

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

SAÚDE INTEGRAL DE ADOLESCENTES E JOVENS

Orientações para a Organização de Serviços de Saúde

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF

2005

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pela cessão de direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 25.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informação:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Área de Saúde do Adolescente e do Jovem

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 6.º andar, sala 622

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2375

Fax: (61) 3315-2747

E-mail: adolescente@saude.gov.br

Organização:

Ana Sudária de Lemos Serra

Maria Helena Ruzany

Thereza de Lamare

Equipe de elaboração:

Francisca Maria Oliveira Andrade

Jorge Lyra

Marta Angélica Iossi

Vilani Madeiro

Viviane Manso Castello Branco

Revisão técnica:

Ana Sudária de Lemos Serra

Maria Helena Ruzany

Viviane Manso Castello Branco

Créditos:

Fotos cedidas por Luis Oliveira / MS (1 e 3)

Foto cedida pela ONG Reprolatina (2)

Fotos tiradas de bancos públicos da internet (4 e 5)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

44p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0853-6

1. Saúde do adolescente. 2. Capacitação. 3. Promoção da Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 460

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0023

Titulos para indexação:

Em inglês: Adolescents and youth comprehensive healthcare: guidelines for health services organization

Em espanhol: Salud integral de adolescentes y jóvenes: orientaciones para la organización de servicios de salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

Home page: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Lilian Alves Assunção

Marjorie Tunis Leitão, Paulo Henrique de Castro

Estagiárias de revisão: Eliane Borges

Viviane Medeiros

Projeto gráfico, capa e ilustração da capa: Alisson Albuquerque

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO ATENDIMENTO	
A ADOLESCENTES E JOVENS	7
2 DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS	8
3 RECURSOS HUMANOS	9
3.1 Equipe de trabalho	9
3.2 Educação permanente da equipe	10
4 ESTRUTURA FÍSICA	10
5 EQUIPAMENTOS, INSTRUMENTOS E INSUMOS BÁSICOS	11
5.1 Equipamentos	11
5.2 Insumos	11
5.3 Impressos	12
5.4 Material educativo sugerido	12
6 TRAZENDO ADOLESCENTES E JOVENS PARA A UNIDADE DE SAÚDE	13
6.1 Captação	13
6.2 Sugestões de estratégias de integração escola/unidade de saúde/comunidade	14
6.3 Desenvolvimento de estratégias específicas	15
7 RECEPÇÃO	15
8 ACOLHIMENTO	16
9 FLUXO DO ADOLESCENTE NA UNIDADE DE SAÚDE.....	17
10 AÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE	17
10.1 Visita domiciliar	17
10.2 Atendimento individual	18
10.3 Atividades em grupo	20
10.4 Ações de participação juvenil	22
10.5 Articulação intersetorial	24
11 REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	25
12 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	26
ANEXOS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

APRESENTAÇÃO

Este manual tem como objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa. Ele contém diretrizes e princípios referendados por diferentes organizações nacionais e internacionais e deve ser considerado como um guia flexível, passível de ser adaptado às várias realidades existentes no Brasil.

A necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos.

A organização dos serviços tem como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Para essa organização, devem ser levados em consideração a disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera fundamental que se viabilize para todos os adolescentes e jovens o acesso às seguintes ações: acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes. Por essa razão, tornam-se indispensáveis a organização da demanda e a identificação dos grupos vulneráveis e em situação especial de agravado.



SARAIVA FELIPE
Ministro de Estado da Saúde

1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO ATENDIMENTO A ADOLESCENTES E JOVENS

Na organização da atenção à saúde do adolescente e do jovem devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis;
- respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local;
- participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.

Princípios fundamentais na atenção:

Ética – a relação profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.

Privacidade – adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, caso desejem.

Confidencialidade e sigilo – adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, idéia de suicídio, informação de homicídios e outros.

Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas. Esses mesmos princípios também ampliam a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias e favorecem o vínculo dessa clientela aos serviços.

2 DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS

A fim de elaborar o planejamento das atividades que serão desenvolvidas pelo serviço de saúde, recomenda-se, inicialmente, realizar um diagnóstico que considere os seguintes aspectos:

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

O levantamento de informações poderá ser feito por meio do IBGE, do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de pesquisas nacionais, regionais e locais, entre outras fontes.

Para a obtenção de algumas informações, tais como desejos, aspirações e valores, poderão ser necessários estudos especiais a serem realizados junto à população de adolescentes e jovens. No caso dos recursos comunitários, é necessária a realização de um cadastro dos equipamentos sociais e de grupos de jovens existentes na comunidade.

A identificação dos principais problemas, a seleção de prioridades e a definição de estratégias de atuação devem fazer parte de um processo que envolva adolescentes, jovens, familiares e profissionais de diferentes setores.

Caso seja difícil conseguir as informações acima, sugere-se começar a trabalhar com as informações disponíveis.

3 RECURSOS HUMANOS

3.1 Equipe de trabalho

A busca do trabalho inter e multiprofissional deve ser uma constante, mas sua impossibilidade não pode ser um impedimento. Um único profissional interessado pode iniciar atividades específicas com esse grupo etário e, gradativamente, sensibilizar outros profissionais e setores da unidade para o trabalho em equipe. Todas as categorias profissionais podem se qualificar para o atendimento de adolescentes e jovens. A diversidade contribui para ampliar as possibilidades de atuação e resolução de problemas.

Os profissionais das diversas áreas devem interagir por meio de um enfoque transdisciplinar. O atendimento por equipe concentra-se no cliente, evitando-se visões fragmentadas. As decisões devem ser compartilhadas em discussões conjuntas, resultando em uma intervenção mais eficaz. Sempre que necessário, recomenda-se a interconsulta ou a referência para outros profissionais/serviços.

3.2 Educação permanente da equipe

É recomendável que o profissional que atende adolescentes e jovens adquira uma série de competências que permitam a realização adequada das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e reabilitação. A educação permanente deve visar, mais que um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas, à transformação da prática profissional e da qualidade do serviço.

O processo de aperfeiçoamento profissional deve ser permanente, atendendo às necessidades e às possibilidades que o dinamismo do cotidiano traz ao serviço. A educação continuada, que pode se dar por meio das reuniões da equipe, é um mecanismo importante no desenvolvimento das relações entre a própria equipe, no que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada. É fundamental que se garanta um espaço de estudo para interação entre os profissionais dos serviços.

4 ESTRUTURA FÍSICA

É recomendável que o espaço físico, destinado ao atendimento de adolescentes e jovens, leve em conta a otimização e o aproveitamento da estrutura existente em cada unidade, os recursos humanos disponíveis e a demanda potencial esperada, identificando locais nos quais possam ser desenvolvidas as atividades previstas.

É importante criar ou adaptar ambientes onde adolescentes e jovens, de ambos os sexos, se sintam mais à vontade. Sempre que possível, podem ser destinados turnos específicos de atendimento, para que a sala de espera fique disponível para esse grupo.

Esse ambiente deve ser acolhedor, agradável, sinalizado, limpo e ventilado. O ideal é que ele possa ser utilizado para diferentes atividades como integração com a equipe, atividades educativas, apresentação do serviço. De acordo com a realidade de cada local, esse ambiente poderá contar com vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens, notícias e informações, música,

cartazes, revistas, livros, entre outros. Desse modo, o tempo de espera será aproveitado para facilitar o acesso à informação e à realização de atividades saudáveis, prazerosas e construtivas.

Vale salientar que os consultórios de atendimento devem permitir a necessária privacidade. Na impossibilidade de haver local para atividade de grupo na unidade, pode-se estabelecer parcerias com outros equipamentos sociais na comunidade.

