



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO  
ADOLESCENTE**

**FORTALEZA**

**2022**

JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO  
ADOLESCENTE

Dissertação ao Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas, Ambientais Políticas de Saúde e Avaliação em Saúde.

Orientador (a): Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

Coorientador (a): Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

D771a Dourado, João Vítor Lira.  
Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde do adolescente / João Vítor Lira Dourado. – 2022.  
283 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa.

Coorientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

1. Avaliação em saúde. 2. Gestão da qualidade. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Adolescente. I. Título.

CDD 610

---

JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO  
ADOLESCENTE

Dissertação ao Mestrado em Saúde Pública da  
Universidade Federal do Ceará, como requisito  
parcial à obtenção do título de Mestre. Área de  
concentração: Ciências Sociais, Humanas,  
Ambientais Políticas de Saúde e Avaliação em  
Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa – Orientador (a)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota – Coorientador (a)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto – 1º Examinador (a)  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Ceará)

---

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – 2º Examinador (a)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Francisca Alanny Rocha Aguiar – 3º Examinador (a)  
Centro Universitário INTA (UNINTA)

*Dedico este trabalho a todos os adolescentes, familiares e profissionais de saúde pertencentes as áreas adscritas das Unidades de Atenção Primária à Saúde do Brasil, especialmente aqueles que vivenciaram alguma situação semelhante as retratadas neste estudo.*

## AGRADECIMENTOS

Ao tudo que é e que existe, que por intermédio de algo muito maior e inexplicável, por muitas vezes e/ou por todos os momentos da minha vida, vem me concedendo saberes para que eu possa caminhar da melhor maneira possível nos caminhos desta longa estrada da vida humana. Esta conquista não é apenas minha, mas de algo maior que emanou energias e fluídos positivos para a conclusão deste trabalho que por meio de um ser humano tão falho e frágil, e por vezes, (ir)racional e (in)consciente acredito que não se tornaria possível.

A Maria Fátima Lira Lima (vovó), pessoa a qual tenho uma grande admiração pelo ser humano de grande fibra que já enfrentou vários problemas na vida. Esta sempre esteve disposta a me auxiliar nos momentos da vida especialmente no ‘gosto pelo estudo’, dispensando nesta tão difícil e árdua trajetória de estudos; carinho, apoio, cuidado, força, zelo e, sobretudo, o sentimento mais pleno, belo, puro, completo e absoluto produzido entre os seres humanos, o amor incondicional.

A Liduína Daniele Lira Lima (mãe), pessoa também pela qual eu devo a dádiva de poder saborear a vida. Durante este momento, revelou-se também muito importante para que eu conseguisse finalizar este processo, disponibilizando apoio, conselhos, suporte, força, carinho e amor. Sem ela, esta vitória não seria possível de ser alcançada.

Ao Júlio Cleber Dourado (pai), que durante este longo processo tem compreendido minhas longas ausências nos encontros familiares aos finais de semana para que eu conseguisse finalizar este trabalho. Seja pelo contato pessoa e/ou por meio das redes sociais, sempre me concedeu apoio, força, carinho, amor e, principalmente, grandes conselhos éticos e morais para que eu exercesse da melhor forma possível o papel de ser humano, filho, irmão, amigo, estudante e profissional.

Ao John Walysoy Lira Dourado (irmão) e Edvard Mesquita de Azevedo Neto (irmãozinho), pessoas pelas quais também durante este momento desempenharam tão bem o papel de irmão, me concedendo carinho, apoio e amor, compreendendo minhas longas ausências e deixando os momentos de pausas da escrita mais leves em meio as descontrações em família.

As Profa. Dra. Antonia Eliana de Araújo Aragão (*in memoriam*), ser humano incrível que o universo me possibilitou conhecer durante a metade da minha vida acadêmica. Sempre me incentivou para o desenvolvimento das atividades indissociáveis ensino-pesquisa-extensão na faculdade e nos momentos de pausa para diálogo, por meio de uma alocução delicada, carinhosa, pacífica e humilde, me oportunizou ensinamentos éticos e morais para que

eu pudesse desempenhar o papel de estudante e profissional nos espaços de atuação, principalmente, de ser humano aqui na terra.

A Profa. Dra. Keila Maria de Azevedo Ponte, que de encontro no início da faculdade por meio da disciplina Introdução a Enfermagem me apresentou da maneira mais bela a ciência no campo da Enfermagem, instigando a produção científica e, que durante a função de orientadora enquanto era bolsista do Programa de Inovação Científica e Tecnológica do Conselho Nacional Desenvolvimento Científico e Tecnológico, fomentou o desenvolvimento de competências e habilidades para atuação neste campo que tenho tanta afinidade.

A Profa. Dra. Francisca Alanny Rocha Aguiar, pessoa a qual tenho um grande carinho pelo ser humano que se faz presente neste mundo e admiração pela professora que produz constantemente no campo da docência na área da Enfermagem e Saúde Coletiva. Durante a minha jornada na graduação de Enfermagem, sempre me incentivou diálogos sobre questões que envolviam o campo da Saúde Coletiva e Saúde Pública, além de desenvolvimento de pesquisa a produção de trabalhos científicos envolvendo a atenção primária à saúde e atenção à saúde dos adolescentes. E, nesta reta final em meio aos diálogos ter me apoiado para a conclusão do curso e do trabalho escrito. Deste modo, a conquista da entrada no curso de mestrado e do desenvolvimento deste trabalho, são parte das orientações de todas estas as quais considero como grandes mestras na minha vida.

A Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa, professora que lugar de orientadora durante esta longa jornada me conduziu com grande maestria e de forma muito sábia e peculiar as orientações abrindo pistas para o desenvolvimento deste trabalho enquanto projeto de pesquisa e versão de dissertação e contribuindo significativamente para a obtenção desta conquista que é parte de um sonho e interesse intrínseco maior e que reflete de modo direto na minha vida pessoal, acadêmica e profissional.

A Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota, professora no papel de co-orientadora inicialmente acolheu a proposta do estudo com os adolescentes na atenção primária em primeiro encontro realizado de orientação e desde então sempre tem se mostrado disponível e aberta para diálogos aos quais se fizeram necessários durante o curso do mestrado, ofertando sábios conselhos não apenas para o estudo mas para também para a vida, contribuindo assim substancialmente no desenvolvimento da pesquisa para o alcance dos resultados obtidos.

As Profa. Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro e Profa. Dra. Francisca Alanny Rocha Aguiar, as quais aceitaram participar como membros da banca examinadora, dispensando tempo para a leitura de todo o

material e que tenho uma grande admiração pelas pesquisadoras excepcionais que se fazem presente atualmente, contribuindo ainda significativamente no aperfeiçoamento dos aspectos deste trabalho dissertativo.

A Mariana Batista Teotônio de Melo (Mari), Naira Martins da Silva e Sarah Feitosa Lourenço (Sarita), amigas que de forma muito especial cito entre tantas outras, por terem acompanhado de modo mais próximo este longo processo de percurso, compreendido minhas longas ausências para dedicação na escrita e tornado os momentos mais leves e descontraídos, além de abrirem espaço para o compartilhamento de receios, medos, cansaços e apoiarem de forma especial para que eu alcançasse este resultado.

A Anyele Barroso Saldanha e Bruna Maria Osterno Mourão, colegas da turma do mestrado que tive a satisfação de conhecer e construir uma grande parceria. Durante este período me acompanharam em meio a escrita deste trabalho e de outros processos inerentes, dispensado sempre atenção, escutas e diálogos que foram essenciais para me fortalecer na continuidade da construção do material, além da ‘troca de figurinhas’ referente os processos do mestrado.

Ao José Luís Paiva de Mendonça Ferreira, Kilvia Paula Soares Macedo, Maria de Fátima Bastos Nóbrega de Almeida, Tiago Bento Costa de Oliveira e Ana Camila Bezerra de Sousa Silva, colegas no Centro de Educação Permanente em Gestão em Saúde da Escola de Saúde Pública Paulo Marcelo Martins, que durante este período foram fundamentais para que eu conseguisse realizar a coleta de informação no campo e concluísse a escrita deste material dissertativo, portanto, compreendendo sempre minhas ausências durante os processos de trabalho e apoiando a conclusão do curso de mestrado.

Aos Prof. Dr. Alberto Novares Ramos Júnior, Prof. Dr. Carlos Henrique Moraes de Alencar, Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo, Profa. Dra. Caroline Mary Gurgel Dias Florêncio, Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha, Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr, Profa. Dra. Lisandra Serra Damasceno, Prof. Dr. Luciano Lima Correia, Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira, Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado, Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi, Profa. Dra. Maxmiria Holanda Batista, Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena, Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes, Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno e Prof. Dr. Bernard Carl Kendall que em meio as aulas ministradas no mestrado implicaram substancialmente na apreensão de conhecimentos para o desenvolvimento deste estudo.

A Dominik Garcia Araújo Fontes e José Hemison de Sousa Magalhães, por desempenharem tão bem o processo de trabalho na secretaria do Programa de Pós-graduação

em Saúde Pública da UFC, mostrando-se durante este momento sempre disponíveis inclusive fora do expediente para sanar qualquer dúvida a respeito dos processos do mestrado e encaminhar demandas que envolviam de alguma forma esta pesquisa. Deste modo, foram também essências para a conclusão deste trabalho científico.

A Universidade Federal do Ceará, a qual por meio do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública com toda sua estrutura física e organizacional cooperou para esta grande conquista, ofertando ensino de qualidade por meio de excelentes docentes, espaços com ferramentas que possibilitaram o protagonismo e um acervo com materiais de estudos de excelência, sempre buscando atender as necessidades dos estudantes com base no que tem de mais novo inovador, especialmente neste momento de pandemia que disponibilizaram ferramentas digitais e alteraram a forma do processo de ensino-aprendizagem.

Ao Anselmo Alves Silvestre e Regina Claudia Oliveira de Sousa, agentes de comunitários da unidade de saúde que foram essenciais ao se mostram prontamente disponíveis para colaborar na coleta de informações com os adolescentes e familiares da comunidade.

A todos e todas aqueles (as), sejam conhecidos (as) e/ou desconhecidos (as), que de forma implícita e/ou explícita, estiveram presentes na minha vida durante este momento contribuindo de forma direta e/ou indireta para a obtenção dessa grande conquista.

Muito obrigado!

