

# ATENÇÃO A SAÚDE DOS ADOLESCENTES: PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E MÉDICOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE ANÁPOLIS – GOIÁS

## HEALTHCARE FOR ADOLESCENTS: PERCEPTION OF COMMUNITY HEALTH WORKERS AND PHYSICIANS OF FAMILY HEALTH UNITS IN ANÁPOLIS – GOIÁS

Nathalia Aidar Bittar, Nathalia Tavares da Silva, Karla Cristina Naves de Carvalho\*

Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, Anápolis - GO – Brasil

### Resumo

**Objetivo:** Esse estudo objetivou descrever sobre a Atenção à Saúde do Adolescente através do ponto de vista de 5 Agentes Comunitários da Saúde e 5 Médicos das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Anápolis-GO. Trata-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo. **Métodos:** Os dados foram coletados via entrevista semiestruturada e organizados por meio da técnica de análise temática. Apesar da maioria dos entrevistados reconhecerem suas limitações e elucidarem a necessidade de um cuidado diferenciado com os adolescentes e melhor estrutura das UBSFs, pouquíssimo tem sido feito para melhorar a qualidade da saúde dessa população, carecendo da reorganização da atenção e um atendimento integral e humanizado.

### Abstract

**Objective:** This study aimed to describe about Adolescent Health Care from the point of view of 5 Community Health Agents and 5 Doctors of the Basic Units of Family Health (UBSF) of the city of Anápolis-GO. **Methods:** This is an exploratory, descriptive and qualitative study. All data were collected through semi-structured interviews and organized through thematic analysis technique. Although most of the interviewees recognize their limitations and elucidate the need for a differentiated care with the adolescents and better structure of the UBSFs, very little has been done to improve the quality of health of this population, lacking a reorganization of attention and an integral and humanized care.

### Palavras-chave:

adolescência, agente comunitário de saúde, médico, atenção básica.

### Keyword:

adolescence, community health agents, doctors, basic attention.

### \*Correspondência para/ Correspondence to:

Karla Cristina Naves de Carvalho. Email: [medkarcri@yahoo.com.br](mailto:medkarcri@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

Os adolescentes (indivíduos com idade entre 10-19 anos) representam mais de 20% de toda a população brasileira<sup>3</sup> e mesmo assim, esta ainda é a faixa etária mais negligenciada por políticas públicas e pelos profissionais de saúde. Por se tratar de uma fase com predomínio de higidez física, há comumente, ausência de demanda espontânea em instituições de atenção básica à saúde e, conseqüentemente, um despreparo do serviço de saúde em atendê-los. Adolescentes e jovens passam por prontos-socorros, grupos de planejamento familiar, ambulatórios ou salas de imunização sem que recebam a devida atenção que leve em consideração suas necessidades e dúvidas.<sup>2</sup>

Se por um lado a adolescência é considerada a parte da trajetória humana relativamente isenta de problemas, por outro, sabe-se que neste período há uma elevada susceptibilidade à algumas doenças como rubéola, sarampo, tétano e à problemas sociais.<sup>3</sup> Distúrbios relacionados a saúde mental, como depressão, ansiedade e distúrbios alimentares, afetam frequentemente essa faixa etária e podem ter repercussões drásticas, como suicídio.<sup>4</sup>

Esta é, também, uma faixa etária com grande exposição à fatores de risco comportamentais que podem desencadear maus-hábitos tais como má alimentação, sedentarismo, uso de álcool ou drogas.<sup>5,6</sup> Além disso, por apresentarem tendência ao comportamento impulsivo, como relações sexuais desprotegidas e experiências com drogas ilícitas, há elevada ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), tais como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), hepatite B e sífilis.<sup>3</sup>

Embora os cuidados com as crianças remontem há vários séculos, somente em meados do século XIX os adolescentes passaram a receber mais atenção da área médica.<sup>7</sup> Ainda assim, de acordo com Ferrari et

al (2008)<sup>8</sup>, no Brasil, as políticas públicas para adolescentes, regulamentadas na década de 80, se desenvolvem de forma fragmentada e desarticulada. Percebe-se a ausência de elementos organizacionais, envolvendo os trabalhadores da atenção básica que, por vezes, atendem essa população sem o preparo e o embasamento necessário para acolher e criar vínculos.<sup>9</sup>

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar e descrever a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos médicos da UBS sobre a atenção à saúde do adolescente na cidade de Anápolis - Goiás.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, desenvolvido nas UBSFs sorteadas, para analisar a percepção dos ACS e dos médicos das Equipes Da Saúde Da Família sobre a atenção à saúde do adolescente, utilizando-se a Análise de Conteúdo com ênfase na Análise Temática por meio de entrevista semiestruturada baseada em questionário presencial composto por questões abertas.

