” (1), dificuldade do adolescente em entender o que é dito (1), “estar em fase difícil e conflitante” (1), “estar em momento delicado da vida (1)”.

Quanto às dificuldades provenientes do profissional, foi relatada a dificuldade em estabelecer vínculo e interação (2), falta de experiência com a faixa etária (1), “falta de intimidade e identificação com o adolescente” (1), “diferenças de linguagem, postura e vivências” (1), e dificuldade em dar a atenção necessária devido ao volume excessivo de atendimentos realizados (1).

Sobre a necessidade de encaminhar os adolescentes para outro setor ou serviço, os profissionais entrevistados referiram que o fazem às vezes (31), quase nunca (7) e muitas vezes (6).

Esses encaminhamentos foram na maioria das vezes para especialidades médicas (26), em seguida para atendimento específico para adolescentes (18), atendimento psicológico (17), saúde bucal (5), encaminhamentos para outros locais tais como atividades de lazer, esportes ou qualificação profissional (1).

Dos profissionais entrevistados, 36 consideraram necessário o atendimento em turno exclusivo para ado-

lescentes, enquanto oito acharam desnecessário. Quanto à existência do ambulatório de adolescente na unidade, três profissionais afirmaram não existir, 32 conheciam a existência dos turnos para atender adolescente e nove não souberam responder.

Perguntado sobre o Projeto “Vista essa Camisinha”, 23 responderam que conheciam; 21 profissionais o desconheciam.

Sobre o conhecimento do funcionamento do atendimento de pré-natal, 34 informaram que as adolescentes faziam pré-natal na própria UBS, seis não conheciam o fluxo, e quatro disseram que seriam encaminhadas para fazer pré-natal na maternidade de referência.

Com relação à participação das adolescentes no grupo de planejamento familiar, 68% afirmaram não existir restrição quanto à faixa etária para participar do planejamento familiar, e 32% não souberam opinar.

Na experiência dos profissionais entrevistados, os motivos apresentados de encaminhamento para um ambulatório de adolescentes foram, em ordem decrescente: queixas relacionadas à sexualidade (31), orientação para anticoncepção (29), gravidez (28), necessidade de orientação em geral (25), problemas psicológicos (25), problemas de crescimento (23), puberdade (21), problemas sociais (19), problemas de aprendizado escolar (15), paciente “poliqueixoso” (13), devido à faixa etária (7).

O conhecimento sobre o funcionamento do ambulatório de adolescentes ocorreu da seguinte maneira: 11 entrevistados não sabiam quem eram as pessoas de referência no atendimento aos adolescentes, 33 referiram saber, porém só 21 as nominaram corretamente. Quando perguntado quem eram as pessoas de referência para atender adolescentes, algumas pessoas que referiram saber, responderam de maneira vaga, como por exemplo: programa de adolescente, hebiatras, pediatras de referência, pediatras, ou não nominaram ninguém. Quanto ao local onde acontecem os atendimentos, este era conhecido por 27 das pessoas entrevistadas, 17 não sabiam onde ficava.

Sobre o fluxo para marcação de consulta de 1ª vez, segundo os profissionais entrevistados, este se fazia por agendamento na porta de entrada para 26 profissionais, no próprio ambulatório para 10, para três pessoas a marcação seria feita no serviço social, e cinco não sabiam.

DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados referiu não apresentar dificuldades para atender a população adolescente, no entanto, quando encaminhavam para o ambulatório de

adolescentes, os principais motivos eram demandas relacionadas à sexualidade.

A dificuldade em lidar com as questões de sexualidade independe da faixa etária, podendo ocorrer o mesmo com relação à população idosa ou com necessidades especiais. Os profissionais de saúde não são preparados para abordar de maneira clara e sem preconceitos este tema. (VIEIRA, 2006)

A compreensão dos profissionais a respeito da adolescência (inclusive da sua) pode determinar uma maior sensibilidade e receptividade para apreender as informações apresentadas pelo adolescente e também da sua adequada percepção quanto à sua vulnerabilidade. (FEIJÓ, 2001)

Outro dado interessante é o quantitativo de encaminhamentos para atendimento psicológico. Isso nos faz pensar quanto a saúde física está interligada à mental, e como é importante a capacidade de escuta do profissional de saúde. Será que isso vem ocorrendo? Muitas vezes o que o adolescente precisa é conversar com alguém que o escute e faça compreender que suas angústias são compartilhadas por outros jovens e fazem parte do crescimento e maturação habitual.

Uma educação permanente com os profissionais de saúde envolvidos, que aborde temas que não fazem parte da graduação de grande parte destes, tais como: relações familiares, uso de drogas, violência, qualidade de vida, sexualidade, entre outros; assim como o trabalho para a melhoria da escuta e o aumento de sua motivação e comprometimento, ajudaria a minorar essas ambiguidades, em que o profissional refere não ter dificuldades no atendimento, porém não consegue atender as demandas que envolvam questões ditas psicológicas ou relacionadas à sexualidade.

Percebeu-se que a maior parte dos encaminhamentos era para especialidades médicas, sendo que, muitas vezes, se desconhecia que, no ambulatório de adolescentes, estas questões poderiam ser acompanhadas e/ou resolvidas adequadamente. Era comum encaminhar para ginecologia com a finalidade de receber orientações após a menarca ou de adolescentes que ainda não iniciaram atividade sexual, ou o encaminhamento para endocrinologia de adolescentes com baixa estatura, obesidade e atraso puberal. Estas e outras demandas são do perfil de atendimento do ambulatório de adolescentes.