5 EQUIPAMENTOS, INSTRUMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

5.1 Equipamentos

Recomenda-se que os equipamentos, instrumentos e insumos básicos sejam planejados de acordo com o tipo de atendimento que será realizado, com os recursos humanos existentes e com a quantidade esperada de clientes.

Dentre os equipamentos básicos necessários, destacam-se: tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança antropométrica, fita métrica, lanterna e espelho. Equipamentos como orquidômetro, oftalmoscópio, otoscópio deverão estar disponíveis nos serviços.

5.2 Insumos

- Preservativos e outros métodos contraceptivos, fitas de Teste Imunológico de Gravidez (TIG), luvas descartáveis, *swab* para cultura, abaixadores de língua.
- Medicamentos padronizados pelo sistema de saúde local.

Embora se entenda a necessidade de controle dos insumos dispensados, é fundamental que a burocracia não comprometa a qualidade do atendimento. Dessa forma, o acesso aos preservativos e aos testes de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de contracepção, prevenção das DST e acesso precoce ao pré-natal.

5.3 Impressos

É importante ter os impressos adequados para a atenção ao adolescente, porém a inexistência deles não deve ser um motivo para o não-atendimento. Os impressos recomendados são listados a seguir.

Gerais

- Prontuário Familiar/Cartão SUS.
- Cartão de Gestante.
- Agenda para marcação de consulta (quando o sistema não for informatizado).
- Receituários.
- Formulários de solicitação de exames.
- Fichas de encaminhamento (para referência e contra-referência).
- Instrumentos de coleta de dados:
 - consultas;
 - procedimentos;
 - atividades de grupo;
 - atividades educativas e outros.

Específicos

- Caderneta de saúde da criança.
- Cartão de saúde do adolescente
- Gráficos de peso, altura, velocidade do crescimento e Índice de Massa Corporal (IMC). (em anexo)
- Pranchas de Tanner para avaliação do estadiamento puberal. (em anexo)
- Tabela de medidas da pressão arterial. (em anexo)

5.4 Material educativo sugerido

- Folhetos.
- Kit educativo dos métodos anticoncepcionais.
- Material audiovisual.
- Álbuns seriados.
- Vídeos educativos.
- Cartazes.
- Modelo pélvico feminino.
- Modelo de genitália masculina.
- Jogos educativos.

6 TRAZENDO ADOLESCENTES E JOVENS PARA A UNIDADE DE SAÚDE

6.1 Captação

A captação deve ser realizada por meio de ações e atividades estratégicas desenvolvidas, tanto no interior das unidades de saúde quanto nas comunidades, de acordo com os diferentes modelos de organização dos serviços de saúde e das distintas realidades municipais. A atenção à saúde desse grupo populacional não se limita às atividades desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde, entretanto, deve sempre contar com esse importante apoio.

Essa perspectiva visa a otimizar as oportunidades de contato de adolescentes e jovens com a equipe de saúde e, qualquer que seja a ação realizada, deve conter o compromisso de divulgação e facilitação do acesso a todos os serviços oferecidos pela unidade.

A captação envolve diferentes estratégias:

a) Divulgação interna na unidade:

- cartazes contendo os diferentes serviços, horários e profissionais de contato, a serem afixados na entrada de unidade e em setores estratégicos;
- folhetos com as informações sobre os serviços oferecidos e as formas de acesso para serem entregues aos adolescentes, jovens e suas famílias;
- divulgação por meio de funcionários da unidade a partir da porta de entrada/recepção;
- estabelecimento de mecanismos de integração entre os diferentes profissionais e serviços da unidade de saúde;
- divulgação junto aos familiares (ex.: as jovens atendidas nas atividades de saúde reprodutiva devem conhecer as oportunidades que a unidade oferece a seus filhos).

b) Visitas domiciliares

Durante as visitas domiciliares devem ser divulgados os serviços que a unidade de saúde local oferece, reforçando a importância dos adolescentes e jovens, de ambos os sexos, participarem das atividades educativas.

c) Divulgação na comunidade

Podem ser utilizados os recursos disponíveis na comunidade como, por exemplo, rádio, carro de som, murais, dentre outros.

d) Parcerias institucionais

Estabelecimento de redes interinstitucionais da Unidade Básica de Saúde com escolas, organizações religiosas, grupos sociais, familiares, fábricas, associações juvenis, sindicatos, clubes, etc.

A ESCOLA É UM ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA A CAPTAÇÃO DOS ADOLESCENTES E JOVENS PORQUE:

- **agrega grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade;**
- **é um espaço de socialização, formação e informação;**
- **é na escola onde eles passam a maior parte do seu tempo.**

6.2 Sugestões de estratégias de integração escola/unidade de saúde/comunidade

- Apoiar e implementar as atividades conjuntas entre a escola, os serviços de saúde, comunidades e famílias. Ex.: visitas domiciliares e visitas aos serviços de saúde.
- Envolver os adolescentes e jovens em projetos e ações educativas nas escolas e comunidade – grupos de adolescentes, feiras de saúde.
- Capacitar adolescentes e jovens que tenham interesse para serem promotores de saúde.
- Criar mecanismos de facilitação do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde.
- Trabalhar junto a grêmios estudantis, diretórios acadêmicos, entidades esportivas, centros comunitários, para a divulgação do serviço e estabelecimento de ações conjuntas.
- Criar jingles, mensagens curtas e anúncios para promover os serviços e as ações/temas a serem trabalhados.
- Criar boletins informativos, jornais comunitários, jornais escolares, caixas de dúvidas e sugestões.
- Realizar eventos que promovam a saúde, a cidadania e a qualidade de vida, tais como gincanas, passeios, shows musicais e artísticos, campeonatos.
- Viabilizar nas escolas e na comunidade murais relativos aos serviços de saúde.
- Oferecer a unidade de saúde para a realização de feiras de saúde organizadas pelos estudantes.

6.3 Desenvolvimento de estratégias específicas

É importante ressaltar que existem grupos de adolescentes e jovens em situações especiais de agravos, que devem ser priorizados na atenção à saúde. Esses grupos não vêm sendo adequadamente atendidos por despreparo dos serviços de saúde para o acolhimento dessa clientela. Isso implica no desenvolvimento de estratégias diferenciadas como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos.

Dentre esses grupos, deve-se destacar os seguintes:

- os envolvidos com exploração sexual;
- os envolvidos com violência;
- os profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno;
- os egressos de atividades laborais de risco;
- os moradores de rua e de acampamentos rurais;
- os institucionalizados;
- os que estejam cumprindo medidas socioeducativas;
- os que apresentam alguma deficiência;
- os infectados com HIV.

Nos serviços em que for observada uma participação majoritária de mulheres, é importante o desenvolvimento de estratégias específicas para ampliar a captação de adolescentes do sexo masculino, tais como a realização de grupos de homens e o estabelecimento de parcerias com entidades que realizam atividades esportivas.

7 RECEPÇÃO

A recepção na unidade de saúde configura-se como uma oportunidade de formação de vínculo com o serviço. Para que se estabeleça um clima de confiança e de compromisso, torna-se fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, visando a proporcionar segurança e tranquilidade, bem como autonomia nos cuidados com a saúde.

Vale ressaltar que quanto mais os serviços se tornam eficazes e acolhedores, mais os adolescentes e jovens irão procurá-los. É importante atentar para alguns fatores que prejudicam a aceitabilidade dos serviços, tais como:

- atitudes autoritárias e preconceituosas de alguns profissionais;
- longas filas de espera;
- dificuldade para agendar consultas;
- falta de privacidade e/ou de confidencialidade;
- falta de material e insumos (preservativos, medicamentos, etc.);
- falta de flexibilidade para atender fora dos horários agendados;
- não cumprimento das consultas agendadas.