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e agosto de 2018 em uma UBSF de cada região (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro-oeste) de Anápolis-GO, selecionadas por sorteio. As UBSF sorteadas foram: Recanto do Sol, Bairro de Lourdes, Calixtolândia, Parque Pirineus e Santa Nazaré.

Os participantes foram um ACS e um Médico de cada UBS, totalizando 10 participantes, definidos por meio de sorteio aleatório, ocorrendo previamente um convite verbal formal pelos pesquisadores, sendo de livre e espontânea vontade a contribuição para a pesquisa. As identidades dos participantes permaneceram anônimas. As UBS não tiveram ou terão acesso ao conteúdo das entrevistas.

Esta pesquisa segue o disposto na Resolução 466/12 e complementares conhecidas da equipe. Os profissionais

receberam um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O maior benefício deste estudo foi reconhecer a eficiência da Política De Saúde Do Adolescente na cidade de Anápolis – GO e, para os participantes, é a possibilidade de se atentarem para qualificação em relação a saúde do adolescente.

Os riscos da pesquisa envolveram possível constrangimento por não saberem responder às perguntas e a possibilidade de extravio ou danos dos materiais. O meio adotado de diminuir estes riscos durante a pesquisa foi a ausência dos nomes constados nas fontes de dado e a manipulação dos dados com cautela. Além disso, a entrevista foi realizada em local fechado e sigiloso em dias e horários comerciais e somente os pesquisadores tiveram acesso aos dados. Este

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UniEvangélica (Nº do Parecer: 2.839.798) fornecendo amparo tanto aos pesquisadores quanto às instituições coparticipantes.

Para que o estudo produzisse um questionário válido, esta pesquisa teve duas etapas de coleta de dados:

1) Estudo piloto do instrumento

Desenvolvida por meio da aplicação da primeira versão do questionário, aplicada a um ACS e a um médico das UBS. Buscou-se com isso a compreensão dos respondentes frente ao questionário e adequabilidade.

2) Adaptações necessárias e aplicação do questionário.

Não foi detectada nenhuma necessidade de modificação no questionário.

<b>ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>
1. O que você sabe sobre saúde do adolescente?
2. Qual a importância que você percebe na atenção à saúde do adolescente?
3. Quais são os motivos para a ausência de adolescentes na Unidade Básica de Saúde na sua opinião?
4. Você acredita que os profissionais da Atenção Básica estão preparados para atender saúde do adolescente?
5. Você conhece algum programa do Ministério da Saúde voltado ao adolescente?
6. É realizada alguma capacitação da equipe e dos Agentes Comunitários de Saúde para a atenção ao adolescente?
7. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a atenção à saúde dos adolescentes?

**Imagem 1:** Entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais participantes

Após o preenchimento da entrevista, os pesquisadores procederam a análise temática, descrevendo os resultados de todas as perguntas das entrevistas em planilhas do Microsoft Word®, organizando-os por meio do nome da profissão do participante e um número escolhido por sorteio (ex: Médico 1-5, ACS 1-5) e estruturando o conteúdo das questões abertas seguindo as fases sequenciais propostas por Minayo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.<sup>10</sup>

A pré-análise foi feita classificando e organizando os dados coletados, excluindo informações repetitivas das planilhas, corrigindo erros ortográficos e lapidando a informação final que nos foi apresentada. Procedeu-se a exploração do material, em que os conteúdos das respostas foram comparados entre si, de forma a delinear as questões mais abordadas nas 5 UBSFs, assim como, delimitar as questões mais pertinentes. Por fim, o tratamento do resultado foi realizado ao selecionar os temas necessários para serem expostos nesse artigo e a melhor forma de explorá-los.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado foi categorizado em 5 temas de acordo com o método de análise de Minayo<sup>10</sup>: (1) pontos em comum de maior importância sobre a saúde do adolescente; (2) necessidade de maior preparo/capacitação dos profissionais da saúde em relação à saúde básica dos adolescentes; (3) escassez de ações de promoção à saúde das UBSF e de políticas do Ministério da Saúde (MS) voltadas para adolescentes; (4) há pouca oferta por parte dos serviços de saúde ou baixa procura dos adolescentes?

