



Protocolo de Atenção à Saúde

SAÚDE DE ADOLESCENTES DO DISTRITO FEDERAL

Área(s): Núcleo de Saúde do Adolescente - NUSAD de Gerência de Ciclos de Vida – GCV, da Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde – DCVPIS, da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

Elaborador(es)*: Denise Leite O. Campos e Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos)

Portaria SES-DF Nº 335 de 30/12/2013 , publicada no DODF Nº 2 de 03/01/2014 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A proposta de aplicação do modelo de atenção primária à saúde de adolescentes na perspectiva de melhorias na qualidade de vida e saúde, por meio do acompanhamento sistemático nas unidades básicas de saúde está embasada nos seguintes documentos:

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): reconhece o adolescente como sujeito de direitos nas diversas condições sociais e individuais².
- Marco Legal – Saúde, um direito de adolescentes³.
- Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde⁹.
- Política Nacional de Atenção Primária à Saúde – PNAB¹².

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Adolescentes, direitos, atenção primária.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

A literatura consultada foi relacionada a documentos nacionais, publicados até 2012. Foram consultados 17 (dezessete) documentos, como: diretrizes portarias e manuais.

*Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.

2- Introdução

A sistematização das atividades que compõem a atenção à saúde de adolescentes deve estar embasada nos princípios da Atenção Primária à Saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica¹². A mudança de cultura para uma perspectiva mais positiva, saudável e propositiva da adolescência é uma necessidade diante da visão dos adolescentes como sujeitos plenos de direitos^{2,3,9}. A transformação desta perspectiva no plano social passa por uma oferta de serviços de saúde de qualidade aos adolescentes e seus familiares, que seja capaz de reconhecê-los em suas potencialidades e atuar preventivamente em seus riscos e vulnerabilidades^{3,4,9}.

Para isso, é fundamental que as ações não sejam episódicas e contemplem a realidade na qual estão inseridos, histórica e culturalmente. A construção de redes e a intersetorialidade precisam se fazer presentes e o investimento e disposição dos profissionais de saúde são essenciais para captação e manutenção dos adolescentes nos serviços, pois a vinculação e engajamento deste público é o grande desafio.

A coerência com os pressupostos da Atenção Primária à Saúde deve ser uma busca constante no atendimento de adolescentes¹². Preconiza-se o serviço como porta de entrada, devendo captar adolescentes e promover ações que os aproximem do serviço, independente de sintomas^{11,12}. Para isso, procuram-se as janelas de oportunidade: qualquer adolescente que chegue deve ser apresentado à carteira de serviços destinados a ele (a). O segundo pressuposto, a longitudinalidade, diz respeito ao acompanhamento dos adolescentes, ao longo de seu desenvolvimento^{11,12}.

3- Justificativa

A sistematização das atividades que compõem a atenção à saúde de adolescentes deve estar embasada nos princípios da Atenção Primária à Saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica¹². A mudança de cultura para uma perspectiva mais positiva, saudável e propositiva da adolescência é uma necessidade diante da visão dos adolescentes como sujeitos plenos de direitos^{2,3,9}. A transformação desta perspectiva no plano social passa por uma oferta de serviços de saúde de qualidade aos adolescentes e seus familiares, que seja capaz de reconhecê-los em suas potencialidades e atuar preventivamente em seus riscos e vulnerabilidades^{3,4,9}.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Z00.0: Exame Geral e Investigação de Pessoas Sem Queixas ou Diagnóstico Relatado

Z00.3: Exame do adolescente durante o crescimento na puberdade

Z01: Outros exames e investigações especiais de Pessoas sem queixas ou Diagnóstico relatado.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Embora a intenção do protocolo seja a de promover saúde e prevenir agravos, é possível afirmar que os principais diagnósticos da adolescência encontrados na literatura se referem a agravos físicos, psicossociais e emocionais, decorrentes das transformações que o público de 10 a 19 anos sofre. Tais desordens podem ser originadas pelas mudanças pubertárias e suas repercussões sobre o desenvolvimento psicológico, cuja principal tarefa se concentra na construção identitária⁹.