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar. (Eduardo Galeano)

## RESUMO

Apesar da elaboração de políticas para melhoria das condições de saúde e dos avanços nos serviços do Sistema Único de Saúde, observa-se que ainda persistem muitos desafios quanto a assistência à saúde dos adolescentes. De modo geral, nos serviços de saúde há práticas fragmentadas baseadas no modelo biomédico que não consideram as dimensões biológica, psicológica e social, além de pouco cuidado direcionado às singularidades desta população, com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS). Por esse ângulo, acredita-se que avaliar a qualidade do serviço contribui para monitorar os progressos e pontuar os obstáculos. Deste modo, objetivou-se avaliar a qualidade da APS ofertada ao adolescente. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, de caráter descritivo com abordagem qualitativa numa perspectiva avaliativa, realizado em novembro e dezembro de 2021, em uma unidade de APS do município de Fortaleza, Ceará. Constituiu-se como participantes da investigação os adolescentes, familiares e profissionais, utilizando para o levantamento de informações de quatro instrumentos guias com perguntas objetivas e/ou subjetivas. Para tanto, seguiu duas etapas distintas, sendo que na primeira realizou-se a integração na unidade a partir de uma aproximação e identificação de possíveis participantes e na segunda efetuou-se o levantamento de informações através da entrevista e observação sistemática. Na análise das informações utilizou-se o método hermenêutico-dialético. Este respeitou os princípios éticos conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa. Da análise e interpretação, ao final elaborou-se quatro categorias sobre o tema em questão. Na primeira, foram apresentadas as características do perfil dos participantes com diferentes aspectos sociais, demográficos, econômicos e ocupacionais como parte da realidade do país. Na segunda, os participantes por meio de depoimentos evidenciam que o acesso do adolescente ainda é escasso devido o próprio desinteresse do grupo ou por ausência da oferta de atendimento no serviço de saúde, este apenas acontecendo por alguma necessidade do paciente. O espaço do serviço é considerado satisfatório ao passo que também não é adequado ao público, a organização da unidade está direcionada aos processos de trabalho e os materiais, insumos e medicamentos ainda insuficientes. Na terceira, reconheceram os profissionais que compõem as equipes embora, por vezes, estes se mostrem ausentes e dispensem atenção com variação devido ao processo de trabalho. Na quarta, os participantes destacaram que não há oferta de serviços específicos e modelo de atenção é assistencial. Entre estes, destaca-se atendimento por programa, vacinas, exames complementares, encaminhamentos, métodos contraceptivos e atividades na

comunidade. Além disso, apresentaram que a unidade favorece o reestabelecimento e a promoção da saúde e os problemas que afetam são provenientes de comportamentos do grupo e da deficiência de cuidado. O estado de saúde dos adolescentes foi classificado como satisfatório embora alguns apresentassem algum problema em saúde. Houve (in)satisfação com a referida unidade de saúde e com o trabalho desenvolvido pelos profissionais. Nesse sentido, as evidências sendo sugestivas de que há necessidade de maior investimento na APS para a inclusão de questões que envolvem os adolescentes.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde; gestão da qualidade; atenção primária à saúde; adolescente.

## ABSTRACT

Despite the elaboration of policies to improve health conditions and the advances in the services of the Unified Health System, it is observed that many challenges still persist regarding the health care of adolescents. In general, in health services there are fragmented practices based on the biomedical model that do not consider the biological, psychological and social dimensions, in addition to little care directed to the singularities of this population, especially Primary Health Care (PHC). From this angle, it is believed that assessing the quality of service contributes to monitoring progress and scoring obstacles. Thus, the objective was to evaluate the quality of PHC offered to adolescents. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach in an evaluative perspective, carried out in November and December 2021, in a PHC unit in the city of Fortaleza, Ceará. The research participants were adolescents, family members and professionals, using four guide instruments with objective and/or subjective questions to collect information. For that, it followed two distinct stages, in the first one, the integration in the unit was carried out from an approximation and identification of possible participants and in the second, the collection of information was carried out through the interview and systematic observation. In the analysis of the information, the hermeneutic-dialectical method was used. This respected the ethical principles according to Resolution 466 of December 12, 2012 of the National Health Council and obtained a favorable opinion from the Research Ethics Committee. From the analysis and interpretation, at the end, four categories were elaborated on the subject in question. In the first, the characteristics of the profile of the participants with different social, demographic, economic and occupational aspects were presented as part of the reality of the country. In the second, the participants, through testimonies, show that the access of the adolescent is still scarce due to the group's lack of interest or the absence of the offer of care in the health service, this only happening due to some patient's need. The service space is considered satisfactory while it is also not suitable for the public, the organization of the unit is directed to work processes and the materials, supplies and medicines are still insufficient. In the third, they recognized the professionals who make up the teams, although sometimes they are absent and give attention with variation due to the work process. In the fourth, the participants highlighted that there is no offer of specific services and the care model is assistance. Among these, care by program, vaccines, complementary exams, referrals, contraceptive methods and activities in the community stand out. In addition, they showed that the unit favors the reestablishment and promotion of health and the problems they affect come from group behaviors and care deficiency. The health status of the adolescents was

classified as satisfactory, although some had some health problem. There was (dis)satisfaction with the referred health unit and with the work developed by the professionals. In this sense, the evidence suggests that there is a need for greater investment in PHC to include issues involving adolescents.

**Keywords:** health evaluation; quality management; primary health care; adolescent.

## LISTA DE ILUTRAÇÕES

Figura 1	- Processo da revisão integrativa da literatura.....	47
Figura 2	- Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as buscas nos bancos de dados.....	53
Figura 3	- Mapa da região metropolitana de Fortaleza localizada no estado do Ceará..	61
Figura 4	- Mapa da distribuição das regiões administrativas de Fortaleza localizada no estado do Ceará.....	62

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Estratégias de buscas utilizadas na revisão integrativa para aplicação nos bancos de dados.....	50
Quadro 2	- Etapas e momentos da coleta de informações durante o trabalho de campo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.....	67
Quadro 3	- Instrumentos de coleta de informações elaborados para utilização no trabalho de campo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.....	70
Quadro 4	- Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos adolescentes do estudo.....	75
Quadro 5	- Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos familiares do estudo.....	77
Quadro 6	- Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, de formação e ocupacional dos trabalhadores e profissionais do estudo.....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORES	Coordenadoria Regional
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
IP	<i>Internet Protocol</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyse</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RS	Secretarias Regionais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivo Específicos.....</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL DO ESTUDO.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Uma síntese sobre definições, critérios e indicadores da adolescência.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Tecendo fatos, contextos e conceitos sobre a APS.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3</b>	<b>Avaliação dos serviços e da qualidade em saúde à luz do quadro de Donabedian.....</b>	<b>41</b>
<b>3.4</b>	<b>Produção do conhecimento científico sobre APS do adolescente.....</b>	<b>46</b>
<b>3.4.1</b>	<i>1ª. Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.....</i>	<i>47</i>
<b>3.4.2</b>	<i>2ª. Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão.....</i>	<i>51</i>
<b>3.4.3</b>	<i>3ª. Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.....</i>	<i>51</i>
<b>3.4.4</b>	<i>4ª. Etapa: Categorização dos estudos selecionados.....</i>	<i>52</i>
<b>3.4.5</b>	<i>5ª. Etapa: Análise e interpretação dos resultados.....</i>	<i>52</i>
<b>3.4.6</b>	<i>6ª. Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.....</i>	<i>52</i>
<b>3.4.6.1</b>	<i>Acesso da população adolescente aos Serviços de Atenção Primária à Saúde...</i>	<i>54</i>
<b>3.4.6.2</b>	<i>Estrutura dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para cuidado aos adolescentes.....</i>	<i>55</i>
<b>3.4.6.3</b>	<i>Relação dos adolescentes e profissionais de Serviço de Atenção Primária à Saúde.....</i>	<i>55</i>
<b>3.4.6.4</b>	<i>Assistência prestada aos adolescentes pelos Serviços de Atenção Primária à Saúde.....</i>	<i>56</i>
<b>3.4.6.5</b>	<i>Colaboração entre Atenção Primária e demais setores no cuidado aos adolescentes.....</i>	<i>57</i>

3.4.6.6	<i>Repercussões na saúde dos adolescentes atendidos pelos Serviços de Atenção Primária.....</i>	57
3.4.6.7	<i>Facilidades, barreiras e sugestões da Atenção Primária à saúde do adolescente.....</i>	58
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>60</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo e Abordagem.....</b>	<b>60</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário da Investigação.....</b>	<b>61</b>
<b>4.3</b>	<b>Período da Pesquisa.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4</b>	<b>Participantes do Estudo.....</b>	<b>65</b>
<b>4.5</b>	<b>Métodos e Técnicas da Investigação.....</b>	<b>66</b>
<b>4.5.1</b>	<i>Integração na unidade do cenário do estudo.....</i>	<i>67</i>
<b>4.5.2</b>	<i>Levantamento de informações no cenário do estudo.....</i>	<i>68</i>
<b>4.6</b>	<b>Instrumentos de Coleta de Dados.....</b>	<b>69</b>
<b>4.7</b>	<b>Análise, Interpretação e Apresentação das Informações.....</b>	<b>71</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos Éticos do Estudo.....</b>	<b>73</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos participantes.....</b>	<b>75</b>
<b>5.2</b>	<b>Acesso da população adolescente a UAPS e estrutura, insumo e material para assistência.....</b>	<b>79</b>
<b>5.2.1</b>	<i>Baixa procura da população adolescente pela unidade de saúde.....</i>	<i>80</i>
<b>5.2.2</b>	<i>Presença dos adolescentes da comunidade no serviço de saúde.....</i>	<i>84</i>
<b>5.2.3</b>	<i>Estrutura física da unidade de saúde para atendimento aos adolescentes.....</i>	<i>87</i>
<b>5.2.4</b>	<i>Estrutura organizacional para assistência ao adolescente no serviço.....</i>	<i>93</i>

5.2.5	<i>Insumos e materiais ofertados à população adolescente.....</i>	98
5.3	<b>Profissionais das equipes de saúde da UAPS no cuidado à população adolescente.....</b>	102
5.3.1	<i>Profissionais no atendimento aos adolescentes da comunidade.....</i>	102
5.3.2	<i>Atendimento dos profissionais aos adolescentes na unidade de saúde.....</i>	105
5.3.3	<i>Deficiência no cuidado dos profissionais aos adolescentes da comunidade....</i>	114
5.3.4	<i>Relação estabelecida entre os profissionais com os adolescentes.....</i>	119
5.3.5	<i>Situação dos profissionais no atendimento ao adolescente.....</i>	123
5.3.6	<i>Qualificação dos profissionais para assistência ao adolescente.....</i>	127
5.4	<b>Serviços ofertados aos adolescentes e repercussão, impacto e satisfação com APS.....</b>	131
5.4.1	<i>Atendimento prestado ao adolescente na unidade de saúde.....</i>	131
5.4.2	<i>Exames complementares ofertados aos adolescentes da comunidade.....</i>	135
5.4.3	<i>Serviços específicos da rotina da unidade oferecidos ao adolescente.....</i>	137
5.4.4	<i>Ações para os adolescentes do trabalho intersetorial e da rede em saúde.....</i>	139
5.4.5	<i>Deficiência na oferta de serviços para os adolescentes da comunidade.....</i>	145
5.4.6	<i>Repercussão dos serviços na saúde da população adolescente.....</i>	151
5.4.7	<i>Estado geral e problemas de saúde dos adolescentes da comunidade.....</i>	158
5.4.8	<i>(In)satisfação com a unidade de saúde para atendimento ao adolescente.....</i>	162
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	168
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	172
	<b>APÊNDICES.....</b>	206
	<b>APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	207

<b>APÊNDICE B – DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES MENORES DE IDADE.....</b>	<b>248</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS/RESPONSÁVEL LEGAL.....</b>	<b>250</b>
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADOLESCENTES MAIORES DE IDADE.....</b>	<b>252</b>
<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS FAMILIARES DOS ADOLESCENTES.....</b>	<b>254</b>
<b>APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>256</b>
<b>APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA ADOLESCENTE.....</b>	<b>258</b>
<b>APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA FAMILIAR.....</b>	<b>262</b>
<b>APÊNDICE J - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAL.....</b>	<b>266</b>
<b>APÊNDICE K - INSTRUMENTO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....</b>	<b>271</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>275</b>
<b>ANEXO A - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH.....</b>	<b>276</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>278</b>
<b>ANEXO C - DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS.....</b>	<b>283</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O período da adolescência está caracterizado como um processo inerente ao ciclo de vida do ser humano (AGUIAR et al., 2018), fundamentado por questões biológicas em que se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade (SOUZA; SILVA, 2018). Nesta faixa etária ocorre também grandes modificações nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, possuindo uma propensão de formar grupos de amigos e o surgimento de desejos ambivalentes, descoberta de afinidades entre os pares e reflexões sobre planos para a vida (SILVA; SILVA, 2017).