### **Pontos em comum de maior importância sobre a saúde do adolescente:**

A síndrome da adolescência normal é descrita como a “adaptação ao meio, que não

significa submissão ao mesmo”<sup>11</sup>, assim, seria anormal a presença de um equilíbrio estável.

Reconhecido o fisiológico, é necessário se atentar para ocorrências fora do padrão. Atitudes e práticas irreverentes têm que ser alvo de busca ativa dos serviços de saúde. Sendo assim, foram abordados pontos em comum encontrados na maioria das UBSFs estudadas, sendo eles: gravidez, DSTs, saúde mental e uso de drogas ilícitas.

Em resposta à entrevista, houve notável ocorrência de gravidez na adolescência, principalmente em bairros mais carentes e periféricos: “Nossa área tem muitas gestantes adolescentes, que não têm orientação nenhuma...” (MÉDICA 3), “...eles só não têm muita informação a respeito de sexualidade...” (ACS 3), esse fato demanda maior atenção dos profissionais, sobre a importância do aconselhamento apropriado, apoio psicológico e esclarecimento dos riscos envolvidos. Essas atitudes também podem prevenir ocorrência de aborto induzido, isolamento social, depressão e até suicídio.

Nos últimos 20 anos tem-se observado um aumento da incidência de gravidez na adolescência em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996, a fertilidade no Brasil diminuiu cerca de 30% em todas as faixas etárias, com exceção da adolescência. Nessa mesma época, 18% das adolescentes brasileiras já tinham um filho ou estavam grávidas e o MS já afirmava que 40% dos abortos eram realizados por adolescentes.<sup>12</sup>

Nos locais estudados não ocorrem ações voltadas para prevenção: “Não há nenhuma palestra com meninas para falar sobre prevenção de gravidez” (ACS 5); tornando assim a gestação precoce um problema de saúde pública frequente, afetando também a esfera socioeconômica da comunidade.

Em relação às DSTs, em 2 UBSFs o tema foi abordado em palestras nas escolas

principalmente sobre o uso de preservativo. Entretanto, em ambos os relatos, houve resistência e insatisfação por parte dos pais, alegando incentivo à prática sexual, culminando no fim das ações: *“Deve ser abordado a parte sexual, mas os pais não aceitam muito, falam que estamos incentivando”* (ACS 1), *“Já fizemos palestras nas escolas juntamente com estudantes de medicina e enfermagem sobre orientações e cuidados na adolescência. Mais alguns pais reclamaram, alegando que estávamos incentivando os filhos a iniciarem a vida sexual”* (ACS 3).

A adolescência é a faixa de idade que apresenta a maior incidência de DSTs. Aproximadamente, 25% são diagnosticadas em jovens menores de 25 anos.<sup>13</sup> Dados disponíveis em âmbito mundial mostram que 20% das adolescentes sexualmente ativas têm teste positivo para clamídia, e aproximadamente 40% foram infectadas pelo papiloma vírus humano.<sup>14</sup>

Outro tema de grande prevalência foi a saúde mental do adolescente: *“Na minha área, temos casos de automutilação e tentativa de suicídio na escola”* (ACS 4), *“Há muitos casos de depressão, ansiedade”* (MÉDICA 2). De acordo com a literatura, problemas emocionais, ansiedade e medo, comuns nos adolescentes, são frequentemente um gatilho para o indivíduo iniciar-se no mundo das drogas.<sup>15-16</sup> Já no Brasil, a população jovem (15 a 29 anos) sofreu um aumento de 15,3% da taxa de suicídios entre 2002 e 2012, passando de 2.515 para 2.900.<sup>17-18</sup>, em vista disso, se carece um engajamento do profissional em rastrear a ocorrência desses distúrbios, com ações de prevenção da depressão e suicídio, além da busca de lares inapropriados, com situações de abuso ou maus-tratos. Ressalta-se que pensamentos conflitantes e certo grau de aflição são normais no adolescente, esse processo se daria pelo luto do corpo infantil, pela perda dos pais da infância, pela perda da identidade infantil e pela própria afirmação do adolescente no mundo adulto.<sup>19-20</sup>