6- Critérios de Inclusão

O atendimento de adolescentes deverá ser feito em **TODAS as Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde, Clínicas da Família, Postos de Saúde Rural, Postos de Saúde Urbanos)**.

A delimitação de adolescência pela OMS (Organização Mundial de Saúde) é demarcada entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias e juventude de 15 a 24 anos, recomendando que o atendimento inclua adolescentes e jovens. Essa recomendação é referendada pelo Ministério da Saúde, sugerindo que a especificidade de atendimento em saúde seja contemplada dos 10 aos 24 anos^{3,4,7,8,9,10}. No DF, em função da capacidade operativa, optar-se-á pela atenção a adolescentes de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Esse atendimento será realizado pelos profissionais de saúde que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde, dos Centros de Saúde, Postos de Saúde Urbanos e Postos de Saúde Rurais que correspondem aos médicos de família, pediatras, clínicos, ginecologistas enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos ou auxiliares em higiene dentária, agentes comunitários de saúde e profissionais de outras carreiras como psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

7- Critérios de Exclusão

Não serão contemplados nesse protocolo os atendimentos a crianças menores de 10 anos e jovens maiores de 19 anos, 11 meses e 29 dias. Para esses públicos dever-se-á consultar outros documentos a eles destinados. Vale ressaltar que a Unidade Básica de Saúde atende todas as idades e todos os casos, encaminhando-os para os adequados atendimentos, de acordo com o que a situação demandar.

8- Conduta

a) Acolhimento

O acolhimento é a porta de entrada na Unidade Básica de Saúde (UBS), e caracteriza-se por uma escuta qualificada às demandas dos adolescentes e de suas famílias, com a finalidade de identificar necessidades, criar um vínculo com os profissionais da UBS, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos e vacinas, quando necessários^{12,14}. O profissional que acolhe deve ter clareza das ofertas existentes na Unidade e ter possibilidade de diálogo com outros colegas^{16,17}.

O acolhimento não deve se restringir a uma sala de acolhimento ou a atender as demandas apenas em um horário determinado^{16,17}. Ele implica uma mudança de postura de todos os profissionais da Unidade de Saúde e deve ser realizado **diariamente e em todo o período que compreenda o horário de funcionamento da UBS**. Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade do (a) adolescente e de sua família. O importante é que haja um profissional sensibilizado e disponível de modo que o acesso dos adolescentes na UBS seja uma janela de oportunidade para sua inserção no Sistema de Saúde^{3,4,9,10}.

Acolhimento não é triagem e nem pré-consulta. A triagem caracteriza uma ação pontual, focada no evento clínico limitando-se a divisão de quem não deverá ser atendido *versus* quem deverá ser atendido, o foco está na doença. A pré-consulta se limita a realizar procedimentos que fariam parte da consulta, mas para diminuir o tempo de atendimento alguns procedimentos mais simples são realizados previamente por profissional de nível médio.

É importante a preocupação em não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade^{16,17}.

A Coordenação do PRAIA (Programa de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes) da Regional acompanhará o processo, por meio de instrumento de supervisão, o qual prevê a realização de monitoramento sistemático junto às equipes que atendem adolescentes e será referência para dúvidas ou recomendações posteriores.

b) Marcação das Consultas

A marcação das consultas deverá ser realizada no acolhimento. A primeira consulta é individualizada e poderá ser realizada por médico/a ou enfermeiro/a ou outro profissional que compuser a equipe de atendimento (assistente social, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional ou outro especialista).

Não é recomendável condicionar a marcação das consultas à presença dos adolescentes e/ou de suas famílias em outras atividades desenvolvidas pela UBS para se respeitar o bom aproveitamento das oportunidades e preservar-se o direito às consultas estabelecido pela constituição e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente^{1,2,3}.

c) Tipos de atendimento

O atendimento de adolescente deverá contemplar algumas atividades básicas^{4,9,10}.