De modo geral, este grupo se torna mais vulnerável as circunstâncias que põem a saúde em risco. Por exemplo, o sexo desprotegido é um dos fatores que mais contribuem para aumentar o número de anos de vida perdidos por incapacidades (MOKDAD et al., 2013). O consumo de substâncias ainda continua crescendo entre eles, sendo encarado como um problema de Saúde Pública pelo conjunto de danos associados (BELZUNEGUI-ERASO et al., 2020). E, as causas externas são as principais causas de morbimortalidade nesta população, com estimativas de 7,26 milhões de mortes em todo o mundo (KASSEBAUM et al., 2015). Isto, portanto, demandando o desenvolvimento de intervenções para a promoção da saúde e a prevenção de agravos (DOURADO et al., 2021).

Sabe-se que a proteção integral de crianças e adolescentes é assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao reconhecê-los como sujeitos sociais e portadores de direitos e garantias próprias, independente de seus pais e/ou familiares responsáveis e do próprio Estado. Este estabeleceu obrigações diferenciadas para o Estado, as famílias e a sociedade em geral, caracterizando a denominada Doutrina da Proteção Integral. O estatuto, portanto, sendo resultado de uma luta ampla e intensa de vários setores sociais organizados que buscaram construir uma nova seara jurídica e política para as crianças e adolescentes brasileiros de modo a assegurar o crescimento e desenvolvimento integral (CASTRO; MACEDO, 2019).

Além disso, atendendo às particularidades desta etapa da vida permeada por vulnerabilidades, a União, os estados e os municípios têm atuado também de forma colaborativa para elaborar e implementar políticas públicas à saúde voltadas aos adolescentes, em busca de garantir a integralidade no cuidado nos diferentes serviços de saúde. Estas possuem como principal escopo reduzir as principais doenças que acometem a população no cenário nacional, melhorar a vigilância e a proteção da saúde e promover a qualidade de vida deste grupo,

contemplando ainda a determinação do referido ECA que garante o direito de proteção à vida e à saúde (DAMASCENO et al., 2016).

Apesar da elaboração destas políticas para melhoria das condições de saúde e dos grandes avanços na expansão de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que ainda persistem muitos desafios quanto a assistência à saúde do adolescente (SILVA; ENGSTROM, 2020). Nos serviços de saúde há práticas fragmentadas baseadas no modelo biomédico que não consideram as dimensões biológica, psicológica e social, além de pouco cuidado direcionado às singularidades e necessidades da população (PENSO et al., 2013). Além disso, verifica-se que nos cenários do sistema de saúde os profissionais enfrentam grandes condições adversas no processo de trabalho, excesso de população cadastrada no serviço, poucos recursos materiais, insumos e equipamentos, além de profissionais não capacitados para práticas clínicas ampliadas que incluem a promoção da saúde e a prevenção de agravos (SILVA; ENGSTROM, 2020).

Evidencia-se também disposição geográfica dispersa, deficiência de informação sobre meios de obtenção do cuidado e ausência de transporte para chegar aos serviços, além de questões relacionadas as próprias características organizacionais. Ademais, a ausência de doença entre os adolescentes é o principal motivo da não presença no serviço, seguido de dificuldade para encontrar a unidade ou não gostar da qualidade do atendimento. Outros fatores incluem a preocupação acerca do sigilo do atendimento, o desconhecimento dos serviços e o desconforto em compartilhar preocupações (MARTINS et al., 2019). Na avaliação em países europeus, em alguns casos identificou-se que a incapacidade de ofertar atendimento de urgência e a falta de confidencialidade afastavam os adolescentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (JANSEN et al., 2019).

Contudo, salienta-se que a atenção à saúde ao adolescente exige uma abordagem mais criteriosa dos serviços, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (MARTINS et al., 2019). Esta é uma proposta composta no Brasil pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo a primeira indicada pelo Ministério da Saúde para reorientação do SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O arranjo organizativo flexibilizado em 2017, permite diferentes modalidades de equipes de saúde, composta por generalistas e sem a presença de agente comunitário e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (SILVA; ENGSTROM, 2020). Nesse contexto, configura-se como ponto preferencial de contato do usuário, família e comunidade com o sistema de saúde e promove a oferta de cuidados para a promoção, detecção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BARBIANI et al., 2014).

Por esse ângulo, acredita-se que avaliar a qualidade da APS contribui para monitorar os progressos e pontuar os obstáculos, viabilizando o direcionamento de intervenções no processo de planejamento e a delimitação de estratégias para sua melhoria e alcance de maior resolutividade (FERREIRA et al., 2021). Com esse intento o Ministério da Saúde lançou no ano de 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (LIMA et al., 2018) com a proposta de incentivar e sensibilizar os gestores e as equipes na melhoria da qualidade dos serviços, instituindo processos progressivos e contínuos de avaliação e monitoramento como parte do planejamento e do cotidiano das unidades de saúde. Essa iniciativa trouxe grandes avanços, fomentou debates sobre o delineamento da APS e conduziu pesquisas de abrangência à nível nacional (LIMA et al., 2018).

No entanto, a avaliação por meio de experiências de usuários, familiares e profissionais envolvidos nos serviços de saúde tem se apresentado também como outra alternativa importante para reconhecer a atenção à saúde ofertada no âmbito da APS (SILVA; ENGSTROM, 2020). Verifica-se que as concepções dos usuários permitem avaliar sua relação com o profissional e a satisfação do atendimento, enquanto a percepção do profissional viabiliza diagnosticar as características do serviço e as suas próprias condutas (VOLTPO et al, 2010). Apesar disso, o aspecto subjetivo de avaliação tem sido ainda pouco explorado nas investigações e guarda em seus meandros muitas questões a serem desveladas. Nesta perspectiva, denota-se a sua relevância ao considerar que as apreensões dos participantes podem repercutir nas ações para a promoção da qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Embora a qualidade dos serviços de saúde se configure como um termo imperativo social e técnico (BRASIL, 2007), os patamares de exigências pela população se elevaram com consequente procura de serviços seguros e eficazes, demandando cada vez mais do Estado o desenvolvimento de ações nesse contexto. Observa-se que a definição de qualidade se apresenta de forma multidimensional, todavia, essas descrições podem ser condensadas em elementos comuns, por exemplo, a satisfação das necessidades e expectativas dos pacientes, conformidade com as especificações, melhor relação custo *versus* benefício. No campo da saúde, qualidade constitui-se como produto social expresso por expectativas acerca das relações entre usuários e profissionais e as formas como são legitimados os papéis no sistema de saúde (GASTAL; ROESSLER, 2006).

O quadro conceitual mais utilizado para a avaliação e qualidade dos serviços inclusive neste estudo é o estabelecido por Donabedian (1990). Para o autor, a qualidade não se constitui como atributo abstrato e deve ser construída por sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, considerados como atributos

referentes às características das práticas de saúde e da sua organização social. O modelo proposto está baseado na avaliação da tríade estrutura, processo e resultados para mensurar os diversos fatores envolvidos na atenção à saúde. Este leva em conta a operação de um olhar retrospectivo sobre distintos componentes do sistema de saúde, tanto no que se refere aos recursos quanto as atividades de produção, bem como os resultados obtidos em termos de saúde (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Logo, essa proposta permite a utilização de diferentes mecanismos metodológicos para orientar no desenvolvimento de uma avaliação da qualidade dos serviços de saúde a partir de várias dimensões, incluindo questões que dizem respeito a atenção à saúde da população adolescente no cenário da APS. Ante tais considerações expostas, este estudo tem como fio condutor a seguinte pergunta: Como os adolescentes, familiares e profissionais avaliam a qualidade da APS ofertada aos adolescentes?

Sendo assim, desenvolveu-se esta pesquisa em busca de responder tal pergunta que é parte do interesse em levantar informações acerca da assistência à saúde ofertada a população adolescente, tendo em vista reconhecer a realização de intervenções de modo pontual para agravos específicos. É também motivada pela necessidade da discussão no âmbito do serviço de APS, ao identificar a existência de lacunas práticas de cuidados que atendam as peculiaridades e necessidades deste grupo. Tudo isto, a partir da experiência pessoal, acadêmica e profissional em meio a trajetória de vida que, de certo modo, direto ou indireto, suscitaram a elaboração de várias questões sobre a realidade vigente e realização do estudo em busca de respostas para tal problema.

Durante o período da adolescência em município de pequeno porte no interior do estado do Ceará, destaco que pouco ou talvez nunca estive presente na UAPS em ações de saúde, sendo a procura na maioria das vezes para uma consulta com profissional centrado na queixa para resolução do problema. Na graduação, por meio da participação em atividades de intervenção de disciplinas, grupos de estudo, pesquisa e extensão e vivências práticas e estágios supervisionados em UAPS, observei a incipiência de ações direcionados aos adolescentes da comunidade adscrita, sendo a maioria de cunho biomédico centrado no diagnóstico e tratamento da doença. Na atuação profissional, percebi que não há um atendimento de modo sistematizado por parte da equipe de saúde que compõem o quadro de trabalhadores, mas de acordo com a demanda da unidade de saúde ao existirem outras prioridades com grupos populacionais.\*

---

\*Este parágrafo do texto é parte da história de vida retratada pelo pesquisador no acesso ao serviço de APS.

Além disso, em estudos que as evidências científicas sobre a assistência à saúde na APS ofertada aos adolescentes são pouco frequentes a nível nacional, a maioria é sobre temas específicos para um determinado tipo de cuidado em saúde, como, por exemplo, gravidez na adolescência, comportamento sexual, abuso de drogas, violência entre pares, entre outros. Deste modo, a adolescência ainda sendo identificada como um período da vida que se delimita aos aspectos biopsicológicos e/ou aos critérios cronológicos, desconsiderando outros elementos que são importantes para assegurar os adolescentes enquanto sujeitos sociais com múltiplas dimensões (DOURADO et al., 2020).

Desta forma, essa carência de estudos apontando para a necessidade de realizar esta investigação nesse âmbito, a fim de contribuir com achados que subsidiem o redirecionamento das práticas assistenciais a serem desenvolvidas pelos profissionais nos serviços de APS. Além disso, no planejamento, implementação e avaliação de ações em saúde e políticas públicas direcionadas a garantir a Atenção Primária de forma integral e igualitária para esse grupo populacional.

Nesse sentido, as páginas que seguem trazem à tona as partes do trabalho final escrito sobre a APS da população adolescente, tendo a priori os objetivos geral e específicos delineados em busca de encontrar respostas para o problema levantado. Soma-se isto ao referencial do estudo composto por uma revisão efetuada na literatura que originou quatro tópicos sobre os aspectos da adolescência, fatos da atenção primária, elementos da avaliação da qualidade dos serviços e evidências científicas acerca da APS do adolescente. Há ainda a metodologia com a descrição dos métodos e das técnicas utilizadas no estudo para o desenvolvimento do trabalho de campo em busca das informações.

Ademais, os resultados finais obtidos no estudo e a discussão realizada por meio da literatura científica, os quais foram organizados em quatro categorias contemplando a caracterização do perfil sociodemográfico e econômico dos participantes; acesso da população adolescente a unidade e estrutura, insumo e material para assistência; profissionais das equipes de saúde no cuidado à população adolescente; e serviços ofertados aos adolescentes e repercussão, impacto e satisfação com APS. Por fim, as considerações finais com a apresentação dos principais resultados obtidos, desafios, contribuições e limitações do referido estudo e sugestões para pesquisas envolvendo o tema.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade da APS ofertada ao adolescente na perspectiva de adolescentes, familiares e profissionais de saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ❖ Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos participantes;
- ❖ Analisar as condições existentes da APS para provisão do cuidado aos adolescentes;
- ❖ Conhecer as atividades desenvolvidas pela APS na assistência à saúde dos adolescentes;
- ❖ Identificar as repercussões da relação e interação com a APS na saúde dos adolescentes.