### **Necessidade de maior preparo/capacitação dos profissionais da saúde em relação à saúde básica dos adolescentes**

A complexidade da inserção dos adolescentes à rede de atenção básica da saúde não se restringe apenas às Políticas Governamentais, se estendendo aos profissionais de saúde que, por vezes, atendem essa população sem o preparo e embasamento necessário para acolher e criar vínculos. Uma das dificuldades desses profissionais no trabalho com adolescentes deve-se à graduação, que, geralmente, não contempla o tema adolescência e sexualidade na grade curricular e, quando abordadas, enfatizam doenças e intervenções curativas, e não em práticas de promoção e prevenção em saúde.<sup>21</sup>

Sete dos dez profissionais de saúde entrevistados acreditam estar preparados para atender os adolescentes: *“Estamos preparados, mas não da forma como deve ser. Precisamos de mais capacitação, materiais e insumo. Fazemos o que é possível com o que temos”* (ACS 2), *“Sim. No que nos cabe, estamos bem informados. Um tempo atrás até fizemos um curso para ACS que abordava saúde mental e abuso de drogas voltada para os adolescentes e adultos”* (ACS 1), *“Acho que não. Há muitas dúvidas em relação a sigilo médico, faixa etária que temos que exigir a presença dos pais. Não me sinto preparada para atender com segurança todos os quadros que podem aparecer. Durante minha formação, essa faixa etária foi esquecida, justamente por ser o limbo, não é nem pediatria nem clínica médica”* (MÉDICA 1).

Entretanto, é importante destacar que um atendimento individualizado, humanizado e integralizado ao adolescente, muitas vezes é negligenciado. Nas unidades pesquisadas, notou-se a falta de um atendimento sistematizado, multidisciplinar, que possa manter um cuidado longitudinal: *“Às vezes, os adolescentes vêm acompanhar os pais em consultas; e sempre tento aborda-los; quando tenho oportunidade”* (MÉDICA 5), *“...eu acho muito precária a atenção que uma unidade de saúde dá a saúde dos adolescentes”* (ACS 5).

Nesse contexto, observa-se na realidade contemporânea que a maioria das Estratégias de Saúde à Família constituem locais para atender uma demanda específica, formada por gestantes, crianças e idosos, como resultado da prioridade de busca ativa por essa clientela, e dessa forma desatendem-se para outros segmentos populacionais, influenciando diretamente na eficácia do cuidado e acolhimento desses outros indivíduos.<sup>22</sup> Tal realidade pode ser apontada como fator para que os adolescentes não consigam se incluir nas atividades propostas e se vincular às UBSFs, permanecendo sempre à margem da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apresentando influência direta nos indicadores de saúde desse público.<sup>23</sup>

#### **Escassez de ações de promoção à saúde das UBSF e de políticas do MS voltadas para adolescentes**

Sistemas de saúde de vários países vêm tentando integrar o adolescente aos serviços de saúde. Em 1884, foi fundada na Inglaterra a Medical Officers of School Association, um serviço dedicado aos alunos de colégios, cujo interesse médico era voltado para os estudos e cuidados do processo de amadurecimento e pelas transformações sexuais e comportamentais que eram experimentadas pelos adolescentes.<sup>24</sup> Em 1904, o psicólogo norte americano Stanley Hall publicou um livro intitulado “Adolescência: sua psicologia e sua relação com fisiologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação”, que confere destaque ao estudo e conhecimento sobre os adolescentes.<sup>25</sup>

No Brasil em 1994, o MS implantou o Programa Saúde da Família (PSF), em contraponto ao modelo curativo e hospitalocêntrico que tinha vigência até a época, as atribuições do PSF incluem atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com atendimento no âmbito da comunidade de modo contínuo.