As atividades mínimas que cada UBS deverá ter são:

- Acolhimento;
- Consultas individuais aos adolescentes e seus familiares;
- Visitas domiciliares, quando necessárias;
- Ações de promoção à saúde e prevenção de agravos com adolescentes nas UBS, no ambiente escolar, de acordo com as diretrizes do Programa Saúde na Escola – PSE⁶, nas unidades socioeducativas⁵ e em outros espaços comunitários.
- Atividades com adolescentes em grupo, como grupos temáticos, grupos de adolescentes grávidas, grupos psicoeducativos que envolvam sexualidade, drogas e projeto de vida e outros temas, conforme necessidades em saúde dos adolescentes da comunidade assistida pela equipe de saúde.
- Grupos de pais ou responsáveis, conforme necessidades em saúde da comunidade assistida pela equipe de saúde.
- Atividades oferecidas de acordo com a formação específica de profissionais capacitados da equipe.

d) Consulta médica

Os adolescentes de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias serão atendidos na atenção primária à saúde por médicos das seguintes especialidades: pediatras, clínicos, médicos de família e ginecologistas, **independente de sua idade**. Excepcionalmente, e de acordo com cada serviço, e com a disponibilidade de profissionais, pode-se atribuir aos pediatras a responsabilidade de atender os jovens de 10 a 14 anos, 11 meses e 29 dias e aos clínicos os de 15 anos completos a 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Com **relação à consulta em si**, prevê-se uma consulta a cada 30 (trinta) minutos, ou seja, um máximo de 10 (dez) consultas para um turno de 5 (cinco) horas para consultas de primeira vez ou retorno, para os profissionais que adotarem o modelo de atendimento biopsicossocial conforme orientação do PRAIA de sua Regional e apoio do NUSAD – Núcleo de Saúde do Adolescente.

A primeira consulta tem por objetivo o conhecimento do paciente em sua integralidade, adotando-se o referencial biopsicossocial, para que se veja o sujeito em

detrimento da doença. Empreende-se uma anamnese com roteiro sugerido e finaliza-se com solicitações, encaminhamentos e plano de tratamento^{4,9,10}.

As consultas de retorno são baseadas nas necessidades elencadas no plano de tratamento e devem ser garantidas após cada encontro^{4,9,10}. A consulta de retorno atualiza os dados da anamnese já realizada e verifica a resolução dos problemas levantados no plano de tratamento. Devem as consultas de retorno ser monitoradas, ainda que haja encaminhamentos a outras especialidades. Esta medida visa atender aos princípios da longitudinalidade e coordenação do cuidado, previstos pelos atributos da Atenção Primária à Saúde¹².

8.1 Conduta Preventiva

As ações preventivas são realizadas durante o acolhimento, atendimentos individuais, visitas domiciliares e atividades grupais, tanto para adolescentes quanto para familiares. Os temas a serem abordados durante as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos são: promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva, prevenção de DST, AIDS e hepatites virais, prática de atividade física e corporal, promoção de hábitos e alimentação saudável, promoção da cultura da paz, prevenção da morbimortalidade por causas externas, promoção da participação juvenil, discussões sobre equidade, diversidade, direitos, ética, cidadania, igualdade racial e étnica e sobre projeto de vida.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Conforme exposto anteriormente, o tratamento não farmacológico é característico do atendimento ao público adolescente por preconizar atividades grupais que envolvam educação em saúde, bem como grupos com familiares de condução terapêutica e psicoeducativa^{4,9,10}.