### 3 REFERENCIAL DO ESTUDO

Sem a pretensão de elaborar uma análise exaustiva e/ou esgotar discussão sobre a temática do estudo, desenvolveu-se uma leitura reflexiva e crítica das publicações para maior aproximação com os materiais sobre o tema e melhor compreensão dos desdobramentos da referida pesquisa. E, ao final deste processo se debruçou nesse espaço específico para apresentação dos elementos considerados mais importantes nas leituras realizadas para a consolidação do referido enfoque.

Deste modo, como estratégia de exposição sistematizou os apontamentos em quatro tópicos sequenciais dos temas tratados de forma que fossem situados em níveis distintos. Na apresentação que se segue, destaca-se um caminho progressivo no plano dos temas acerca da adolescência, APS, avaliação e qualidade em saúde e, por fim, do estado da arte. Partindo destas questões situadas no qual se denomina de referencial do estudo, focalizou-se, então, gradualmente: Uma síntese sobre definições, critérios e indicadores da adolescência; Tecendo fatos, contextos e conceitos sobre a APS; Avaliação dos serviços e da qualidade em saúde à luz do quadro de Donabedian e Produção do conhecimento científico sobre APS do adolescente.

#### 3.1 Uma síntese sobre definições, critérios e indicadores da adolescência

A adolescência como etapa da vida humana apresenta os seus primeiros relatos desde civilizações mais antigas. Deste modo, filósofos gregos como Sócrates (469-399 a.C.) e Aristóteles (384-332 a.C.) já descreviam as características a partir de aspectos inerentes ao corpo, sendo ressaltadas a impulsividade e a turbulência (DAVIM et al., 2009). Contudo, havia poucas referências sobre este grupo nesta época, pois crianças e adolescentes não tinham nenhum *status* especial na sociedade e não eram reconhecidos como uma categoria etária do curso de vida (DOURADO et al., 2020).

Foi somente entre o final do século XIX e o início do século XX que a adolescência então se tornou objeto de investigação crescente e acentuado entre escritores, artistas, moralistas e políticos (SILVA; LOPES, 2009). Naquele século, marcado pelos grandes avanços teóricos nas ciências em geral, advindos da adoção de modelos sistêmicos para a compreensão de fenômenos do desenvolvimento, ela passou a ser vista no ocidente como um conjunto de fatores inter-relacionados de aspectos histórico, social, cultural e político (SILVA; LOPES, 2009; SENNA; DESSEN, 2012) e momento crítico da existência humana pelos riscos em potencial

para o próprio indivíduo e sociedade como um todo (SCHOEN-FERREIRA; FARIAS; SILVARES, 2010).

Deste modo, na história do estudo científico sobre a adolescência é possível identificar duas fases teóricas justapostas (GOOSENS, 2006). A primeira, ocorreu no início do século XX até meados dos anos de 1970 com a realização de estudo descritivos e não teóricos. A segunda, começou por volta dos anos de 1970 quando a ciência passa a ter foco na avaliação de modelos teóricos e hipotéticos. Esse último se sobressaiu pelo crescente interesse por pesquisas longitudinais e modelos sistêmicos e, ainda pela diversidade e plasticidade dos processos no percurso da vida (SENNA; DESSEN, 2012).

Em síntese, durante a primeira datada no ano de 1904 se destacou o grupo composto pelo Granville Stanley Hall. A partir da teoria biologicista, baseada nos aspectos da filogênese e ontogênese, o psicólogo define a adolescência como um período de transição inevitável e universal. Este defende a influência da cultura ao passo que valoriza as diferenças individuais e a característica de maleabilidade (ARNETT, 1999). O segundo nos pressupostos da psicanálise de Sigmund Freud, não a reconheceu como uma etapa diferente da vida humana, mas como crucial para o seu desenvolvimento. Este descreveu como uma reativação de forma madura e genital, por vários impulsos agressivos e sexuais já experimentados pela criança nas fases iniciais de seu desenvolvimento (SENNA; DESSEN, 2012).

O terceiro grupo de teorias é apresentado por priorizar aspectos sociais e culturais e preconizar que o comportamento é adaptativo. Na busca por analisar a universalidade do preconceito de turbulência atribuída à adolescência, Margaret Mead (1979) relaciona a rebeldia da puberdade contra a autoridade dos pais ao idealismo do indivíduo enquanto jovem. O quarto tem como precursor Jean Piaget, que merece ênfase ao privilegiar os processos cognitivos do desenvolvimento. Este destaca que no desenvolvimento do pensamento formal, o adolescente durante este período da vida revela uma maneira própria de compreender a realidade e elabora sistemas como tentativa de se adaptar e mudar o mundo (INHELDER; PIAGET, 1976).

Embora as teorias clássicas descrevessem as distintas transformações durante a adolescência, com base em diferentes aspectos a nível individual, estas ainda não eram suficientes para tentar explicar a complexidade do desenvolvimento desta etapa do curso da vida (SENNA; DESSEN, 2012). Assim sendo, na medida em que evidências empíricas foram sendo então reproduzidas, novos modelos relacionados ao desenvolvimento foram emergindo. Estes reconheciam o caráter fundamental e integrador dos diferentes níveis de organização da ecologia do desenvolvimento humano, gerando a necessidade de novos aportes teóricos,

culminando então na segunda fase dos estudos científicos da adolescência (LERNER; STEINBERG, 2009).

Essa etapa teve início no ano de 1970 à medida que os estudos empíricos não estavam mais vinculados aos modelos teóricos clássicos e novas perspectivas acerca do desenvolvimento humano no curso de vida começaram a emergir (GOOSENS, 2006). Deste modo, um grupo de pesquisadores se reuniu com o objetivo de elaborar uma síntese que servisse para conduzir os estudos. Seus participantes propuseram um modelo abrangente denominado de Ciência do Desenvolvimento, em que este último se refere a um fenômeno multifacetado, composto por um conjunto de processos com mudanças estruturais, organizacionais e progressivas (CAIRNS; ELDER; COSTELLO, 1996).

O desenvolvimento passou a ser observado como epigenético e probabilístico, na medida em que pontos contextuais e biológicos foram considerados interativos entre os pesquisadores, gerando um grande desafio para a área e o levantamento de várias questões (SENNA; DESSEN, 2012). A abordagem sistêmica foi então de fundamental importância para a compreensão de questões sobre desenvolvimento humano, tanto no que se refere a sua relação recíproca com o sistema como a sua evolução em padrões no tempo. Entre os arcabouços teóricos que representam essa nova perspectiva, destaca-se a Teoria do Curso de Vida proposto por Elder (1996) e o Modelo Bioecológico por Bronfenbrenner (1999).

Esta primeira postula a integração de conceitos sobre o desenvolvimento, ultrapassando modelos mais tradicionais, unidimensionais, unidirecionais, unifuncionais e lineares de crescimento e maturação biológica (ELDER; SHANAHAN, 2006). Baseia-se na identificação dos estágios de vida nos aspectos processuais, contextuais e temporais para entender as transformações que ocorrem. Nesta perspectiva, as mudanças históricas, ambientais e geográficas e os padrões de vida do indivíduo modelam o conteúdo, a forma e o processo na história e no mundo social em diversos níveis (ELDER, 1996). Ao adotar uma visão holística sobre os indivíduos, preceitua o desenvolvimento de ganhos como perdas, sendo que as potencialidades são manifestadas por meio da plasticidade intraindividual (ELDER; SHANAHAN, 2006).

Reconhece-se também que a teoria contribuiu não somente para a compreensão da atual concepção sobre a adolescência, mas para a adesão de aspectos metodológicos mais robustos e apropriados com vistas a responder questões desta etapa da vida (SENNA; DESSEN, 2012). Em conformidade com a abordagem do Curso de Vida proposto por Elder (1996) ainda na década de 1970, Bronfenbrenner (1996) apresentou uma outra abordagem teórica para

conduzir os estudos em desenvolvimento intitulada de Modelo Ecológico e, posteriormente denominada de Modelo Bioecológico após sua revisão final (BRONFENBRENNER, 1999).

Esta segunda postula que para compreender o desenvolvimento, torna-se necessário identificar quatro elementos básicos, os quais estão inter-relacionados e são dinâmicos no referido modelo, a saber: (P) processo, (P) pessoa, (C) contexto e (T) tempo (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998). Nesse sentido, acentua que ao longo do desenvolvimento o adolescente enquanto pessoa (P) se envolve em processos (P) de interações mútuas com outros indivíduos (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000). Ao apresentar características particulares, além de uma forma própria de lidar com as experiências, é visto como um sujeito ativo que apresenta interação com o contexto (C). Entre as relações (in)diretas ocorrem transições que podem ser normativas ou não-normativas, ambas a níveis do micro, meso e macrotempo (T) (BRONFENBRENNER, 1999).

Contudo, somente com a chegada do século XXI marcada por um contexto de rápidas mudanças, observa-se o estímulo e o interesse de políticos, profissionais e pesquisadores para a condução de pesquisas direcionadas aos aspectos sociais e a utilização dos seus desfechos em direção ao progresso (SENNA; DESSEN, 2012). Este ponto de vista do desenvolvimento humano de forma positiva busca ultrapassar a negativa que no século XX dominou os campos da ciência do desenvolvimento. Embasada na concordância de educadores, terapeutas e cientistas, a visão busca defender que tanto os adolescentes são fontes de recursos e forças internas a serem construídos, como todas as famílias, escolas e comunidades possuem elementos que podem impulsionar o crescimento saudável deste grupo (LERNER et al., 2009).

E, por este ângulo, emerge uma nova proposta de estudo denominada a Ciência Aplicada ao Desenvolvimento, visando compartilhar evidências científicas para a comunidade e propor aperfeiçoamentos na vida dos adolescentes (LERNER; WERTLIEB; JACOBS, 2005). Por meio da explicação dos processos normativos e da descrição dos aspectos saudáveis, esta tendência atual direciona ações no sentido de prevenir riscos e otimizar resultados ao invés de remediar problemas (LERNER; FISHER; WEINBERG, 2000). As intervenções reforçam as diferenças interindividuais e intraindividuais, bem como a centralidade do contexto e das relações bidirecionais entre os diferentes níveis ecológicos do desenvolvimento (SENNA; DESSEN, 2012).