Dessa forma, uma das políticas propostas pelo MS e pelo MEC que visa a estreitar o contato e a relação dos adolescentes

com o PSF foi o Programa Saúde na Escola (PSE) como estratégia de fortalecimento de ações de promoção da saúde no âmbito escolar, formando de indivíduos conscientes e capazes de adotar práticas de autocuidado, detecção precoce de agravos à saúde e aproximação entre os estudantes e os serviços de saúde.

Entretanto, na prática, esse público encontra-se distante da efetivação dos programas do MS, o PSE ainda se encontra pouco articulado<sup>26</sup> e o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (PNAISAJ) - que tem como função reconhecer a pluralidade da adolescência na atenção básica - ainda se apresenta pouco efetivo, mal-organizado e pouco conhecido nas UBSFs, como notado nessa pesquisa, em que apenas as Médicas 2 e 4 de todos os entrevistados relataram ter ciência do PNAISAJ.

Das UBSF sorteadas, nenhuma realiza com periodicidade ações de promoção à saúde voltada para o adolescente: “*Temos ações voltadas para crianças, idosos, hipertensos, diabéticos e pessoas com problemas mentais, mas nunca tivemos alguma atividade dirigida especificamente para o adolescente*” (ACS 2).

#### **Há pouca oferta por parte dos serviços de saúde ou baixa procura dos adolescentes?**

Cerca de 80% dos profissionais entrevistados concordaram que há falta de adolescentes por demanda espontânea nas UBSF, os 20% restantes relataram que apesar de uma haver ocorrência maior de adolescentes em suas áreas, era raro a vinda dos mesmos para consultas de rotina: “*Estou há pouco tempo na UBS, mas tive oportunidade de consultar um número considerável de adolescentes. Mas muitas vezes eles vêm na consulta de pré-natal ou com queixas relacionadas a DSTs.*” (MÉDICA 1). E ainda assim, em nenhuma das UBSFs entrevistadas é realizada uma busca ativa por adolescentes: “*Eles não vêm tanto na UBS pela falta de convite e de atividades atrativas para eles*” (ACS 5).

Sendo assim, é necessário elucidar que a precariedade da atenção básica ao adolescente não se deve apenas à baixa demanda ou à escassez da oferta, mas um conjunto de ambas, ficando claro que uma é consequência direta da outra. Há carência de um acolhimento sistematizado a esses indivíduos que contemple suas necessidades, mas ao também há um receio do adolescente em ir ao serviço de saúde quando não estão doentes. O cuidado direcionado para esse grupo deve englobar todas as vertentes geradas pelo adolescer: psicológicas, biológicas e sociais, por meio de equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Muitos adolescentes evitam ir aos serviços de saúde pois são forçados pelos pais a deixá-los participar das consultas, limitando assim o esclarecimento de dúvidas por constrangimento. *“Quais são os motivos para a falta de adolescentes na UBS na sua opinião?”* (PESQUISADORA) *“A vergonha e a falta de aceitação dos pais”* (ACS 1), *“Um pouco de desinformação, medo e vergonha de vir acompanhado pelos pais (eles não sabem que tem direito à consulta sem a companhia dos pais)”* (MÉDICA 2).

No atendimento ao adolescente, a família deve ser envolvida, mas não ocupar o papel central, que sempre cabe ao adolescente.<sup>27</sup> Deve ser destacado que o adolescente é o paciente e o objetivo principal do atendimento, a relação médico-paciente deve ser estabelecida segundo critérios éticos definidos pelo conceito de menor maduro, que é a autoridade decisória do adolescente sobre seu atendimento.<sup>28</sup>

Como conclusão deste estudo, foi questionado o que poderia ser feito para melhorar a atenção à saúde dos adolescentes na UBSF, tendo propostas como: incorporar saúde do adolescente no currículo de formação médica – *“dentro do módulo de pediatria reservar um espaço para discutir as peculiaridades dos adolescentes e mecanismos para ganhar sua confiança e conseguir uma comunicação eficaz”* (MÉDICA 1), investir na

orientação e divulgação, por meio dos ACS, de que a Unidade é um local seguro e acolhedor, além de mostrar a importância de um acompanhamento regular no Serviço de Saúde (opinião das Médicas 2, 4 e 5 e da ACS 5), capacitação profissional para lidar com essa faixa etária (Médica 3 e ACSs 3 e 5) e, por fim, a implementação de ações de promoção de saúde e atividades atrativas para os adolescentes – *“aulas de música e terapia em grupo com psicólogos e assistentes sociais”* (ACS 2), *“Talvez o estímulo a atividades físicas com academia na Unidade seria uma ajuda”* (MÉDICA 3).