Assim, se os adolescentes e jovens se sentirem à vontade, haverá maior possibilidade de adesão e de retorno, quando necessário.

Para favorecer o acesso e a adesão, alguns cuidados são fundamentais:

- viabilizar o atendimento mesmo que o adolescente ou o jovem não disponha dos documentos exigidos pelo serviço ou esteja sozinho;
- oferecer o máximo de informações sobre horários de atendimento, profissionais de referência, serviços e atividades disponíveis;
- procurar agilizar o acesso aos diferentes serviços da unidade (ex.: agendar as consultas, inscrever-se nos grupos);
- evitar excesso de burocracia para a prestação do serviço (ex.: para receber preservativos, obrigar a participar de grupos de discussão);
- criar mecanismos mais flexíveis de organização, uma vez que, pelas características próprias dessa faixa etária, é freqüente desrespeitar horários e datas de agendamento;
- viabilizar a referência para outros serviços, sempre que a unidade de saúde não tiver condições de atender à necessidade apresentada.

8 ACOLHIMENTO

Trata-se de um conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos. Esse processo, fundamental para a constituição de vínculos e compromissos, favorece o encaminhamento adequado do cliente. Todos os funcionários da unidade devem se envolver nesse processo. Isso implica a humanização das relações entre equipes de saúde e usuários, de forma que todos os adolescentes e jovens que procuram o serviço de saúde sejam ouvidos com atenção, recebam informação, atendimento e encaminhamento adequados.

9 FLUXO DO ADOLESCENTE NA UNIDADE DE SAÚDE

O fluxograma consiste de um diagrama em que se desenha um modo de organizar os processos de trabalho, os quais se vinculam entre si e em torno de uma certa cadeia de produção (MERHY, 1994).

Considera-se importante o estabelecimento de fluxogramas que permitam representar de forma clara os serviços de saúde. Isso contribui como instrumento de visualização do cotidiano, tanto como elemento facilitador da movimentação do adolescente/jovem nas unidades de saúde quanto para a própria equipe, sendo útil para avaliar diversas situações e auxiliar no planejamento e na execução das atividades.

Sugere-se que cada unidade defina o seu fluxograma de acordo com as instalações físicas, com os recursos humanos existentes e com os serviços oferecidos. É fundamental que o fluxograma favoreça o atendimento a essa clientela.

10 AÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE

A unidade de saúde desenvolve diferentes ações que atenderão às necessidades locais e às especificidades da atenção integral a adolescentes e jovens de ambos os sexos. Poderão constar de:

- visita domiciliar;
- atendimento individual;
- atividades em grupo para adolescentes, jovens e familiares;
- ações educativas e de promoção da saúde;
- participação juvenil;
- atividades intersetoriais.

10.1 Visita domiciliar

A realização de visitas domiciliares apresenta vantagens no sentido de conhecer melhor o contexto de vida dos adolescentes e jovens e a dinâmica de suas famílias. É uma oportunidade para fortalecer vínculos, convidá-los para atividades educativas, identificar situações de risco como violência doméstica, uso abusivo de drogas e evasão escolar, além de captar pacientes não

aderentes ao tratamento. Como esses profissionais têm contato com a família como um todo, é fundamental que se assegure a confidencialidade das informações.

Caso a unidade não disponha dessa atividade, é possível articular-se com outros serviços, tais como equipes de atenção básica, conselhos tutelares, grupos comunitários, escolas, dentre outros.

10.2 Atendimento individual

Consulta

Independentemente do motivo principal da consulta, cada visita à unidade é uma oportunidade de promover a saúde, detectar e resolver outras questões importantes. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal, que, muito além das palavras, possibilita a observação das emoções, dos gestos, do tom de voz e da expressão facial do cliente.

A equipe pode aproveitar o momento da consulta para trocar informações e perceber as novas tendências da sua clientela. É uma chance de conhecer seus hábitos, valores e, até mesmo, o vocabulário.

Dinâmica da consulta

A entrevista não deve obedecer a formatos rígidos e preconcebidos, respeitando a singularidade de cada um. É importante considerar as especificidades relativas à idade, ao gênero, à orientação sexual, à raça, à etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade, ao trabalho, dentre outros aspectos.

No caso específico da consulta de adolescentes, podem existir dois momentos: um do cliente sozinho e, quando necessário, com os acompanhantes. Essa dinâmica favorece a percepção da estrutura e dos vínculos familiares.

O profissional de saúde deve procurar conhecer e abordar o cliente na sua integralidade. Isso inclui a avaliação de como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, ao seu relacionamento com a família e com seus pares, à forma como utiliza as horas de lazer, a suas vivências anteriores no serviço de saúde, às expectativas quanto ao atendimento atual e a seus planos para o futuro.

Durante a entrevista podem surgir barreiras de comunicação, que, nos primeiros contatos, são até esperadas. Além de reconhecê-las e tentar superá-las, o profissional deverá buscar explorar as razões determinantes desse comportamento.

Muitas vezes não se consegue obter uma anamnese completa numa primeira abordagem. É importante mostrar ao adolescente e ao jovem que existe alguém disposto a escutá-lo com respeito, sem querer julgá-lo. Num primeiro contato com seu interlocutor, dificilmente ele conseguirá falar francamente de temas sobre os quais se sinta constrangido (dúvidas quanto ao seu desenvolvimento puberal, questões sexuais, drogas, relacionamento familiar, etc.). Há situações em que é mais estratégico enfocar apenas o que apresenta uma relação direta e evidente com o motivo da consulta do momento, postergando os demais aspectos para uma futura consulta.

Exame físico

O exame físico é um momento apropriado para se avaliar o estado de saúde, o autocuidado e para fornecer informações e orientações sobre as transformações físicas e psicossociais, principalmente na adolescência, ocasião em que essas transformações costumam ser muito acentuadas. Trata-se também de excelente oportunidade para se obter outros dados de complementação da anamnese.

Essa consulta deve ser feita com muita discrição, evitando-se a exposição desnecessária do corpo. Observar que a inspeção seja feita de forma segmentar, sempre cobrindo a região que não está sendo examinada. Os procedimentos do exame devem ser explicados passo a passo ao cliente, de forma que ele possa participar de todos os momentos da consulta, revelando preocupações que havia omitido anteriormente. O exame deve ser o mais completo possível, conduzido com calma e delicadeza, utilizando-se uma linguagem compreensível e apresentando figuras e desenhos esclarecedores, quando necessário. O cliente deve sempre receber o parecer do profissional em relação ao seu estado de saúde.

A aferição de medidas antropométricas e sua respectiva disposição em gráficos (NCHS), além do estadiamento puberal (critérios de Tanner), são imprescindíveis. Os dados relacionados à anamnese e ao exame físico devem ser registrados em formulários apropriados adotados pelos serviços. Os impressos encontram-se em anexo.

Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos

Os profissionais de saúde devem incluir medidas de promoção da saúde e de prevenção de agravos como componentes fundamentais da consulta.

As visitas de rotina de adolescentes, jovens e suas famílias aos serviços de saúde configuram-se como oportunidades para:

- desenvolver ações de educação em saúde;
- realizar imunizações de acordo com o calendário vacinal (em anexo);
- desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde e de outros interesses;
- identificar precocemente fatores de risco que impliquem em vulnerabilidade;
- incentivar a participação em atividades esportivas, culturais, de lazer, bem como em grupos organizados na comunidade;
- incentivar o diálogo nas famílias e orientá-las sobre as etapas normais do desenvolvimento de seus filhos.