Deste modo, a compreensão acerca da adolescência se traduz então na integração de diversos conhecimentos sobre mudanças biológicas, desenvolvimento psíquico, influências hereditárias, higiene de sono, qualidade física, relações sociais, condições religiosas, educacionais e culturais, entre outras típicas desta fase (SENNA; DESSEN, 2012). Constitui-

se ainda como um desafio que ao superá-lo implica no reconhecimento dos ajustamentos positivos na adolescência, dos aspectos normativos necessários ao desenvolvimento e das possibilidades de contextos que tonificam o adolescente saudável na sociedade contemporânea (THEOKAS et al., 2005). Está interessada em promover o desenvolvimento positivo, especialmente ao reconhecer que estes representam o futuro da humanidade. Os estudiosos estão engajados em transformar essa população em adultos comprometidos consigo, suas famílias, comunidades e sociedade (SCHOEN-FERREIRA; FARIAS; SILVARES, 2010)

Em meio a isto há também as tentativas de caracterizar este período do curso de vida por meio da classificação de critérios cronológicos (DOURADO et al., 2020), advindos da ideia de fases ou idades da vida que teve início na Idade Média, a partir das observações sobre as distintas formas de assistência ao cuidado, abrigo e sustento das pessoas desfavorecidas e as funções sociais no decorrer do ciclo vital (SOUZA; HOMET, 1999). Naquela época, as fases da vida humana correspondiam a períodos de sete anos distintos entre os grupos de pessoas. A segunda idade era chamada de pueritia e começava aos sete e terminava aos 14 anos. A terceira idade estava entre os 14 e 21 anos de idade e era denominada de adolescência, uma vez que a pessoa estaria pronta para procriar. Para alguns, terminava aos 21 anos, mas para outros durava até os 28 anos, podendo ser estendida até os 30 ou 35 anos de idade (GROSSMAN, 1998).

Estes critérios etários também são adotados atualmente embora que de maneira diferente ao modelo anterior, tornando-se bastante úteis na identificação de parâmetros relevantes para investigação epidemiológica e elaboração de políticas com vistas a subsidiar o desenvolvimento de ações de serviço social e programas de saúde pública. Tem-se utilizado mais por conveniência, ao agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens em programas comunitários, contemplando, os discentes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social (EISENSTEIN, 2005).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1965) considerada a adolescência como um estágio durante a segunda década da vida dos seres humanos, que se inicia aos dez anos e termina aos 19 anos de idade, sendo dividida em três etapas, a saber: pré-adolescência (dez aos 14 anos), adolescência (15 a 19 anos) e juventude (15 a 24 anos). Enquanto a *United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)* em virtude do abismo de experiências particulares que separa os adolescentes jovens e velhos, classifica em dois momentos distintos. Em um sentido amplo, pode-se considerar como fase inicial da adolescência, o período que se estende dos dez aos 14 anos e fase final da adolescência, de maneira geral, entre a idade dos 15 aos 19 anos (UNICEF, 2011).

Nas normas e políticas de alguns países do mundo, existem outros critérios etários que permanecem flexíveis e contraditórios, de acordo com os costumes e as culturas locais. No Brasil, por exemplo, observa-se que as faixas etárias apresentam variações e há grande interesse nas idades de dez a 24 anos. O Ministério da Saúde (2017) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2007) estabelecem os mesmos critérios cronológicos adotados pela OMS (1965). Já o ECA, por meio da Lei 8069, de 13 julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, caracteriza a pessoa como criança até 12 anos de idade incompletos e adolescente na faixa etária compreendida de 12 a 18 anos de idade e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável entre 18 e 21 anos de idade.

Em outros documentos ainda existe uma classificação de faixa etária que faz interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Deste modo, pelo Estatuto da Juventude do país para os efeitos da Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, a partir das idades de 15 a 17 anos são adolescentes-jovens, entre 18 aos 24 anos são jovens-jovens e de 25 a 29 anos são jovens-adultos. No campo da pesquisa científica, divide-se conforme às particularidades identificadas, em inicial, intermediária e final, variando em função das idades de início e fim. Nesse sentido, classifica-se adolescente precoce abaixo dos 15 anos, adolescente-jovem entre 15 e 19 anos e adulto-jovem dos 20 aos 24 anos de idade (SMETANA; CAMPIONE-BARR; METZGER, 2006).

Deste modo, não há consenso quanto à faixa etária exata que determina o grau de desenvolvimento completo para o desempenho das atividades referente a adolescência. Além disso, apesar da idade cronológica ser a mais usada à nível nacional como internacional para demarcar este período pela comunidade científica, verifica-se que muitas vezes não é o melhor critério em virtude da variabilidade e diversidade dos parâmetros. Os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, denominados de assincronia de maturação, se mostram também relevantes para a compreensão das características e ampliação conceitual (EISENSTEIN, 2005). Essas mudanças, na visão do desenvolvimento humano, são de grande importância, abrindo novas fronteiras para o entendimento do desenvolvimento e, mais especificamente para a adolescência (SCHOEN-FERREIRA; FARIAS; SILVARES, 2010).

Destarte, para delimitar a adolescência em reconhecimento as particularidades individuais como coletivas, torna-se importante incluir não só apenas os aspectos etários e físicos como também os sociais e culturais. Deve-se partir de uma descrição relacionada basicamente a concepções de mudanças múltiplas e simultâneas fundamentais ao desenvolvimento humano, ao entender que tais transformações acontecem tanto no próprio

indivíduo quanto nas suas relações com as conjunturas das quais ele faz parte (SENNA; DESSEN, 2015).

Mais do que isso, urge em um sentido imparcial descrever não a adolescência e o adolescente de forma singular e, sim as adolescências e os adolescentes de modo plural, influenciados por contextos sociais, históricos, culturais, políticos e econômicos, os quais estão ao seu redor e pertencem a sua realidade. Acredita-se que ao trabalhar nessa perspectiva o indivíduo passa a elaborar concepções em relação ao sujeito de que fala a partir da dimensão do tempo e do espaço e, por meio destes aspectos pode ainda levantar questões sobre situações que aumentam, em menor ou maior grau, a vulnerabilidade dos adolescentes à problemas e agravos em saúde (DOURADO et al, 2020).

Não obstante, na sociedade contemporânea ainda se verifica a circulação de concepções errôneas associadas a conflito, irresponsabilidade e desordem sobre a adolescência, com destaque para um problema social a ser resolvido que merece atenção pública. Além disso, o enfoque em particular das pesquisas tanto nacionais como internacionais está fortemente direcionado a repertórios de situações inerentes a esta etapa da vida (DOURADO et al., 2020), em virtude de os problemas decorrentes e os fatores associados causar ônus para o indivíduo, família, comunidade e sociedade em geral (PINTO et al., 2018).

A contaminação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), por exemplo, vem se apresentando como um grave problema. Globalmente, estima-se que a cada dia há mais um milhão de casos curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos, correspondendo a mais de 376 milhões casos de infecção, entre os quais, destacam-se por tricomoníase com 156 milhões, seguido de clamídia com 127 milhões, de gonorreia com 87 milhões e sífilis com 6,3 milhões. No que se refere ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que, por vezes, evolui para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), observa-se que estes tem causado impactos profundos na saúde desta população. Dados recentes apresentam que as proporções de HIV são diferentes entre os casos, evidenciando que a maioria ocorre no sexo feminino, com estimativa de 5.500 jovens entre 15 e 24 anos toda semana, com destaque para a África Subsaariana que em cada seis casos de infecção cinco estão para meninas de 15 a 19 anos (UNAIDS, 2020).

No Brasil, não existem ainda informações sobre a prevalência de IST comuns entre a população adolescente nas diferentes regiões do país, em virtude de somente o HIV e a sífilis se apresentarem como notificação compulsória e os indivíduos com a infecção apenas buscarem tratamento em farmácias, além da escassez de estudos sentinelas e de base populacional com este enfoque (PINTO et al., 2018). Quanto ao HIV/Aids, dados do último boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde mostram que a doença cresce mais na

população jovem. Observa-se que mais da metade dos novos casos (52,1%) de HIV em 2019 ocorreram no sexo masculino. As taxas de detecção de HIV são quase quatro vezes maiores de novos casos entre os jovens homens de 20 a 24 anos. Na faixa etária de 15 a 19 e de 20 a 24 anos, entre o período de 2009 e 2019, identificou-se também incremento na taxa de detecção de Aids com proporções de 64,9% e 74,8%, respectivamente (BRASIL, 2020).

Soma-se isto à gravidez na adolescência que vem também ocasionando apreensão no cenário global, sendo considerada um problema de Saúde Pública há mais de quatro décadas, devido os impactos biológicos, psicológicos, sociais, educacionais e econômicas (UNICEF, 2013). Esta diminuiu nos últimos anos em todo o mundo, contudo, a redução se apresenta desigual entre as zonas geográficas, situação que está relacionada à baixa condição socioeconômica de países de baixa e média renda e as dificuldades de implementação e manutenção de estratégias para o seu controle (MCCALL et al., 2015). Estima-se que das 7,3 milhões de meninas grávidas no mundo, 2 milhões correspondem aquelas com idade menor a 14 anos (UNICEF, 2017). Em relação as taxas de mortalidade, 70 mil óbitos de adolescentes estão relacionados a problemas na gravidez ou no parto, configurando-se como a segunda causa de morte (LIMA et al., 2015).

No Brasil, observa-se que uma em cada sete crianças são de mães menores de idade e que a cada hora nascem 48 recém-nascidos de adolescentes. O número de recém-nascidos de adolescente até 14 anos contabilizou 19.330 em 2019, o que significa que a cada 30 minutos, uma menina de dez a 14 anos torna-se mãe (FEBRASGO, 2021). No entanto, desde o ano de 2000, quando a taxa de fecundidade entre 15 a 19 anos era de 81/1.000 adolescentes, a gravidez vem apresentando queda latente, atingindo taxa de 62/1.000 em 2015. Dados de 2018 apontam taxa de 54/1.000, reduzindo para 48/1.000 em 2019 (MONTEIRO et al., 2019). Em relação ao parto, constata-se que no ano de 2018 a participação das adolescentes entre dez e 19 anos representou 15,5% do total de partos, equivalente a 456.128 nascimentos. Em 2019, observa-se redução para 14,7% do total de partos, igual a 419.252 recém-nascidos. Isto, portanto, representando entre 2000 e 2019 uma redução de 37,2% no país (BRASIL, 2020).

No entanto, estas taxas de gravidez e parto são consideradas ainda elevadas entre as adolescentes no país e são resultados das atuais condições sociais e de saúde que repercutem, substancialmente, nos aspectos gerais de vida deste grupo populacional. Por viverem em um país de grande extensão continental, destaca-se que as desigualdades se acentuam em desfavor das meninas e mulheres que habitam nas regiões de difícil acesso, em que as políticas públicas não vêm sendo implementadas de forma eficiente, com conseqüente vulnerabilidade a qualquer tipo de iniquidade (FEBRASGO, 2021). Deste modo, as gestações inclusive as sucessivas

parecem decorrer de inúmeros fatores que fazem parte do contexto de vida destas jovens, como, por exemplo, baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, baixa adesão aos métodos contraceptivos, viver em união estável ou ser casada e abandono dos estudos (ALMEIDA et al., 2016).

Em adição, ao considerar a adolescência como um momento com profundas mudanças na vida dos indivíduos, as diferenças nas dimensões físicas e psicológicas implicam que os adolescentes se tornem também mais vulneráveis ao consumo de bebidas alcólicas e, em alguns casos ao abuso de substâncias psicotrópicas (PRATTA; SANTOS, 2006). O contato com algum tipo de substância, lícita ou ilícita, decorre basilamente da influência dos amigos que usam e da busca de aceitação em um determinado grupo social (NASCIMENTO; AVALLONE, 2013).

Apesar das legislações brasileiras, entre elas o ECA, proibirem a venda de bebidas alcólicas para menores de 18 anos de idade (SCHENKER; MINAYO, 2005), o consumo pelos adolescentes no país é preocupante, sendo fortemente induzido pelas estratégias publicitárias (FARIA et al., 2011). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), edição 2013, evidencia que a prevalência de consumo abusivo de álcool, nos últimos 30 dias, em jovens é de 13,7% (IBGE, 2013). O consumo desta substância podendo produzir um efeito multiplicador, com aumento da probabilidade do uso de outras drogas, a exemplo, das ilícitas que apresentou percentual de 16,6% entre adolescentes de 16 a 17 anos, conforme apresenta a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), edição 2015 (IBGE, 2015). O consumo gerando ainda problemas tanto no âmbito social como de saúde, entre os quais, destacam-se os acidentes e mortes no trânsito, homicídios, quedas, queimaduras, afogamento e suicídio (OPAS, 2005).