Sendo assim, mostra-se necessário uma integração do processo tripartite à atenção a Saúde do adolescente, compondo-se por: 1) Políticas Públicas eficazes, atualizadas e contextualizadas com a realidade do Sistema Público de Saúde atual; 2) UBSFs compostas por profissionais bem informados e capacitados para com a saúde do adolescente, com materiais e insumos necessários para a realização de ações de promoção de saúde, como possivelmente o “Dia do Adolescente” e atividades atrativas, como aulas de música, artesanato, pintura, dança ou academias; e finalmente, 3) Ações na comunidade, por meio dos ACS, médicos, assim como qualquer membro da equipe de Saúde da Família, estudantes de medicina, enfermagem ou outros cursos da área da saúde, com os adolescentes sobre o autocuidado e a importância de sua inserção e acompanhamento na UBSF, assim como esclarecimento de possíveis dúvidas e realização da busca ativa.

#### DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

**Forma de citar este artigo:** Bittar NA, da Silva NT, de Carvalho KCN. Atenção a saúde dos adolescentes: percepção de agentes comunitários de saúde e médicos das unidades básicas de saúde de Anápolis – Goiás. Rev. Educ. Saúde 2018; 6 (2): 56-64.

#### REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, 2011.
2. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, dos Santos SS, Dias ACG. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira; reflexões sobre o PROSAD. *Psicologia em Estudo*. 2014;19(2), 211-221.
3. Araújo TMED, Sá LCD, Silva AADS, Costa JP. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. *Rev. Eletrônica enferm.* 2010;12(3).
4. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152p.
5. Luz RT, Coelho EAC, Teixeira MA, Barros AR, Carvalho MDFAA, Almeida MS. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. *REME rev. min. Enferm.* 2018;22, e-1097.
6. Chen MY, Lai LJ, Chen HC, Gaete J. Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC public health*. 2014;14(1), 1106.
7. Coates V, Beznos GW, Françoso, LA. *Medicina do adolescente*. 2ed. São Paulo, Sarvier; 2003.
8. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2008;12, 387-400.
9. Rua MDG. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*, 2ed; 1998. 731-752p.
10. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2001
11. Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 196p.
12. Hercowitz A. Gravidez na adolescência. *Pediatria Moderna*. 2002;38(8), 392-5.
13. Braverman PK. Sexually transmitted diseases in adolescents. *Med Clin North Am*. 2000;84:869-89.
14. Martins LBM, Costa-Paiva LHSD, Osis MJD, Sousa MHD, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22, 315-323.
15. Figlie NB, Laranjeira RR, Bordin S. *Aconselhamento em dependência química*. 1 ed. São Paulo: Roca. 2004.
16. Canavez MF, Alves AR, Canavez LS. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. *Cadernos unifoa*. 2017;5(14), 57-63.
17. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil*. 2013.
18. Moreira LCDO, Bastos PRHDO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2015;19(3), 445-453.
19. Aberastury A. *Adolescência*. Porto Alegre: Artmed. 1983.
20. Assis SG, Avanci JQ. *Labirinto de espelhos: Formação da auto-estima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Fio Cruz. 2004.
21. Ferrai RAP. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006.



22. Miyasaja LS, Silva MAT, Queiroz ES, Andreoli SB. Qualidade de vida de adolescentes do bairro de Jordanópolis em São Paulo. Diagn Tratamento. 2012.
23. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.
24. Silber TJ. Medicina de la Adolescencia – una nueva subespecialidad de la pediatría y la medicina interna en la América del Norte. Adolesc Latinoamericano, 1997.
25. Schoen Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silveiras EFM. Adolescência através dos séculos. Psicol Teor Pesquisa, 2010.
26. Alves MJH. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. SANARE, 2016.
27. Luz RT. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. REME, 2018.
28. Loch JA. Ability to make health decisions and tis role in the pediatrics contexto. Revista AMRIGS, 2012.