Todos os adolescentes e jovens deverão receber esclarecimentos a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participantes nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde, contribuindo para sua autonomia. Essa prática visa também a favorecer a adesão ao serviço e uma maior cooperação nas atividades planejadas.

10.3 Atividades em grupo

Considerando a característica de adolescentes e jovens de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para suas ansiedades, pode-se concluir que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas.

Nem todos se beneficiam ou se sentem à vontade em participar do atendimento em grupo, portanto, devem ser considerados a necessidade do cliente e o seu desejo em participar.

Existem diferentes tipos de grupos que exigem distintas habilidades dos profissionais de saúde. De forma geral, recomenda-se a realização de grupos educativos.

A utilização de jogos e vivências favorece a participação, contribuindo para a reflexão e o aprendizado, uma vez que partem das percepções e experiências de cada um, situando-o num determinado contexto social.

Assim sendo, esses sujeitos têm a possibilidade de integrar o processo educativo com suas vivências, colocações, valores e opiniões, não recebendo modelos prontos, mas um espaço para discussão dos problemas e reflexão dos temas. Essa integração valoriza o papel de participante do grupo, fortalece a auto-estima e a autonomia.

As atividades em grupo permitem:

- desenvolver a capacidade de ouvir, de falar e de comunicar-se;
- estabelecer um processo coletivo de discussão e reflexão;
- construir uma experiência de reflexão educativa comum.

As ações educativas devem ser organizadas a partir das necessidades identificadas pelo próprio grupo e dos indicadores epidemiológicos de cada área. Recomenda-se também que estejam em sintonia com o contexto histórico, político, econômico e sociocultural da região.

O responsável pela condução do grupo deve estar capacitado para desenvolver ações educativas. É importante criar um ambiente de compreensão e aceitação mútua, para que os participantes encontrem respostas positivas às necessidades de segurança, de reconhecimento e de aceitação. As práticas educativas devem contribuir para a formação de um sujeito crítico capaz de fazer escolhas conscientes e buscar respostas para as suas questões. Devem ser utilizadas técnicas que promovam o desenvolvimento de habilidades para a vida, tais como negociação, comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisões.

Os seguintes temas são os mais relevantes para trabalhar com esse grupo etário:

- cidadania – direitos e deveres;
- projetos de vida, sonhos, auto-estima;

- participação juvenil e voluntariado;
- direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- sexualidade e saúde reprodutiva;
- relações de gênero;
- crescimento e desenvolvimento;
- relacionamentos sociais: família, escola, grupo de amigos;
- corpo, autocuidado e autoconhecimento;
- uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- violência doméstica e social;
- cultura de paz;
- esportes e nutrição;
- trabalho;
- saúde bucal;
- outros temas de interesse de adolescentes e jovens.

10.4 Ações de participação juvenil

As ações de participação juvenil são estratégias de fortalecimento da autonomia, por meio da participação criativa, construtiva e solidária de adolescentes e jovens no enfrentamento de problemas reais da comunidade. O reconhecimento e a valorização de suas potencialidades contribuirão para o seu desenvolvimento integral e em melhorias para a coletividade. Deve-se propiciar oportunidades, encorajamento e apoio para que os adolescentes e os jovens se mobilizem, definam suas próprias prioridades e atuem em prol da comunidade ou da causa que elegeram.

A participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção do desenvolvimento, uma vez que fortalece a auto-estima, a assertividade e a construção do projeto de vida. Nos serviços de saúde, a participação ativa e autônoma de adolescentes e jovens no planejamento, na execução e na avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolução e o impacto social delas.

É importante que o serviço de saúde reflita sobre o seu papel frente às iniciativas juvenis, considerando sua responsabilidade de promover a saúde no âmbito comunitário. Os grupos juvenis identificados podem ser excelentes parceiros. Quando os jovens se interessarem em serem promotores de saúde, cabe ao serviço capacitá-los e acompanhá-los no desenvolvimento e na avaliação das ações.

A participação pode se dar de diferentes maneiras, tais como:

- identificação e valorização das lideranças estudantis e juvenis da comunidade;
- realização de levantamentos dos diferentes grupos de adolescentes e de jovens na área, dos recursos comunitários, pesquisa de opinião, etc.;
- mobilização para debates sobre as condições de saúde de seu bairro e sobre as necessidades específicas para o bem-estar social, resultando na elaboração de propostas;
- campanhas que mobilizem o bairro, como por exemplo, em prol da prevenção da violência ou da dengue;
- envolvimento na avaliação dos serviços e das ações da unidade de saúde, estabelecendo mecanismos permanentes por meio dos quais a clientela possa expressar suas opiniões, demandas, críticas e sugestões que a unidade possa incorporá-las;
- apoio às iniciativas de adolescentes e jovens em prol da comunidade ou de seus pares, colocando-se a unidade à disposição para dar suporte, sem tomar a liderança das mãos dos jovens, por meio de fornecimento de materiais, de disponibilização do espaço físico da unidade e divulgação;
- aproveitamento da ida de estudantes à unidade de saúde a fim de buscar informações para combinar atividades conjuntas, como por exemplo, oferecer as instalações da unidade para a realização de uma feira de saúde;
- estabelecimento de parcerias com os grupos organizados de jovens que existem na comunidade para articulação com os diferentes projetos realizados pelo serviço de saúde;
- envolvimento dos adolescentes e jovens nas atividades de controle social;
- apoio na criação de canais para a sua expressão e reconhecimento, tais como atividades artísticas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais.

10.5 Articulação intersetorial

Nenhuma organização é capaz de, isoladamente, realizar todas as ações necessárias para assegurar a saúde e o desenvolvimento aos adolescentes e jovens. Alianças e parcerias são essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e para a maximização dos potenciais de todos eles.

Muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde dos adolescentes e dos jovens têm falhado por possuírem um foco demasiadamente estreito e funcionarem isoladamente umas das outras, resultando, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência. Ao invés de focalizar individualmente problemas de saúde, tais como aids ou uso de drogas, obtém-se melhor custo-benefício quando se faz a integração entre grupos de intervenções que se apóiam mutuamente. Uma vez que a maioria dos problemas tem causas comuns, é possível trabalhar com uma combinação de intervenções capazes de promover o desenvolvimento saudável dos jovens.

As articulações intra e interinstitucionais devem ser construídas num clima de confiança e respeito entre os parceiros, onde cada organização seja valorizada com suas singularidades, potencialidades e limitações.

É importante destacar a necessidade de uma articulação, inicialmente intra-institucional, uma vez que é comum acontecer de vários grupos desenvolverem atividades voltadas para adolescentes e jovens em uma mesma unidade de saúde, sem que haja uma integração. Muitas vezes, as ações estão fragmentadas em vários programas como os de combate ao tabagismo, prevenção às DST/Aids, saúde reprodutiva e outros.

A articulação intersetorial pode incluir atividades que são desenvolvidas nas escolas, nos centros comunitários, nos clubes de serviço, nas igrejas, nas associações de moradores e em outros locais da comunidade. Na busca de uma maior integração, recomenda-se:

- identificação de todos os equipamentos sociais existentes na comunidade;
- reuniões com os representantes das diferentes instituições/entidades, incluindo os adolescentes e jovens nesses debates;

- realização de um planejamento conjunto de atividades voltadas para essa população, onde cada instituição tenha uma definição clara de suas responsabilidades;
- acompanhamento e avaliação das principais ações de forma integrada;
- estabelecimento de mecanismos efetivos de acesso, às unidades de saúde, dos adolescentes e jovens em situação de risco;
- criação de parcerias que viabilizem o acesso dos adolescentes e jovens atendidos nas unidades de saúde a atividades culturais, profissionalizantes e desportivas oferecidas pelas demais instituições.