Além disso, o envolvimento dos adolescentes em situações conflituosas com os grupos sociais do seu cotidiano, na maioria das vezes, se manifesta em torno da perpetração do fenômeno da violência (PEREIRA et al., 2020). Globalmente, estima-se que uma em cada três adolescentes de 15 a 19 anos sofreu algum tipo de violência, por exemplo, emocional, física, psicológica e/ou sexual por conhecidos (OMS, 2017). A violência interpessoal se constitui como a terceira principal causa de morte entre os adolescentes, embora a sua projeção se modifique de acordo com as zonas geográficas. Por exemplo, em países de baixa ou média renda das regiões das Américas, essa causa representa quase um terço de todas as mortes entre adolescentes do sexo masculino (OMS, 2018). Este tipo de violência nessa fase está relacionado a comportamentos sexuais de risco, baixo desempenho escolar e uso de bebida alcólica e outras drogas (MALTA et al., 2017).

No caso da realidade brasileira, informações sobre casos de violência praticados contra adolescentes são obrigatórias por meio do ECA (ECA, 1990). No setor saúde, em 2011 o registro passou a integrar a lista nacional de notificação compulsória (BRASIL, 2016). Deste modo, estudo desenvolvido no período de 2011 a 2017 apresenta que dos 1.429.931 casos, 374.673 foram contra adolescentes. Do total, a maioria (65,2%) foram contra meninas, entre as idades de 15 a 19 anos (60,3%), de cor negra (54,9%) e com oito anos de estudo (68,6%). Quanto a violência, 56,9% ocorreram na residência, sendo a maioria física (64,7%), por meio da força corporal (45,4%), envolvendo um autor (73,1%), do sexo masculino (66,5%) e do grupo familiar (28,7%) (PEREIRA et al., 2020).

Isto, portanto, denotando que as ocorrências expressas não são apenas um conjunto de violências perpetradas contra os adolescentes, mas uma aproximação ao problema ou diagnóstico com base nos casos dos indivíduos em situação de violência, que procuraram os serviços de saúde e tiveram acesso a cuidados primários ofertados por profissionais (RATES et al., 2015). Além disso, apontando que aos casos de violências contra os adolescentes tem predominância dos tipos intrafamiliar e comunitário com forte caráter crônico (PEREIRA et al., 2020). Sendo assim, a violência perpetrada contra adolescentes no país ainda representando como um grave problema social que demanda atuação de diversos setores (RATES et al., 2015), em especial da saúde que precisa atuar em rede, de forma articulada e intersetorial, para que sejam ofertados cuidados efetivos em atenção as necessidades das vítimas (AGUIAR et al., 2020).

### **3.2 Tecendo fatos, contextos e conceitos sobre a APS**

A primeira proposta governamental de forma operacional para organização de um primeiro nível de atenção está datada no ano de 1920, quando na Grã-Bretanha o Partido Trabalhista por iniciativa de um conselho formado por representantes do Ministério da Saúde, envolvendo profissionais médicos privados propuseram a prestação de serviços de atenção primária por equipes compostas por médicos e pessoal auxiliar em centros. Neste movimento, por meio da elaboração de um documento oficial reconhecido como Relatório Dawson, o centro de saúde passou então a ser classificado como uma instituição equipada para ofertar serviços médicos preventivos e curativistas, sob a condução de médicos generalistas em cooperação com serviços de enfermagem e apoio de especialistas (ROEMER, 1985).

A proposição do referido relatório incluía ainda a organização de forma regionalizada dos serviços de saúde e hierarquizada em nível primário, secundário e terciário.

Essas concepções não foram implantadas imediatamente por pressão da cooperativa médica, todavia, fundamentaram iniciativas posteriores de implementação dos sistemas de saúde. Deste modo, os centros de saúde foram somente difundidos em meados de 1960, quando as unidades foram construídas em sua maioria na Inglaterra. Nos países em desenvolvimento, elaborou-se um modelo diferente de centro de saúde com a oferta de apenas serviços preventivos. Nos países socialistas, os centros de saúde apresentaram-se como modelo de atenção ambulatorial predominante e representaram o modelo de atenção ambulatorial mais inclusivo e integral, articulando serviços clínicos e preventivos de acesso universal e gratuito (FAUSTO; MATTA, 2007).

Contudo, o modelo de atenção à saúde da população de modo geral ainda se apresentava naquela época pouco efetivo para o acesso do sistema de saúde e com enfoque muito curativista, individualista e hospitalocêntrico, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais. Frente ao exposto, durante a década de 1960 a OMS realizou uma crítica aprofundada sobre a abordagem vertical dos programas no combate às doenças transmissíveis, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas em diversos países e, ao final deste mesmo período o modelo biomédico de atenção à saúde também recebeu críticas de diversas origens, destacando os determinantes sociais mais gerais dos processos saúde-doença e a exigência de nova abordagem em atenção (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2009).

Na década de 1970, com o movimento de libertação das colônias africanas se iniciaram movimentos para democratização dos países da América Latina. Em tais processos surgiu a defesa pela modernização com ênfase nos valores locais, privilegiando a construção de um modelo de atenção distinto dos Estados Unidos da América (EUA). Desse modo, criticava-se a especialização progressiva e o elitismo médico, propondo a articulação de práticas populares e a democratização do conhecimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Ademais, o relatório do Ministério da Saúde canadense que discutia uma nova perspectiva para saúde mostrava também a importância do objetivo de prevenção e da promoção para a população, além da organização de um sistema adequado assumido como responsabilidade pública. Este demonstrava a relação da saúde com as condições de vida, em particular o saneamento ambiental e a nutrição, ao analisar retrospectivamente a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales (MCKEOWN, 1976).

Nesse contexto, ao final da década de 1970 esta situação propiciou então a organização de uma conferência de Atenção Primária. A realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi proposta pela China a OMS para difundir novos métodos alternativos na área da saúde, contudo, esta não participou em virtude das

disputas políticas acerca do modelo de atenção do bloco socialista. E, ao final após uma oposição inicial a temática o evento ocorreu na União Soviética com o apoio financeiro substancial, em virtude do avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo. A conferência realizada em Alma-Ata, em 1978, foi então um importante evento que contou com representações de vários governos e na ocasião o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado tendo sido ratificado em 1979 pela Assembleia Geral da OMS (CUETO, 2004).

A declaração entre outras afirmações acerca da atenção à saúde expressa a concepção da atenção primária de forma abrangente, uma vez que a considera como eixo central do sistema de saúde e aspecto do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico da comunidade que, de certo modo, envolve a cooperação com outros setores de modo a possibilitar o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter social e econômico. Esta ressalta também a preocupação com os custos crescentes da assistência em decorrência do uso de novas tecnologias que permanecem, na maioria das vezes, sem a avaliação adequada de seus reais benefícios para a saúde da população (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2009).

Neste referido documento, a APS é concebida a partir de uma assistência essencial com tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, em que o acesso deve ser garantido a todo usuário, família e comunidade mediante a sua plena participação. Assim sendo, pressupõe o envolvimento comunitário e a democratização do conhecimento, incluindo práticas complementares e agentes de saúde qualificados para atuar em tarefas específicas contrapondo as práticas biomédicas centrais. Nessa acepção, representa também o primeiro nível de contato com o sistema de saúde e a oferta de atenção mais próxima possível do espaço onde as pessoas residem. No entanto, a saúde não restringindo apenas a este nível ao considerar a integração de um processo permanente de assistência, que inclui entre outras intervenções a prevenção, promoção, cura e reabilitação (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Após sua aprovação com conseqüente divulgação, a Declaração de Alma-Ata passou a ser censurada por várias instituições de âmbito internacional com o argumento de ser pouco propositiva e muito abrangente. Deste modo, em contexto global adverso de maior presença de governadores conservadores e baixo crescimento econômico, houve uma seqüência nos anos posteriores de um embate entre a concepção de atenção primária abrangente e integral e a concepção restrita em que se sobressaiu esta última supracitada. E, após um ano da aprovação da Alma-Ata, a Fundação Rockefeller realizou uma reunião na Itália com a colaboração de diferentes instituições internacionais para discussão de uma nova proposta

referente a uma APS seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Este novo modelo de atenção primária buscava desenvolver um conjunto de intervenções de baixo custo para combater doenças em países pobres. A proposta inicial como estratégia interina complementar às proposições de Alma-Ata, difundiu-se a partir da destinação de controlar as principais doenças nos países em desenvolvimento. Em anos posteriores, quatro intervenções passaram a ser inseridas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização. E, a esse conjunto restrito foram também incorporados alguns programas: suplementação alimentar, alfabetização feminina e planejamento familiar. No entanto, embora a efetividade destas intervenções fosse reconhecida, a concepção foi criticada por seu tecnicismo custo-efetividade e por desconsiderar melhorias socioeconômicas e a relevância de assegurar as necessidades básicas (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2009).

Assim sendo, durante a década de 80 a configuração de Atenção Primária como modelo restrito de serviços básicos à saúde de modo selecionado, direcionados à população em situação de maior pobreza, passou a ser de modo hegemônico para as diferentes instituições internacionais (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2009). Nesse sentido, pode-se afirmar que a nível nacional o emprego de vários termos, entre os quais, destaca-se a Atenção Básica para designar a APS no SUS buscou diferenciar nas políticas propostas pelo movimento sanitário (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2009), distanciando dos programas de APS seletivos e focalizando naqueles amplamente divulgados pelas instituições de âmbito internacional (PAIM, 2012).

Deste modo, no Brasil desde os anos 1920 até a atualidade houveram várias tentativas de modo a organizar a APS. Nesse período, os modelos foram implantados em regiões do país em função de concepções e interesses bastante distintos. Contudo, o marco mais relevante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), influenciado por questões internas e externas de cuidados primários (MENDES, 2012). Este foi criado no ano de 1994 após o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, incluindo os princípios do SUS e despontando um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que elaboravam uma nova maneira de produzir as intervenções e serviços de saúde, na perspectiva de mudanças e conversões do modelo assistencial biomédico e mecanicista (SOUZA et al., 2008).

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou então a ser reconhecido como ESF por sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, procurar respostas para as necessidades de saúde e contribuir na mudança do modelo assistencial (GIOVANELA et al., 2009). Como estratégia está baseado nas quatro dimensões exclusivas da APS dimensionadas por Starfield. O primeiro contato se refere ao uso do serviço como a porta de entrada para as situações de saúde e à capacidade para lidar com problemas. A longitudinalidade está relacionada a existência de aporte contínuo de cuidados, bem como o uso ao longo do tempo por meio de relação mútua. A integralidade requer a prestação de um conjunto de serviços que atendam todas às necessidades da população. E, por fim, a coordenação implica na capacidade de assegurar a continuidade do cuidado de um modo organizado e integrado (STARFIELD, 2002).

Além disso, em 2006 com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Saúde da Família está explícita como modelo preferencial de reorganização da Atenção Primária no SUS. Deste modo, na referida política a APS enquanto Atenção Básica é definida como um conjunto de intervenções em saúde realizadas em âmbito individual e coletivo que contemplam a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar em um território definido e com sua respectiva população (MACINKO; HARRIS, 2015). E, no ano de 2011, com a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas regiões brasileiras, a APS foi definida como porta de entrada preferencial do SUS (OPAS, 2011).