Em relação à atenção prestada, que envolve a promoção da saúde, prevenção de doenças ou agravos, tratamento e recuperação da saúde que são disponibilizadas aos adolescentes e suas famílias, bem como ações que podem ser elencadas de acordo com os eixos de atuação descritos abaixo:

a) Trabalho com as Cadernetas de Saúde de Adolescentes (CSA)^{7,13,18}: Serão entregues no acolhimento com orientações a serem reforçadas nas consultas posteriores das diversas categorias profissionais:

- Apresentação, sensibilização e responsabilização pelo uso regular das CSA em todos os atendimentos;

- Preenchimento nas consultas individuais e nas outras atividades realizadas nas UBS;
- Atividades de promoção à saúde na “sala de espera”, no acolhimento e nas outras atividades realizadas com adolescentes.

b) Promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis^{4,7,8,9,10}:

- Avaliação das necessidades relatadas pelos adolescentes e seus familiares, diagnóstico e tratamento;
- Detecção de agravos à saúde, como: problemas biopsicossociais, conflitos familiares, dificuldades escolares, distúrbios alimentares etc;
- Aferição da Pressão Arterial;
- Medição do Peso;
- Medição da Estatura;
- Inserção dos dados no prontuário e na caderneta de saúde de adolescentes;
- Cálculo do IMC e inserção nos gráficos da caderneta de saúde de adolescentes;
- Avaliação da imunização e encaminhamento para vacinação dos casos com desatualização;
- Encaminhamento para Saúde Bucal;
- Orientações sobre hábitos saudáveis (sono adequado, atividade física e de lazer, alimentação saudável e regular);
- Acompanhamento dos agravos crônicos e dificuldades psicossociais.

c) Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva^{3,4,7,8,9,10}:

- Atividades de educação em saúde na sala de espera, em grupos, oficinas ou outras atividades realizadas nas UBS e outros espaços comunitários;
- Fornecimento de preservativos masculinos e femininos;
- Fornecimento de contracepção de emergência, quando necessária;
- Acompanhamento dos estágios de maturação sexual feminino e masculino;
- Estímulo ao uso da Caderneta de Saúde da Adolescente para controle dos ciclos menstruais;
- Promoção da sexualidade saudável, com associação da relação afetiva e sexual, planejamento da primeira relação sexual e das consecutivas e outros temas relacionados;
- Solicitação de exames laboratoriais e de testagem das doenças sexualmente transmissíveis;

- Realização de exames preventivos do câncer do colo do útero;
- Prescrição de métodos contraceptivos de acordo com a escolha informada;
- Abordagem do projeto de vida como estímulo ao planejamento sexual e reprodutivo;
- Acompanhamento da gestação, de acordo com as especificidades da adolescência, diretrizes, protocolos e fluxogramas específicos.

d) Redução da morbimortalidade por causas externas^{3,4,5,6,7,8,9,10}:

- Ações de prevenção ao uso do tabaco, álcool e outras drogas, por meio de ações educativas nas UBS, escolas e outros espaços comunitários;
- Acolhimento aos adolescentes em uso de drogas e de suas famílias e encaminhamento para serviços especializados;
- Acolhimento, assistência e avaliação do encaminhamento de adolescentes vítimas de violência e suas famílias;
- Encaminhamento para atendimento emergencial dos casos vítimas de violência sexual, com uso de medicação preventiva pra Aids e outras DST, além da contracepção de emergência, quando indicada;
- Encaminhamento à realização de abortamento seguro em casos de gravidez resultante de violência sexual, quando assim for decidido pela adolescente e de acordo com previsão legal.

e) Articulações Intersetoriais

Deverão ser realizadas articulações intersetoriais para atenção integral a saúde de escolares, por meio do Programa Saúde na Escola – PSE⁶, com a Secretaria de Estado de Educação e para atenção integral a saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, por meio do POE-DF (Plano Operativo Estadual de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas)⁵, com a Secretaria que coordena o sistema socioeducativo.

As ações a serem realizadas deverão estar de acordo com as diretrizes federais, do DF e de cada Regional definidas por Decretos, Portarias e planejamentos locais^{5,6,7,9,12}.