Alguns exemplos de ações interinstitucionais no âmbito local podem ser:

- as escolas podem divulgar para seus alunos todos os serviços disponíveis oferecidos pelas unidades de saúde da comunidade;
- os profissionais das unidades de saúde podem apoiar as atividades de educação sexual realizadas nas escolas, disponibilizando preservativos e garantindo acesso ágil a exame ginecológico, teste de gravidez;
- as equipes de saúde podem buscar apoio das escolas e de outros grupos sociais da comunidade (centros comunitários, associações de moradores, etc.) para a realização de atividades educativas e de promoção da saúde;
- os professores, juntamente com as equipes de saúde, podem realizar atividades em grupo com adolescentes e jovens, como, por exemplo, rodas de conversa, para o debate sobre temas de saúde;
- os profissionais das várias organizações existentes na comunidade podem se reunir na busca de uma solução para problemas, tais como exploração sexual, violência e atividade sexual desprotegida.

11 REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

A programação do serviço de saúde deve prever um sistema de referência e contra-referência que assegure acesso universal e oportuno, em termos de atenção, que corresponda ao problema identificado. Quando se planeja

a rede de serviços de um sistema de saúde, é necessário que cada uma das unidades que integram a rede programe suas atividades para a população da sua área de responsabilidade, tendo como base os problemas identificados e as ações que pretende desenvolver. A essa programação, que chamamos de básica, devem ser agregadas outras realizadas pelos demais serviços que integram o sistema. A complexidade e a resolução dos serviços de saúde estão fortemente relacionadas à composição da equipe, à qualificação e à integração dos seus membros, além das condições de gestão e estrutura existentes.

Quando o cliente for referido para outro setor da mesma unidade, é interessante que a própria equipe que está realizando o primeiro atendimento facilite o agendamento, de modo que o adolescente não se sinta fragmentado nessa atenção. O sistema de referência e contra-referência deve contemplar também o encaminhamento para instituições que não são da área de saúde, como escolas, cursos profissionalizantes, atividades esportivas, culturais, etc.

Além da referência, é fundamental que ocorra a contra-referência, quando a equipe de saúde tomará conhecimento dos procedimentos realizados. Estas informações são importantes a fim de dar continuidade ao acompanhamento dos casos.

Para os encaminhamentos de referência e contra-referência, é importante que sejam utilizados os formulários padronizados localmente e que devem ser devidamente preenchidos. De forma a garantir a referência, a unidade de saúde deve ter um mapeamento dos serviços existentes, incluindo horários, profissionais de referência, endereço, etc.

Sempre que possível, deve-se manter um contato telefônico com as instituições, principalmente nas situações de maior gravidade, como violência, tentativa de suicídio e outros casos que representem um maior risco para o cliente.

12 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Para uma avaliação mais abrangente, que leve em conta a complexidade do campo da saúde, é fundamental a combinação de métodos quantitativos e qualitativos. A abordagem qualitativa possibilita compreender aspectos sub-

jetivos dos diferentes atores, bem como a dinâmica das ações. É interessante que sejam definidos indicadores desde a etapa de planejamento, para que os objetivos sejam acompanhados. Quanto mais claros forem os objetivos e as estratégias do plano, mais exequível e útil será a avaliação.

Para selecionar os indicadores a serem acompanhados, o serviço deve procurar saber quais os dados que já estão disponíveis e que são regularmente coletados.

Os sistemas mais relevantes para a atenção básica são:

Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab)

Utilizado pela atenção básica, é um sistema que permite agregar e processar informações sobre a população visitada. No entanto, parte dos seus instrumentos pode ser usada por outros modelos de atenção. O sistema pode fornecer as seguintes informações:

- identificação da família;
- cadastro de membros da família;
- situação de moradia (tipo de casa, destino do lixo, saneamento);
- situação de saúde e acompanhamento familiar;
- registro de atividades;
- atendimentos em grupo;
- procedimentos;
- notificações;
- acompanhamento de gestantes;
- número de gestantes adolescentes cadastradas;
- captação de adolescentes gestantes, por trimestre, para o pré-natal;
- óbitos de adolescentes por causas externas (incluindo mortes violentas).

Sistema de Gerenciamento da Unidade Ambulatorial Básica (Sigab)

A partir dos relatórios padronizados ou dos dados da Ficha de Registro Ambulatorial (FRA) e da Ficha de Identificação Profissional (FIP), o Sigab pode fornecer, entre outras possibilidades, as seguintes informações:

- proporção de adolescentes e jovens em relação ao total de atendidos em cada clínica/especialidade;
- distribuição de primeira vez e retornos;
- índice de retorno às consultas;
- motivo de consulta ou de diagnóstico;
- distribuição de motivo de consulta ou de diagnósticos por especialidade;

- atividades de grupo;
- procedimentos odontológicos por sexo e por faixa etária;
- captação de adolescentes gestantes, por trimestre, para o pré-natal;
- estado nutricional das gestantes adolescentes;
- distribuição por sexo nas diferentes especialidades.

O Sigab não está implantado em todos os serviços da atenção básica.

Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc)

O Sinasc propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, além de peso ao nascer, dentre outras. A base de dados nacional é gerada pelo Datasus.

A operacionalização do sistema é composta pelo documento-padrão – Declaração de Nascimento (DN) – e pelo programa para operação em micro-computadores, em todos os estados. Os dados, coletados a partir de 1992, são de grande importância para uma análise epidemiológica, estatística e demográfica.

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

O sistema oferece aos gestores de saúde, aos pesquisadores e às entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e de controle de doenças, a partir das declarações de óbito coletadas pelas secretarias estaduais de saúde.

A operacionalização do sistema é composta pelo preenchimento e pela coleta do documento-padrão – Declaração de Óbito (DO) –, sendo este o documento de entrada do sistema nos estados e municípios. Os dados coletados são de grande importância para a vigilância sanitária, para uma análise epidemiológica, para as estatísticas de saúde e para a demografia.

Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

O SIH foi concebido para operar o sistema de pagamento de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Saúde. Hoje, reúne informações sobre 60% a 70% das internações hospitalares realizadas no país.

O documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o qual habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento. A AIH é preenchida pelo estabelecimento hospitalar e enviada mensalmente, em meio magnético, ao gestor municipal e/ou estadual do SUS, dependendo do tipo de gestão, para processamento em âmbito nacional. São disponíveis dados individualizados sobre o diagnóstico de internação e de alta – codificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID) –, os procedimentos realizados, os valores pagos e os dados cadastrais das unidades de atendimento.

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)

O Sinan tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica, nas três esferas de governo, para apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre doenças de notificação compulsória. Concebido como sistema modular e informatizado desde o âmbito local, pode ser operado a partir das unidades de saúde.

Há dois documentos básicos, que se complementam nas informações sobre cada caso notificado. O primeiro é a Ficha Individual de Notificação (FIN), encaminhada pelas unidades assistenciais a partir da suspeita clínica de ocorrência de algum agravo. Segue-se a Ficha Individual de Investigação (FII), que contém campos específicos de orientação para o investigador do caso. As secretarias estaduais ou municipais de saúde são responsáveis pela impressão, pela numeração e pela distribuição dos formulários.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA)

O SIA/SUS é o sistema responsável pela captação e pelo processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 130 milhões de atendimentos mensais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. Seu procedimento é descentralizado na esfera estadual ou municipal, dependendo do tipo de gestão, para envio ao Datasus. O BPA contém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional.