### **3.3 Avaliação dos serviços e da qualidade em saúde à luz do quadro de Donabedian**

O quadro teórico constitui no universo os princípios, categorias e conceitos, formando sistematicamente um conjunto logicamente coerente de aspectos, dentro do qual o trabalho se fundamenta e se desenvolve (SEVERINO, 2013).

Assim sendo, tomando como base a avaliação e a qualidade em saúde como propósitos de investigação, utilizará como referencial teórico o modelo de avaliação dos serviços de saúde somado aos pilares da qualidade em saúde propostos pelo autor Avedis Donabedian (1990). Este é considerado como um dos principais e maiores estudiosos nesta área da saúde, tendo seus conceitos ainda sendo muito utilizados pelas organizações de saúde, especialmente no que se refere a avaliação da qualidade em serviços de saúde (CARVALHO;

CAMPOS, 2000). Dentre as diversas possibilidades de delimitação do foco da avaliação no modelo, aquela que toma a qualidade da intervenção como objeto de investigação (SILVA, 2009).

Para alcançar a compreensão destes aspectos que, por vezes, se apresentam complexos de interpretação, em um primeiro momento nesta abordagem faz-se a exposição daquilo que autores defendem por avaliação e por qualidade em saúde, tendo em vista que o propósito deste material é auxiliar na condução de uma pesquisa avaliativa e não de uma avaliação prática. Deste modo, a apresentação dos conceitos é norteada por meio de uma fundamentação embasada em diversas obras disponíveis e possíveis oferecidas pela literatura científica. Nesta perspectiva, tanto o conceito proposto pelo referido autor como também por outros com os mesmos pressupostos é utilizado para a construção do texto.

Sabe-se que um dos grandes equívocos frequente na literatura científica é a redução da proposta metodológica de Donabedian a discussão de alguns aspectos considerados como limitantes. Anteriormente, esse quadro era usado pelo autor para sistematizar as múltiplas configurações existentes sobre as possíveis abordagens na avaliação da qualidade. Contudo, a avaliação da qualidade requer diferentes definições metodológicas no que se refere a avaliação, ao nível da realidade a ser delimitada, aos atributos a serem selecionados, as formas de seleção das prioridades, a amostragem na composição da pesquisa e a obtenção de consenso na definição de critérios, indicadores e padrão (DONABEDIAN, 1980).

Na literatura científica, percebe-se que a avaliação em saúde é apresentada como estratégia que produz informações quanto à adequação, efeitos e custos em relação ao emprego de tecnologias, programas e serviços de saúde. Logo, pode subsidiar na tomada de decisão em relação às práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais e no estabelecimento de políticas públicas concernentes ao setor. Em geral, a avaliação pressupõe a seleção de problemas relevantes e sensíveis, a aferição de aspectos pertinentes as tecnologias, programas e serviços de saúde, o julgamento e a comparação desses aspectos como critério de apreciação e a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas ou recomendações (PORTELA, 2000).

A avaliação envolve ainda a seleção de critérios previamente estabelecidos para julgar e comparar a adequação, os benefícios, os efeitos adversos e os custos de tecnologias, serviços e programas de saúde, constituindo, portanto, em importantes indicadores de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980). Em outras palavras, destaca-se que estes indicadores de qualidade em saúde correspondem aos critérios para a avaliação da qualidade da atenção à saúde de uma população ou determinado grupo, seja em termos de procedimentos específicos ou de

uma rede de serviços (EDDY, 1992). Por exemplo, são indicadores de qualidade em saúde o número de profissionais no serviço para prestação do cuidado, as condições de armazenamento de medicamentos no espaço da farmácia, a existência de um sistema de referência e contra referência em rede de serviço de saúde (PORTELA, 2000), entre outros aspectos que permitem levantar informações acerca de determinados elementos do serviço de saúde para dar resposta as condições existentes na provisão do cuidado.

O padrão se configura também em outro conceito de grande relevância no desenvolvimento dos processos de avaliação em saúde. Esse conceito se refere a um valor especificado para distinguir a qualidade das práticas ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, por meio de um certo indicador aplicado (DONABEDIAN, 1980). No entanto, neste conceito se destacam dois pontos importantes que precisam ser levados em consideração por estarem permeados na própria lógica da avaliação de qualidade em saúde (PORTELA, 2000).

O primeiro refere-se à noção de que é possível inferir conclusões acerca da qualidade de serviços e tecnologias em saúde, com base em um grupo de observações e nas ocorrências individuais de eventos que podem representar um sinal de alerta, mas que não devem ser vistas necessariamente como reflexos de má qualidade. O conceito de evento sentinela, trazido da epidemiologia, se refere a observar esses eventos como um alerta para a possibilidade de uma deficiência na qualidade da atenção. O segundo, diz a respeito ao estabelecimento de padrões para os indicadores da qualidade. Este campo tem merecido atenção de pesquisadores e profissionais preocupados, especialmente em identificar aspectos da assistência que se caracterizem como boas práticas. Logo, deve-se ter como parâmetro as evidências científicas, referências nacionais e internacionais e resultados em realidade semelhante (PORTELA, 2000).

Deste modo, se o indicador é considerado como critério de avaliação em saúde e o padrão como valor que representa a qualidade do indicador, então os significados de ambos dependem das características do problema e da população nas práticas ou nos serviços sob investigação. Nessa linha de raciocínio, ao final se chega ao conceito não menos de importante de referente no desenvolvimento de uma avaliação em saúde. A inclusão deste em um processo de avaliação garante a elaboração de categorias homogêneas e reaplicáveis, com base nas quais tecnologias ou serviços podem ser comparados em momentos e espaços distintos (DONABEDINA, 1980). Essas costumam ser estabelecidas segundo características diagnósticas, podendo também levar em consideração as questões demográficas, geográficas, culturais, entre outras da população. O uso reduz a possibilidade de incertezas na consideração de indicadores e padrões de qualidade da assistência (PORTELA, 2000).

Portanto, os conceitos de indicador, padrão e referente são aplicados nos processos de avaliação normativa e incorporados ao modelo de avaliação dos serviços proposto por Donabedian (1980): a estrutura, o processo e os resultados; classicamente sendo considerado como uma tríade que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*. Este modelo é amplamente divulgado e aceito em razão de sua utilidade e compatibilidade as tecnologias, programas e serviços de saúde e ao contemplar em sua lógica de funcionamento os recursos, a organização, as atividades, os serviços e os efeitos (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Essa tríade só faz sentido se houver relação de causalidade entre a estrutura, o processo e os resultados de uma determinada realidade, sendo que cada componente da tríade tem valor e significado diferente (DONABEDIAN, 2003).

O componente estrutura analisa as condições existentes para a execução da atenção à saúde, abrangendo os recursos humanos, materiais e físicos utilizados na provisão do cuidado (FERREIRA et al., 2021; DONABEDIAN, 1980), bem como os arranjos organizacionais, incluindo normas, rotinas e instalações e os mecanismos de financiamento destes recursos (DONABEDIAN, 1980), correspondendo às características mais estáveis da assistência à saúde. Este envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos na prestação da assistência. Contudo, ainda é difícil quantificar a influência exata desse componente na qualidade final da assistência, apenas sendo possível falar em termos de questões mais adequada do aumento da probabilidade de uma assistência prestada ser de melhor qualidade (DONABEDIAN, 1990).

O componente processo concerne às atividades oferecidas pelas unidades de saúde no desenvolvimento da assistência, contemplando os procedimentos, as técnicas, os aspectos éticos e a relação terapêutica e envolvendo a relação entre os usuários assistidos e os profissionais provedores (DONABEDIAN, 1980); por isso, constitui-se em base para a valoração da qualidade em saúde. Entre outros elementos, neste aspecto aparecem os problemas e as condutas éticas e a relação profissional, equipe de saúde e paciente. De certo modo, diz respeito a tudo do cuidado durante o tratamento direto ao paciente e no momento que ele está ocorrendo no serviço de saúde (DONABEDIAN, 1994).

O componente resultados refere-se ao impacto da interação entre o serviço de saúde e a população e o efeito dessa relação no estado de saúde dos usuários como produto final da assistência prestada, considerando a saúde geral e a satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1980). Logo, o resultado da atenção se restringe às mudanças observadas no estado de saúde do paciente que podem ser atribuídas à assistência ofertada (DONABEDIAN, 1994). No entanto, para que estas alterações no estado de saúde correspondessem à mensuração

precisa da qualidade, seria preciso que as demais causas envolvidas na obtenção do mesmo resultado fossem eliminadas (DONABEDIAN, 1994). Deste modo, a atribuição de aspectos específicos mensurados na repercussão de cada uma dessas mudanças nos desfechos da assistência permanece como tarefa não resolvida, mas não se pode negar a inter-relação entre essas questões ainda que complexas de mensuração (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Portanto, na avaliação de práticas e serviços se pressupõem que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência e este, por sua vez, implica em mudanças benéficas ao nível de saúde da população. Entretanto, esta suposição não deve ignorar a inexistência de um vínculo obrigatório e causal entre os três componentes. Em especial, interessam os resultados produzidos sobre a saúde da população, mas é de relevância atribuir esses desfechos ao processo da assistência. O conhecimento do processo de atenção ganha notoriedade sempre que o estabelecimento de elos causais entre seus elementos e os resultados, favoráveis ou desfavoráveis, seja possível com base na evidência científica. A avaliação da estrutura é que menos informação oferece sobre a atenção à saúde, mas pode ser relevante para complementar avaliações dos processos e dos resultados ou em alguns casos ser a única possível (PORTELA, 2000).

Além disso, observa-se que a existência de relações causais bem estabelecidas entre a estrutura do serviço de saúde, o processo de atenção à saúde e os resultados sobre a saúde da população fortalece a abordagem da avaliação da qualidade em saúde que, por sua vez, constitui-se como um campo de grande e forte interesse de pesquisadores na área da avaliação em saúde (PORTELA, 2000). Esta, na literatura científica, ainda apresenta uma definição complexa, múltipla e dimensional, no entanto, essas diferentes facetas podem ser sintetizadas por meio de alguns pontos em comuns (UCHIMURA; BOSI, 2002). No campo da saúde, espaço de reflexão e de prática, submerge uma rede objetiva e subjetiva por meio da qual se vislumbram potencialidades, lacunas e barreiras ao cuidado. Deste modo, a qualidade em saúde reflete a forma como são compartilhadas as responsabilidades e o estado de preocupação com o direito de acesso ao serviço, bem como a melhoria da saúde individual e coletiva da população (GASTAL; ROESSLER, 2006).

Esta pode ainda ser pensada tanto de forma delimitada quanto de forma abrangente. Em relação ao conceito delimitado, Donabedian (1980, 2003) em trabalho anterior atribuiu a qualidade como o produto de dois fatores, sendo um voltado a tecnologia do cuidado, derivada da ciência e o outro seria a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, influenciada sobretudo pelas relações interpessoais (DONABEDIAN, 1980, 2003). Esse mesmo autor definiu ainda a qualidade como a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção

em saúde (DONABEDIAN, 1980). Portanto, estas duas definições se apresentando de forma complementar e formando os seguintes aspectos a ser objetos de avaliação: incorporação do conhecimento científico e tecnológico, relações interpessoais, incorporação de saberes práticos e relação benefícios entre riscos e custos favoráveis (SILVA, 2009).