8.3 Tratamento Farmacológico

Somente se aplicará nos casos em que os diagnósticos forem confirmados e serão tratadas em conformidade com as orientações e protocolos específicos, nacionais e do DF, obedecendo ao fluxo para as doenças comuns confirmadas para esse grupo, de acordo com a faixa etária.

8.3.1 FÁRMACO(S)

A administração de fármacos seguirá orientações e protocolos específicos, nacionais e do DF, para tratamento das doenças comuns confirmadas para essa faixa etária.

8.3.2 Esquema de Administração

Os esquemas de administração de fármacos seguirão orientações e protocolos específicos, nacionais e do DF, para tratamento das doenças comuns confirmadas para essa faixa etária

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tempo de tratamento seguirá orientações e protocolos específicos, nacionais e do DF que se mostrem adequados ao caso específico em questão.

8.4 Benefícios Esperados

Os benefícios são previstos ao longo de todo o processo, por isso, adotar-se-á a linha de cuidado por se tratar de uma estratégia que sintetiza diretrizes ações específicas para a efetivação do cuidado aos adolescentes^{11,12}. Além disso, a atuação em linha de cuidado pressupõe a integração da diversidade de ações desenvolvidas na rede de serviços e corresponsabiliza os gestores e profissionais envolvidos em todos os níveis do cuidado, articulando-os aos demais sistemas que compõem a rede. A linha de cuidado proposta está no **item 13 – Fluxograma** deste documento.

Os benefícios esperados transcendem a reabilitação, uma vez que o atendimento não está necessariamente relacionado a alguma doença. Os aspectos preventivos trabalhados garantem a minimização de conflitos emocionais típicos da fase, além de melhor adaptação social, prevenção dos agravos relacionados ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas, captação e tratamento precoce de DST, redução de índices de gravidez não planejada na adolescência⁹, dentre outros.

9- Monitorização

Os resultados esperados serão monitorados por equipe de referência e apoio matricial, por meio de supervisão de casos complexos, que serão discutidos periodicamente em reuniões de equipe.

9.1-Equipe de referência

Cada Regional de Saúde terá uma equipe ou profissional de referência para auxiliar na condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Essa equipe ou profissional será qualificado pela Coordenação do PRAIA e comporá uma equipe que poderá contar com profissionais com especialização e/ou treinamento e/ou experiência no trabalho com adolescentes, além de poder fazer parte do NASF, onde tiver essa modalidade.

A equipe de referência não está associada a um Centro de Referência, pois há ações que lhe cabem que estarão em nível de matriciamento e supervisão, responsabilização por educação permanente, entre outras. A ideia de profusão de centros de referência fere a lógica da atenção primária, porque contribuiria para uma superespecialização que agiria contrariamente ao sentido de integralidade.

Tem por objetivo também ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários e a interdisciplinaridade^{12,15}.

9.2-Apoio matricial

O apoio matricial em saúde visa assegurar um suporte especializado às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde na atenção primária. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes ou profissionais e depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes do atendimento e os especialistas que oferecem apoio matricial^{12,15}.

Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio¹⁵.

O apoio matricial será coordenado pela Coordenação do PRAIA e poderá ser feito pela equipe ou profissional de referência da Regional, pelo NASF, onde tiver, ou por especialistas da própria Regional ou de outra, ou por outros profissionais escolhidos para essa finalidade.

9.3-Referência e contrarreferência

Quando necessário, a equipe poderá solicitar avaliações e pareceres em formulário próprio para profissionais de saúde de especialidades clínicas na sua regional ou de outra regional ou de serviços especializados, como o Adolescente, COMPP (Centro de Orientação Médico Psicopedagógico) e CAPS (Centros de Atendimento Psicossocial) existentes para essa faixa etária. Deve-se solicitar a contrarreferência ao serviço de origem, com relatório apropriado, e manter o atendimento de adolescentes na unidade básica de

origem, privilegiando a coordenação do cuidado preconizada como um dos princípios da Atenção Primária^{11,12}.