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)

O SI-PNI foi desenvolvido para orientar as ações do programa de imunização, constituindo-se dos módulos de Apuração do Programa de Imunizações (API), Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI), Avaliação dos Imunobiológicos Utilizados (AIU), Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) e Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (PAIS). Os documentos básicos do sistema correspondem a cada módulo e estão implantados em todos os municípios brasileiros. (Adaptado de Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações, OPAS; OMS, 2002).

Prontuários e outras formas de registro dos adolescentes e jovens atendidos, relatórios das reuniões e das atividades individuais e coletivas realizadas, questionários para profissionais e usuários, assim como depoimentos de adolescentes e suas famílias, também são importantes fontes de informação.

Considerando-se as dificuldades vivenciadas pelas unidades de saúde, como a carência de recursos humanos, torna-se um desafio para os gestores favorecer a implementação de mecanismos permanentes de avaliação que fortaleçam os profissionais, valorizem a criatividade, respeitem as características de cada unidade/comunidade e promovam o diálogo entre a equipe e os adolescentes/jovens. Nesse contexto, uma forma ágil de avaliar qualitativamente consiste na realização de oficinas, envolvendo adolescentes/jovens e profissionais, direta ou indiretamente ligados ao atendimento a essa clientela (ginecologia/pré-natal, imunizações, odontologia, etc.). Recomenda-se que a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a própria unidade de saúde definam as questões essenciais a serem avaliadas, além dos parâmetros de comparação dos resultados encontrados.

ANEXOS

DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO

GENITALIA



G1 –
Pré-adolescência



G2 – de 9 a 14 anos
Aumento da bolsa escrotal e dos testículos, sem aumento do pênis



G3 – de 10 e 1/2 a 15 anos
Aumento do pênis, inicialmente em comprimento. Continua o crescimento da bolsa escrotal e dos testículos



G4 – de 11 e 1/2 a 16 anos
Aumento do diâmetro do pênis e da glândula. Continua o crescimento dos testículos e da bolsa escrotal, cuja pele escurece

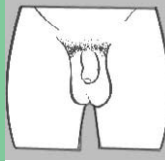


G5 – de 12 e 1/2 a 17 anos
Tipo adulto

PÊLOS PUBIANOS



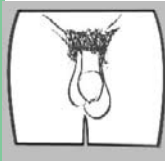
P1 – Fase da pré-adolescência (não há pelagem)



P2 – de 11 a 15 anos e 1/2
Presença de pêlos longos, finos, ligeiramente pigmentados, principalmente na base do pênis



P3 – de 11 e 1/2 a 16 anos
Pêlos mais escuros encaracolados distribuindo-se na região pubiana



P4 – de 12 a 16 anos e 1/2
Pelagem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor que no adulto



P5 – de 15 a 17 anos
Pelagem do tipo adulto, estendendo-se até a face interna das coxas

Tabela 1 – Níveis de pressão arterial para os percentis 90 e 95 de pressão arterial, para meninos de 1 a 17 anos de idade, por percentis de altura

Idade	Per- centil de BP*	Pressão Arterial Sistólica por percentil de altura – mmHg**							Pressão Arterial Diastólica por percentil de altura – mmHg**						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	94	95	97	98	100	102	102	50	51	52	53	54	54	55
	95	98	99	101	102	104	106	106	55	55	56	57	58	59	59
2	90	98	99	100	102	104	105	106	55	55	56	57	58	59	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	67
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	62	63	64	65	66	66
	95	106	107	109	111	113	114	115	66	67	67	68	69	70	71
5	90	104	105	106	108	110	112	112	65	65	66	67	68	69	69
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	70	71	72	73	74
6	90	105	106	108	110	111	113	114	67	68	69	70	70	71	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
7	90	106	107	109	111	113	114	115	69	70	71	72	72	73	74
	95	110	111	113	115	116	118	119	74	74	75	76	77	78	78
8	90	107	108	110	112	114	115	116	71	71	72	73	74	75	75
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	76	77	78	79	80
9	90	109	110	112	113	115	117	117	72	73	73	74	75	76	77
	95	113	114	116	117	119	121	121	76	77	78	79	80	80	81
10	90	110	112	113	115	117	118	119	73	74	74	75	76	77	78
	95	114	115	117	119	121	122	123	77	78	79	80	80	81	82
11	90	112	113	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	116	117	119	121	123	124	125	78	79	79	80	81	82	83
12	90	115	116	117	119	121	123	123	75	75	76	77	78	78	79
	95	119	120	121	123	125	126	127	79	79	80	81	82	83	83
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	76	76	77	78	79	80
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	80	81	82	83	83	84
14	90	120	121	123	125	126	128	128	76	76	77	78	79	80	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	81	81	82	83	84	85
15	90	123	124	125	127	129	131	131	77	77	78	79	80	81	81
	95	127	128	129	131	133	134	135	81	82	83	83	84	85	86
16	90	125	126	128	130	132	133	134	79	79	80	81	82	82	83
	95	129	130	132	134	136	137	138	83	83	84	85	86	87	87
17	90	128	129	131	133	134	136	136	81	81	82	83	84	85	85
	95	132	133	135	136	138	140	140	85	85	86	87	88	89	89

* O percentil de pressão arterial foi determinado em uma única medição.

** O percentil de altura pelas curvas de crescimento padronizadas.

Tabela retirada do livro: A saúde de adolescentes e jovens – uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde – módulo avançado (Ministério da Saúde).

Tabela 2 – Percentis de IMC para idade: adolescentes do sexo masculino, de 9 a 24 anos*

Idade	Percentis				
	5	15	50	85	95
9	14.03	14.71	16.17	18.85	21.47
10	14.42	15.15	16.72	19.60	22.60
11	14.83	15.59	17.28	20.35	23.73
12	15.24	16.06	17.87	21.12	24.80
13	15.73	16.62	18.53	21.93	25.93
14	16.18	17.20	19.22	22.77	26.93
15	16.59	17.76	19.92	23.63	27.76
16	17.01	18.32	20.63	24.45	28.53
17	17.31	18.68	21.12	25.28	29.32
18	17.54	18.89	21.45	25.92	30.02
19	17.80	19.20	21.86	26.36	30.66
20-24	18.66	20.21	23.07	26.87	31.26

*Dados de referência baseados no Primeiro Estudo do Exame Nacional de Nutrição e Saúde (NHANES-I) dos Estados Unidos. (WHO, 1995)

Tabela 3 – Percentis de prega cutânea tricriptal: adolescentes do sexo masculino, de 9 a 18 anos*

Idade/Anos	Percentis						
	5	10	25	50	75	90	95
9.0	4.8	5.5	6.7	8.4	11.1	14.6	17.8
9.5	4.8	5.5	6.7	8.6	11.5	15.5	18.7
10.0	4.9	5.6	6.8	8.8	11.9	16.4	19.8
10.5	4.9	5.6	6.9	9.0	12.4	17.4	20.8
11.0	4.9	5.6	7.0	9.3	12.8	18.3	21.8
11.5	5.0	5.7	7.0	9.4	13.2	19.1	22.7
12.0	4.9	5.7	7.1	9.6	13.4	19.8	23.4
12.5	4.9	5.6	7.1	9.6	13.6	20.2	23.9
13.0	4.8	5.6	7.0	9.6	13.5	20.3	24.1
13.5	4.6	5.4	6.8	9.4	13.3	20.1	24.0
14.0	4.5	5.3	6.6	9.1	13.0	19.6	23.7
14.5	4.3	5.1	6.4	8.7	12.5	19.0	23.2
15.0	4.1	4.9	6.2	8.4	12.0	18.2	22.7
15.5	3.9	4.7	5.9	8.0	11.5	17.4	22.1
16.0	3.8	4.6	5.8	7.7	11.2	16.8	21.6
16.5	3.8	4.5	5.6	7.4	10.9	16.2	21.3
17.0	3.8	4.5	5.6	7.3	10.9	16.0	21.3
17.5	3.9	4.5	5.7	7.3	11.1	16.1	21.6
18.0	4.2	4.6	5.9	7.5	11.7	16.6	22.3