Foram notados poucos encaminhamentos para setores fora do âmbito da saúde como para atividades educativas, de esporte ou lazer. Os adolescentes, assim como as demais faixas etárias, precisam estar bem em todas as suas dimensões social, psíquica, física e afetiva, para alcançar melhores níveis de saúde e qualidade de vida.

Verificou-se que, apesar de o ambulatório de adolescentes existir há cinco anos, é grande o desconhecimento sobre quem o realiza, como se faz o agendamento e onde

ele acontece. Cerca de um quarto dos profissionais não sabia da existência do ambulatório e, portanto, não estavam referenciando esses adolescentes internamente, e metade não sabia quem fazia este atendimento. O mesmo ocorre com relação ao Projeto “Vista essa Camisinha” o qual, aproximadamente, metade dos profissionais desconhecia.

Sobre o atendimento de pré-natal e planejamento familiar, a maioria das respostas foi adequada.

Notamos que existe uma confusão sobre a função do ambulatório de adolescentes quando vemos que os problemas sociais são encaminhados para este e não para o serviço social. Dos motivos referidos para encaminhar um adolescente para o ambulatório de referência, a questão da puberdade em si, com as mudanças corporais, emocionais e psíquicas, foi valorizada por cerca de metade dos profissionais. Os problemas de aprendizado escolar, o paciente “poliqueixoso” e a faixa etária foram os de menor importância. Não se pode esquecer que o adolescente quando apresenta várias queixas, muitas vezes vagas e desconexas, na realidade, está emitindo um pedido de socorro por outra questão relevante. É necessário escuta e abertura do profissional que atende para permitir que essas questões apareçam. A detecção precoce de certos agravos e condições orgânicas nos possibilitam ainda avaliar a sua vulnerabilidade, facilitando medidas de prevenção.

O ambulatório de adolescentes foi considerado necessário pela maioria dos entrevistados (82%). Deve-se, no entanto, divulgar as atividades realizadas no serviço, informar melhor tanto os profissionais de saúde quanto a população sobre o trabalho que é feito, e aumentar a integração intersetorial dentro da UBS. É necessário diminuir as distâncias entre os profissionais e o automatismo no trabalho, quebrando a tendência ao isolamento e as fragmentações das ações de saúde. É importante favorecer a integração entre os profissionais dos diferentes setores e programas da unidade, pois muitos profissionais que atendem a um grande número de adolescentes, por exemplo, na porta de entrada das unidades, na dermatologia ou pré-natal, não se sentem desenvolvendo ações do Programa de Adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio é desencadear movimentos de mudança nos serviços de saúde, tornando-os eficazes na produção do cuidado. É possível formar e qualificar profissionais de saúde dentro de uma ideia de aprender com o trabalho e a equipe, em que, ao mesmo tempo em que produz o cuidado, o trabalhador é produzido como sujeito, alterando o modo como percebe e se relaciona com o mundo e com os

demaís. O profissional aprende novas formas de produzir o cuidado e, mais do que isto, muda sua atitude em relação aos usuários (BOFF, 1999).

Este trabalho teve, de imediato, um saldo positivo, na medida em que suscitou a curiosidade dos profissionais em procurar informação sobre as questões que não souberam responder. Isto permitiu que o atendimento aos adolescentes fosse melhor divulgado, assim como o projeto “Vista essa Camisinha”. Percebemos que, apesar de existirem cartazes em todas as clínicas sobre o projeto “Vista essa Camisinha”, esta não foi uma forma eficiente de informação e comunicação.

Assim sendo, fica reforçada a ideia de que é preciso motivação e comprometimento para que surjam mudanças no ato do cuidar e de que a busca pela humanização deve ser uma proposta constante.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRANCO, V. M. C. **Emoção e Razão**: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jul./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores demográficos, período de 2006. Indicadores e Dados Básicos- IDB 2007a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 08 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de morbidade e fatores de risco, período de 2005 Indicadores e Dados Básicos- IDB 2007b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 08 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica **Monitoramento na atenção básica de saúde**: roteiros para reflexão e ação. Brasília-DF, 2004b. p.36-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília-DF, 2005. 30p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde do Adolescente**: bases programáticas. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde, desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo a agenda nacional. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 abr. 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS- CEBRID. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). **Questionário aplicado no IV levantamento sobre uso de drogas entre de 1º e 2º grau em dez capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1997.

COSTA, M. C. O. *et al.* Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 5, p.1143-1154, 2007.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, supl. 2, p. S125-S134, 2001.

RIOS, L.F. *et al.* Rumo à adulez: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cadernos CEDES**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 57, p. 45-61, 2002.

SAÚDE do adolescente: objetivos, princípios e atividades da gerencia do PROSAD. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/adolescente>>. Acesso em: 06 abr. 2006.

SILVA, R. M. O. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.10, n. 3, p. 107-112, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA-SBP. Comitê de Adolescência. **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro, 1990. 79p.

VIEIRA, L. M. *et al.* Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, jan./mar. 2006

TANNER, J. M. **Growth at adolescence**. 2. ed. Oxford: Blackwell, 1962.

Submissão: novembro de 2008

Aprovação: agosto de 2009