9.4-Supervisão dos casos

Os profissionais reunir-se-ão periodicamente, conforme dinâmica da UBS, para discutir os casos com maior complexidade ou com evolução desfavorável com um especialista da área de interesse dos casos identificado dentro da Unidade de Saúde, na Regional de Saúde ou na própria comunidade^{12,15}.

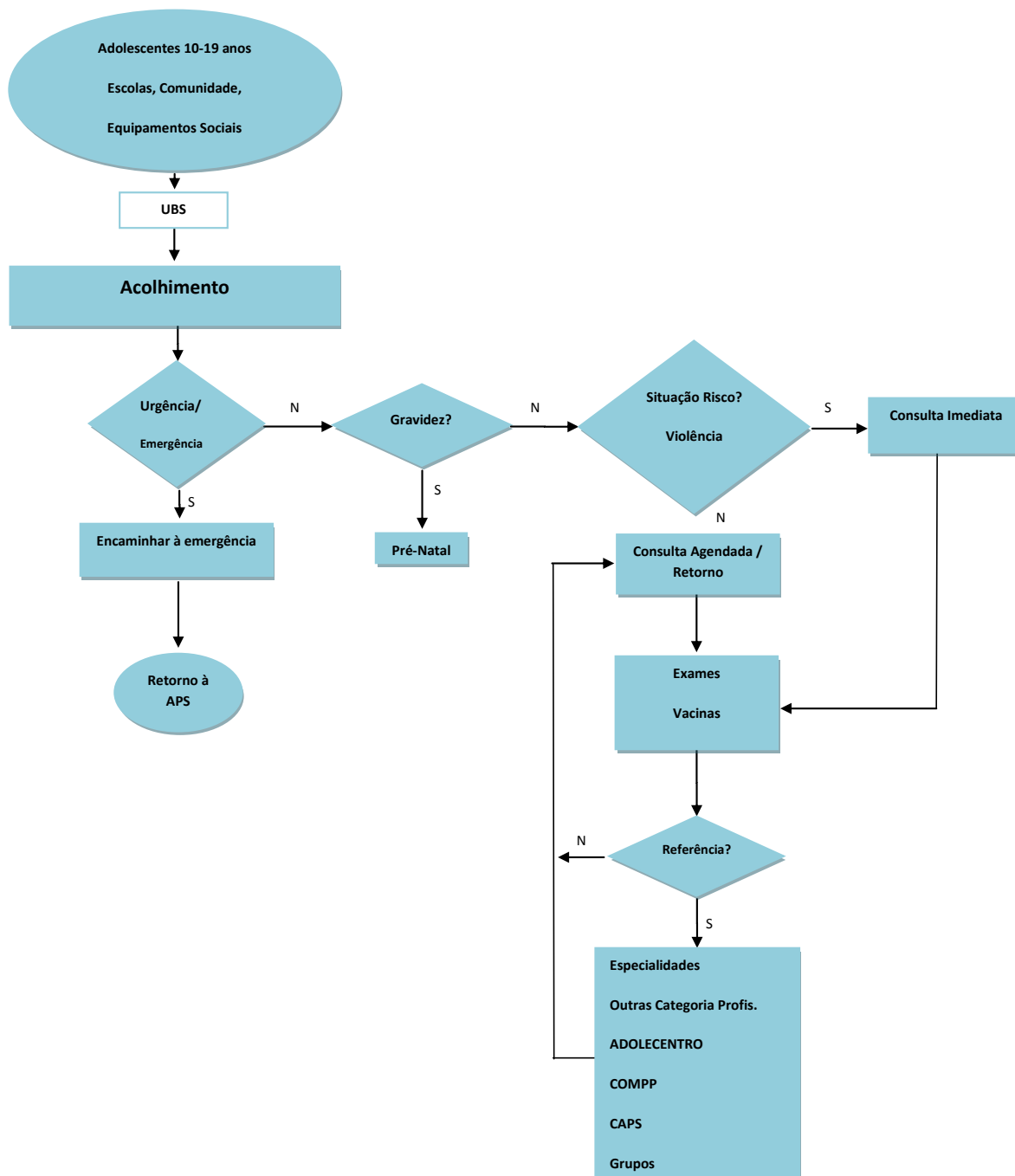
A supervisão é uma oportunidade de compartilhar saberes com profissionais de várias áreas do conhecimento, mas também de discutir o papel de cada profissional dentro da equipe, definir estratégias de ações, encaminhamentos, corrigir fragilidades e aumentar as fortalezas e promover a capacitação permanente da equipe^{12,15}.