*Dados de referência baseados no Primeiro Estudo do Exame Nacional de Nutrição e Saúde (NHANES-I) dos Estados Unidos. (WHO, 1995)

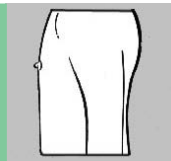
Tabela 4 – Percentis de prega cutânea subscapular: adolescentes do sexo masculino, de 9 a 18 anos*

Idade/Anos	Percentis						
	5	10	25	50	75	90	95
9.0	3.2	3.7	4.0	4.9	6.4	10.4	13.6
9.5	3.2	3.7	4.0	5.0	6.6	10.9	14.4
10.0	3.3	3.8	4.1	5.0	6.8	11.4	15.2
10.5	3.4	3.8	4.2	5.2	7.0	11.8	15.9
11.0	3.4	3.9	4.3	5.3	7.2	12.2	16.6
11.5	3.5	3.9	4.4	5.4	7.4	12.6	17.2
12.0	3.6	4.0	4.5	5.6	7.6	13.0	17.9
12.5	3.6	4.1	4.6	5.7	7.9	13.4	18.5
13.0	3.7	4.2	4.8	5.9	8.1	13.8	19.1
13.5	3.8	4.3	5.0	6.1	8.4	14.2	19.7
14.0	3.9	4.4	5.1	6.3	8.6	14.6	20.3
14.5	4.0	4.6	5.3	6.5	8.9	15.1	20.9
15.0	4.2	4.7	5.5	6.7	9.2	15.5	21.5
15.5	4.3	4.8	5.7	7.0	9.5	16.1	22.1
16.0	4.4	5.0	5.9	7.2	9.9	16.6	22.7
16.5	4.6	5.2	6.1	7.5	10.2	17.3	23.3
17.0	4.8	5.4	6.4	7.8	10.6	18.0	24.0
17.5	4.9	5.5	6.6	8.2	11.0	18.7	24.6
18.0	5.1	5.7	6.8	8.5	11.4	19.5	25.3

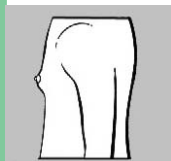
*Dados de referência baseados no Primeiro Estudo do Exame Nacional de Nutrição e Saúde (NHANES-I) dos Estados Unidos. (WHO, 1995)

DESENVOLVIMENTO PUBERAL FEMININO

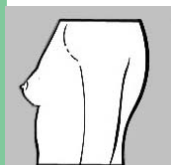
MAMAS



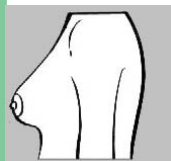
M1 –
Mamas infantis



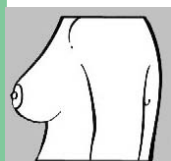
M2 – de 8 a 13 anos
Fase do broto mamário (elevação da mama e da aréola como pequeno montículo)



M3 – de 10 a 14 anos
Maior aumento da mama, sem separação dos contornos



M4 – de 11 a 15 anos
Projeção da aréola e das papilas para formar uma segunda saliência acima do nível da mama

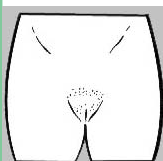


M5 – de 13 a 18 anos
Fase adulta, com saliência somente nas papilas

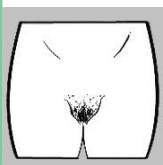
PÊLOS PUBIANOS



P1 –
Fase de pré-adolescência (não há pelugem)



P2 – de 9 a 14 anos
Presença de pêlos longos, macios, ligeiramente pigmentados, ao longo dos grandes lábios



P3 – de 10 a 14 anos e 1/2
Pêlos mais escuros, ásperos, sobre o púbis



P4 – de 11 a 15 anos
Pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor que no adulto



P5 – de 12 a 16 anos e 1/2
Pelugem do tipo adulto, cobrindo todo o púbis e a virilha

Tabela 5 – Níveis de pressão arterial para os percentis 90 e 95 de pressão arterial, para meninas de 1 a 17 anos de idade, por percentis de altura

Idade	Per- centil de BP*	Pressão Arterial Sistólica por percentil de altura – mmHg**							Pressão Arterial Diastólica por percentil de altura – mmHg**						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	98	99	100	102	103	104	53	53	53	54	55	56	56
	95	101	102	103	104	105	107	107	57	57	57	58	59	60	60
2	90	99	99	100	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	61	62	62	63	64	65
3	90	100	100	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	63	64
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	65	65	66	67	67	68
4	90	101	102	103	104	106	107	108	63	63	64	65	65	66	67
	95	105	106	107	108	109	111	111	67	67	68	69	69	70	71
5	90	103	103	104	106	107	108	109	65	66	66	67	68	68	69
	95	107	107	108	110	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
6	90	104	105	106	107	109	110	111	67	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	110	111	112	114	114	71	71	72	73	73	74	75
7	90	106	107	108	109	110	112	112	69	69	69	70	71	72	72
	95	110	110	112	113	114	115	116	73	73	73	74	75	76	76
8	90	108	109	110	111	112	113	114	70	70	71	71	72	73	74
	95	112	112	113	115	116	117	118	74	74	75	75	76	77	78
9	90	110	110	112	113	114	115	116	71	72	72	73	74	74	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	75	76	76	77	78	78	79
10	90	112	112	114	115	116	117	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	75	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	79	79	80	81	81
12	90	116	116	118	119	120	121	122	75	75	76	76	77	78	78
	95	120	120	121	123	124	125	126	79	79	80	80	81	82	82
13	90	118	118	119	121	122	123	124	76	76	77	78	78	79	80
	95	121	122	123	125	126	127	128	80	80	81	82	82	83	84
14	90	119	120	121	122	124	125	126	77	77	78	79	79	80	81
	95	123	124	125	126	128	129	130	81	81	82	83	83	84	85
15	90	121	121	122	124	125	126	127	78	78	79	79	80	81	82
	95	124	125	126	128	129	130	131	82	82	83	83	84	85	86
16	90	122	122	123	125	126	127	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86
17	90	122	123	124	125	126	128	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	126	126	127	129	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86

* O percentil de pressão arterial foi determinado em uma única medição.

** O percentil de altura pelas curvas de crescimento padronizadas.

Tabela retirada do livro: A saúde de adolescentes e jovens – uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde – módulo avançado (Ministério da Saúde).

Tabela 6 – Percentis de IMC para idade: adolescentes do sexo feminino, de 9 a 24 anos*

Idade	Percentis				
	5	15	50	85	95
9	13.87	14.66	16.33	19.19	21.78
10	14.23	15.09	17.00	20.19	23.20
11	14.60	15.53	17.67	21.18	24.59
12	14.98	15.98	18.35	22.17	25.95
13	15.36	16.43	18.95	23.08	27.07
14	15.67	16.79	19.32	23.88	27.97
15	16.01	17.16	19.69	24.29	28.51
16	16.37	17.54	20.09	24.74	29.10
17	16.59	17.81	20.36	25.23	29.72
18	16.71	17.99	20.57	25.56	30.22
19	16.87	18.20	20.80	25.85	30.72
20-24	17.38	18.64	21.46	26.14	31.20

*Dados de referência baseados no Primeiro Estudo do Exame Nacional de Nutrição e Saúde (NHANES-I) dos Estados Unidos. (WHO, 1995)

Tabela 7 – Percentis de prega cutânea tricaptal: adolescentes do sexo feminino, de 9 a 18 anos*

Idade/Anos	Percentis						
	5	10	25	50	75	90	95
9.0	6.0	6.8	8.4	11.0	14.1	18.5	21.2
9.5	6.0	6.8	8.5	11.2	14.5	19.1	22.0
10.0	6.1	6.9	8.6	11.4	15.0	19.8	22.8
10.5	6.2	7.0	8.8	11.6	15.4	20.4	23.5
11.0	6.3	7.2	9.0	11.9	15.9	21.1	24.2
11.5	6.4	7.3	9.2	12.2	16.4	21.6	24.9
12.0	6.6	7.6	9.5	12.6	16.9	22.2	25.6
12.5	6.7	7.8	9.8	12.9	17.5	22.8	26.2
13.0	6.9	8.0	10.1	13.3	18.0	23.3	26.8
13.5	7.1	8.3	10.4	13.7	18.5	23.8	27.4
14.0	7.3	8.5	10.7	14.1	19.0	24.2	28.0
14.5	7.5	8.8	11.1	14.5	19.5	24.7	28.5
15.0	7.7	9.1	11.4	14.8	20.0	25.1	29.0
15.5	7.9	9.3	11.8	15.2	20.5	25.5	29.4
16.0	8.0	9.6	12.2	15.6	20.9	25.9	29.8
16.5	8.2	9.8	12.5	16.0	21.3	26.3	30.1
17.0	8.4	10.0	12.8	16.3	21.7	26.7	30.4
17.5	8.5	10.2	13.2	16.6	22.0	27.0	30.7
18.0	8.6	10.4	13.5	17.0	22.2	27.3	30.9

*Dados de referência baseados no Primeiro Estudo do Exame Nacional de Nutrição e Saúde (NHANES-I) dos Estados Unidos. (WHO, 1995)

Tabela 8 – Percentis de prega cutânea subscapular: adolescentes do sexo feminino, de 9 a 18 anos*

Idade/Anos	Percentis						
	5	10	25	50	75	90	95
9.0	3.6	4.0	4.6	5.8	8.4	13.6	17.2
9.5	3.7	4.0	4.8	6.1	8.9	14.5	18.2
10.0	3.8	4.1	5.0	6.4	9.4	15.3	19.2
10.5	4.0	4.3	5.2	6.7	9.9	16.2	20.2
11.0	4.1	4.5	5.4	7.0	10.4	17.0	21.2
11.5	4.3	4.6	5.7	7.3	11.0	17.8	22.2
12.0	4.5	4.8	5.9	7.7	11.5	18.6	23.2
12.5	4.6	5.1	6.2	8.1	12.1	19.3	24.1
13.0	4.8	5.3	6.4	8.4	12.6	20.1	25.0
13.5	5.0	5.5	6.7	8.8	13.2	20.8	25.8
14.0	5.2	5.7	7.0	9.2	13.8	21.5	26.6
14.5	5.4	5.9	7.2	9.5	14.3	22.1	27.4
15.0	5.5	6.2	7.4	9.9	14.8	22.7	28.1
15.5	5.7	6.3	7.7	10.2	15.4	23.2	28.7
16.0	5.8	6.5	7.9	10.6	15.8	23.7	29.2
16.5	6.0	6.7	8.1	10.9	16.3	24.2	29.7
17.0	6.1	6.8	8.2	11.2	16.7	24.6	30.1
17.5	6.2	7.0	8.4	11.5	17.1	24.9	30.4
18.0	6.3	7.0	8.5	11.7	17.5	25.1	30.6

*Dados de referência baseados no Primeiro Estudo do Exame Nacional de Nutrição e Saúde (NHANES-I) dos Estados Unidos. (WHO, 1995)

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES INSTITUÍDO PELA PORTARIA N.º 597, EM 08/4/2004

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
de 11 a 19 anos (na primeira vista ao serviço de saúde)	hep. B	1. ^a dose	hepatite B
	dT ⁽²⁾	1. ^a dose	difteria e tétano
	FA ⁽³⁾	dose inicial	difteria e tétano
	SCR ⁽⁴⁾	dose única	sarampo, caxumba e rubéola
1 mês após a 1. ^a dose contra hepatite B	hep. B	2. ^a dose	hepatite B
6 meses após a 1. ^a dose contra hepatite B	hep. B	3. ^a dose	hepatite B
2 meses após a 1. ^a dose contra difteria e tétano	dT	2. ^a dose	difteria e tétano
4 meses após a 1. ^a dose contra difteria e tétano	dT	3. ^a dose	difteria e tétano
a cada 10 anos por toda a vida	dT ⁽⁵⁾	reforço	difteria e tétano
	FA	reforço	difteria e tétano

- (1) Adolescente que não tiver comprovação de vacinação anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.
- (2) Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais de uma das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 (dez) anos. Em ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 05 (cinco) anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 (trinta) dias.
- (3) Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO, DF), área de transição (alguns municípios dos estados PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.
- (4) Adolescente que tiver 02 (duas) doses de vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.
- (5) Adolescentes grávidas, que estejam com a vacina em dia, mas receberam sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para 05 (cinco) anos após a última dose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual do multiplicador adolescente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 160 p.

———. Ministério da Saúde. Fundo Nacional da Saúde. Departamento de Informática do SUS (FNS/DATASUS). *COSUS/GTIA*: produtos Sigab. [Brasília?], [19- -?]. Mimeografado.

———. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.º 116).

———. Ministério da Saúde. *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BURSZTYN, I.; BRANCO, V. M. C.; TURA, L. F. R. Avaliação do Prosad: uma construção a partir dos atores. In: RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde em foco*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001. No prelo.

BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para a análise de possíveis interfaces. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: EDUFPb, 2001. No prelo.

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. Para se trabalhar com adolescentes. *Boletim Transa Legal*, v. 3, n. 8, 1996.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.

IOSSI, M. A. *Aprender brincando: a percepção de alunos adolescentes sobre grupos de orientação sexual*. 2000. 135 f. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

LYRA, Jorge et al. A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete: adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. *Caderno Cedes*, Campinas: Unicamp, n. 16, [19- -?]. Número especial sobre juventude. No prelo.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, O. C. L. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994

NASCIMENTO, Pedro et al. Prevenção de DST/Aids com homens em situação de pobreza. In: CONGRESSO DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS, 4., 2001, *Anais...* Cuiabá, MT, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Reunión de expertos em desarrollo educativo para la salud de los adolescentes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1998. Mimeografado.

PROGRAMA PAPAI. *Caderno paternidade & cuidado*. Recife, 2001. (Série Trabalhando com Homens Jovens). Mimeografado.

ROSEMBERG, Fúlvia. *Relações de gênero e subordinação de idade: um ensaio*. São Paulo: PUC/SP, 1992. Mimeografado.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de adolescência: orientações para profissionais da área médica*. Rio de Janeiro, 2000.

TANAKA, O. Y; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for rapid appraisal to assess community health and needs*. Genebra: WHO; SHS; NHP/88.4, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Programming for adolescent health and development: report of a WHO/UNFPA/Unicef study group on programming for adolescent health*. Genève: WHO/UNFPA/Unicef, 1999. (WHO Technical Report Series, 886).

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, outubro de 2005

OS 0023/2005