10- Acompanhamento Pós-tratamento

Assim que os adolescentes avançarem na faixa etária, ultrapassando a idade limite de atendimento, caso sejam atendidos pela pediatria, serão encaminhados a clínica médica.

Os adolescentes que já estão sendo acompanhados pela equipe da Estratégia Saúde da Família que faz a cobertura de seu território, permanecerão sendo atendidos pela mesma, mesmo que sejam atendidos também pela atenção secundária, de modo a garantir a longitudinalidade do cuidado¹².

11- Fluxograma



12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A Avaliação e monitoramento serão realizados por meio de um Instrumento de Avaliação e Monitoramento das Ações de Atenção a Saúde de adolescentes. Os dados coletados servirão para o planejamento de ações do gestor e do coordenador, bem como do núcleo técnico responsável. Abaixo estão as planilhas, onde serão colocados os dados pelos profissionais que executam as ações de atendimento (planilha 1) e para o Coordenador do PRAIA (planilha 2).

PLANILHA 1 – CONTROLE DAS CONSULTAS INDIVIDUAIS

1 – Deve ser preenchida por todos os profissionais do PRAIA que fazem atendimento aos adolescentes da Regional;

2 – Deve ser feita uma planilha para cada profissional;

3 – Os dados necessários para o NUSAD são:

PLANILHA 1 – CONTROLE DAS CONSULTAS INDIVIDUAIS					
REGIONAL MÊS/ANO	N.º DE ADOLESCENTES ATENDIDOS	N.º DE ADOL. POR FAIXA ETÁRIA 10- 14 E 15-19 ANOS	N.º DE ADOL. POR SEXO	N.º DE ADOL. DE PRIMEIRA VEZ E DE RETORNO	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS (COLOCAR QUANTIDADE DE ATEND. PARA CADA DIAG.) DOS CASOS DE PRIMEIRA VEZ

4 – Esses dados devem ser consolidados pelo Coordenador/a do PRAIA, em relação a essas planilhas.

5 – Os dados devem ser enviados todo dia 15 do mês, com os dados do mês anterior.

6 – A forma como vão ser coletados os dados deve ser feita de acordo com a operacionalidade de cada regional. Pode ser usada a planilha que a SES disponibiliza nas consultas, porém, não tem CID, nem local para colocar diagnósticos.

7 – Em relação aos diagnósticos, fornecemos uma listagem dos principais diagnósticos com os principais CID para facilitar o preenchimento.

8 – Nas reuniões mensais do NUSAD com os coordenadores, essas planilhas serão discutidas para melhor preenchimento.

PLANILHA 2 – CONTROLE DAS ATIVIDADES DA REGIONAL

1 – Os dados devem ser enviados todo dia 15 do mês, com os dados do mês anterior.

2 – Os dados são referentes ao consolidado da regional.

3 – Em relação às ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES, pode-se incluir outras atividades que não estão na planilha, conforme o que cada regional faz. Se preferir, pode colocar também onde está escrito ORIENTAÇÕES.

4 – Em relação aos ENCAMINHAMENTOS, são em relação a demanda para outras especialidades ou categorias profissionais e não quantos foram atendidos nessas especialidades ou categorias profissionais.

5 – Em relação às OUTRAS ATIVIDADES, em relação às cadernetas, preservativos e contracepção, colocar quantidade recebida na regional, pelo NUSAD e quantidade restante no estoque (onde está saldo).

6 – Em relação às articulações intersetoriais, colocamos os itens PSE, POE e Convênios, como exemplo, mas vocês podem colocar outras articulações que tem feito e que acham importantes. O número de pessoas tem relação com a atividade realizada. Por exemplo: A atividade foi uma reunião do PSE e o número de pessoas é o número que compareceu na reunião.

7 – O item ANOTAÇÕES deve ser preenchido com dados ou informações que vocês acharem relevantes informar.

PLANILHA 2 - ATIVIDADES REALIZADAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE					
PRAIA:			UBS:		
MÊS/ANO:					
ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES			OUTRAS ATIVIDADES		
ATIVIDADES	Nº ADOLESC.	Nº ACOMP.	CADERNETAS	RECEBIDAS	SALDO
ACOLHIMENTO			MASC.		
CONSULTA MÉDICA			FEM.		
CONSULTA ENFERMEIRO/A					
CONSULTA ODONTOLÓGICA					
GRUPO DE PAIS			PRESERVATIVOS	RECEBIDAS	SALDO
GRUPO DE ADOLESCENTES			MASC.		
PRÉ-NATAL (INSCRIÇÃO)			FEM.		
PRÉ-NATAL (CONSULTAS)			CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	RECEBIDAS	SALDO
GRUPOS DE PRÉ-NATAL					
ATENDIMENTO PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)			ARTICULAÇÕES INTER/INTRASETORIAIS	N.º PESSOAS	ATIVIDADES
ENCAMINHAMENTOS ESPECIALIDADES	Nº ADOLESC.		PSE		
			POE		
			OUTROS		
ANOTAÇÕES:					

13- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Seguirá protocolos específicos, como por exemplo: medicamentos para tratamento de DST/AIDS, isotretinoína para acne e outros fármacos de uso controlado (metilfenidato e outros), comuns nessa faixa etária.

14- Referências Bibliográficas

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- 2 - _____. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990. c
- 3 - _____. Ministério da Saúde. Marco Legal – Saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2005.
- 4 - _____. Ministério da Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2005.
- 5 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 647 – institui Normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória - PNAISARI, em unidades masculinas e femininas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de nov 2008.
- 6 - _____. Presidência da República. Decreto n.º 6.286: institui o Programa Saúde na Escola – PSE. *Diário Oficial da União*, Poder executivo, Brasília, DF, 05 de dez 2007.
- 7 - _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 3.147: cria as Cadernetas de Saúde de Adolescentes. *Diário Oficial da União*, Poder executivo, Brasília, DF, 17 dez 2008.
- 8 - _____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.º 24. Saúde na Escola. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2009.
- 9 – _____. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010.

- 10 – _____. Ministério da Saúde. Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2010.
- 11 - _____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto n.º 7508: regulamenta a lei n.º 8080, de 1990. *Diário Oficial da União*, Poder executivo, Brasília, DF, 28 de jun. 2011.
- 12 - _____. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília. 2012.
- 13 – _____. Secretaria de Estado de Saúde do GDF. Nota Técnica sobre a Implementação das cadernetas de saúde de adolescentes no DF, enviada às regionais de saúde, por meio do Memorando n.º 16/2010 do NUSAD/GCV/DCVPIS/SAPS/SES, de 15 de março de 2010.
- 14 – _____. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010.
- 15 - _____. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2007.
- 16 - _____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28 – Acolhimento a Demanda espontânea. Volume I. Brasília, DF. 2012.
- 17 _____. Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica nº 28 – Acolhimento a Demanda espontânea. Volume II. Brasília, DF. 2012.
- 18 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica sobre a Implementação das cadernetas de saúde de adolescentes no DF, enviada às regionais de saúde, por meio do Memorando n.º 16/2010 do NUSAD/GCV/DCVPIS/SAPS/SES, de 15 de março de 2010.