Em outro modelo, Donabedian (1990) amplia o conceito de qualidade em saúde, utilizando o que chamou de atributos dos sete pilares da qualidade, a saber: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Deste modo, considera-se que é necessário que as práticas desenvolvidas tenham um potencial de produzir resultado, ou seja, sejam eficazes e que possam modificar a realidade alcançando seus objetivos, isto é, sejam efetivas. Além da efetividade, as ações devem ser eficientes, isto é, devem produzir resultados a um custo socialmente aceitável. Esta relação deve ser otimizada, ou seja, a ação deve produzir os máximos benefícios ao menor custo. A aceitabilidade das ações é definida como a conformidade das ações aos desejos e expectativas dos usuários. Devem também ser acessíveis e conquistar a legitimidade e equidade social (DONABEDIAN, 2003).

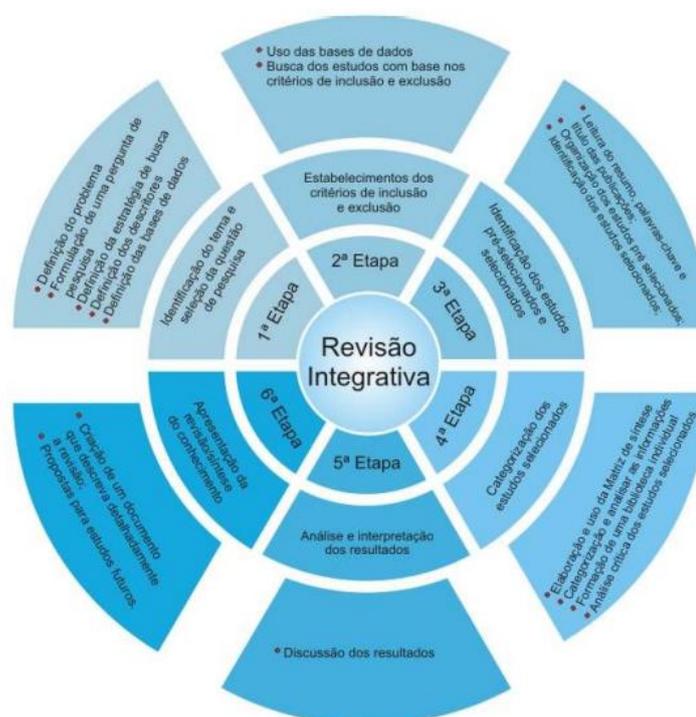
Nesse contexto, a qualidade do cuidado em saúde é julgada de acordo com a sua conformidade a uma série de expectativas que se originam de três fontes: a ciência que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade; e os valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade do cuidado. Assim, a qualidade não pode ser avaliada inteiramente em termos técnicos, já que as preferências dos indivíduos e da sociedade devem ser levadas em consideração. A busca de cada um dos pilares da qualidade pode ser mutuamente reforçada, como no caso de um cuidado mais efetivo ser também o mais aceitável e o mais legítimo, bem como pode ocorrer de forma conflitante entre os vários aspectos (MALLET, 2005).

### **3.4 Produção do conhecimento científico sobre APS do adolescente**

Tomando como base os temas anteriores ainda que apresentados de forma ampla, destaca-se que para maior delimitação das informações existentes acerca do referido estudo, elaborou-se ainda uma revisão de literatura com base no “estado da arte” da produção do conhecimento científico nacional e internacional. Sabe-se que esta tem se tornado cada vez mais presente nas pesquisas do cenário acadêmico, na medida que a Prática Baseada em Evidências (PBE) ganha reconhecimento mundial como referência e a quantidade de fonte primária e o acesso aumenta de forma acentuada.

Neste estudo, optou-se por utilizar a Revisão Integrativa da Literatura (RIL) em virtude de sua abordagem permitir a análise e a síntese do conhecimento científico produzido sobre o tema investigado (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2008). Para tanto, seguiu-se as seis etapas do método apresentadas pelos autores Botelho, Cunha e Macedo (2008), as quais serão descritas a seguir em conformidade com a temática desta pesquisa:

**Figura 1:** Processo da revisão integrativa da literatura. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.



**Fonte:** Botelho, Cunha e Macedo (2008).

### 3.4.1 1ª. Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Em consonância com a temática do referido estudo, delimita-se como problema a ser investigado nesta revisão integrativa a ‘atenção à saúde do adolescente’, em razão de se reconhecer os desafios e as limitações ainda presentes nos serviços de saúde para a produção do cuidado integral a este grupo populacional, especialmente na APS caracterizada como novo modelo reorganizador das práticas assistências e porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde.

E, nesse sentido, com base na estratégia mnemônica PICO em que a letra P se refere a população, paciente ou problema abordado (*Population*), I ao fenômeno de interesse (*Interest*)

e Co ao contexto da pesquisa (*Context*) (ARAÚJO, 2020), elaborou-se para esta investigação a seguinte pergunta norteadora: o que as publicações científicas nacionais e internacionais tem evidenciado acerca da atenção à saúde ofertada ao adolescente na APS? Para a construção desta questão considerou-se como letra P – adolescente, I – atenção à saúde e Co – atenção primária à saúde.

Em seguida, procurou-se identificar as palavras mais importantes que compõe o objeto ou problema da pesquisa para a elaboração da estratégia de busca, elegendo: ‘adolescente’, ‘atenção à saúde’ e ‘atenção primária’. De posse destas informações-chaves, fez-se ainda necessário realizar a conservação ou adequação dos termos extraídos, a partir de terminologias padronizadas. Deste modo, optou-se por utilizar os termos de vocabulários controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), ao abranger o domínio de conhecimento das Ciências da Saúde, sendo o vocabulário padrão para a indexação de documentos em algumas bases de dados; e o *Medical Subject Headings* (MeSH), ao se apresentar na área da saúde como o mais utilizado no mundo, pois outras bases de dados, além da *Pubmed* utilizam como vocabulário padrão para indexação (ARAÚJO, 2020).

Para tanto, realizou-se uma busca nas páginas eletrônicas dos referidos vocabulários para extrair os descritores controlados em três idiomas de preferência, sendo que no primeiro selecionou-se em português e espanhol: *adolescente; menores de idade; menores/atenção à saúde; assistência à saúde/atención a la salud; prestación de atención de salud/atenção primária à saúde; estratégia saúde da família/atención primaria de salud; estrategia de salud familiar* e, no segundo apenas em inglês: *adolescent/delivery of health care; health services; community health services/primary health care; community health centers*, respectivamente.

Incluiu-se também outros termos em forma de sinônimo, escritos no singular e plural, com diferentes grafias, termos amplos, restritos e/ou padronizados para a combinação, com vistas a obter uma estratégia mais ampla e sensível e expandir os resultados de busca, apresentados a seguir, respectivamente: *adolescentes; adolescência; jovem; jovens; juventude; joven; adolescents; adolescence; youth; youths; teenagers; teens/assistência; cuidado; atendimento; asistencia; cuidadoso; services, health; delivery of healthcare; healthcare deliveries; health care/posto de saúde; serviço de saúde; programa saúde da família; centro saúde da família; centro de salud; locales de primer nível de atención; centros de servicio de atención primaria em salud; health center; centers, community health; primary care health center; health center program.*

Deste modo, a partir dos descritores controlados e não controlados escolhidos, realizou-se então a montagem da *string* de busca utilizando o operador booleano OR, a saber:

(*adolescente* OR “*menores de idade*” OR *adolescentes* OR *adolescência* OR *jovem* OR *jovens* OR *juventude* OR *menores* OR *joven* OR *adolescent* OR *adolescentes* OR *adolescence* OR *youth* OR *youths* OR *teenagers*) / (“*atenção à saúde*” OR “*assistência à saúde*” OR *assistência* OR *cuidado* OR *atendimento* OR “*atención a la salud*” OR “*prestación de atención de salud*” OR *asistencia* OR *cuidadoso* OR “*delivery of health care*” OR “*health services*” OR “*community health services*” OR “*services, health*” OR “*delivery of healthcare*” OR “*healthcare deliveries*” OR “*health care*”) / (“*atenção primária à saúde*” OR “*estratégia saúde da família*” OR “*serviço de saúde*” OR “*programa saúde da família*” OR “*atención primaria de salud*” OR “*estrategia de salud familiar*” OR “*centro de salud*” OR “*primary health care*” OR “*community health centers*” OR “*health center*” OR “*centers, community health*”), respectivamente.

E, por fim, elaborou-se as estratégias de buscas por meio dos blocos temáticos da pergunta de pesquisa elaborada *a priori* e das codificações identificadas *a posteriori* pelo pesquisador, as quais fossem coerentes com os seis bancos de dados consultados para o levantamento bibliográfico (Quadro 1), a saber:

- a) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) constitui-se como o principal repositório da produção científica da saúde publicada nos países da América Latina e Caribe. Contém documentos publicados a partir de 1982, incluindo teses, dissertações, livros, anais, relatórios, artigos, entre outros, com acesso ao conteúdo livre e gratuito (BVS, 2017);
- b) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) é um portal que publica textos completos em periódicos, de livre acesso e com modelo cooperativo, sendo resultado de um projeto entre instituições de fomento à pesquisa. Este tem como principal objetivo organizar a produção em formato eletrônico, contando com cerca de 600 mil artigos e mais de mil periódicos (PACKER, 2019);
- c) *SciVerse Scopus* configura-se como um dos maiores bancos de dados com conteúdo científico. A base engloba as áreas de ciências da saúde, tecnologia, medicina, ciências sociais, artes e humanidades, disponibilizando revistas científicas, livros, documentos de congressos e publicações de setores. Oferece mais de 35 mil títulos, sendo 22 mil títulos ativos e 13 mil inativos, incluindo a cobertura de 16.500 revistas (ELSEVIER, 2019);
- d) *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) caracteriza-se como uma das principais bases de dados bibliográfica internacional. Esta oferece acesso gratuito a referências e artigos de revistas em ciências da vida.

São indexados periódicos de mais 80 países do mundo, com publicações de 1996 até o momento e citações de 5.200 periódicos em cerca de 40 idiomas (NLM, 2021); e) *Web of Science* é o mecanismo de pesquisa mais poderoso do mundo com as melhores publicações para descoberta. Esta fornece acesso e cobertura de forma abrangente nas áreas das ciências da saúde, sociais, artes e humanística. A plataforma permite o rastreamento de informações através de 1,7 bilhão de referências em mais de 155 milhões de registros e inclui em sua base mais de 34.000 periódicos de todo o mundo (CLARIVATE, 2021);

f) *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) configura-se como uma base de pesquisa definitiva na área da saúde. Esta disponibiliza acesso a textos completos desde o ano de 1937, aproximadamente 1.200 periódicos indexados na base, referências citadas pesquisáveis de 1.500 periódicos e mais de seis milhões de registros de pesquisadores (EBSCO, 2020).

**Quadro 1:** Estratégias de buscas utilizadas na revisão integrativa para aplicação nos bancos de dados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Banco de dados	Estratégia de busca
LILACS	<i>(adolescente OR “menores de idade” OR adolescentes OR adolescência OR jovem OR jovens OR juventude OR menores OR joven OR adolescent OR adolescents OR adolescence OR youth OR teenagers) AND (“atenção à saúde” OR “assistência à saúde” OR cuidado OR atendimento OR “atención a la salud” OR “prestación de atención de salud” OR cuidadoso OR “delivery of health care” OR “health services” OR “community health services” OR “services, health” OR “delivery of healthcare” OR “healthcare deliveries” OR “health care”) AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “serviço de saúde” OR “programa saúde da família” OR “atención primaria de salud” OR “estrategia de salud familiar” OR “centro de salud” OR “primary health care” OR “community health centers” OR “health center” OR “centers, community health”)</i>
SciELO	<i>(adolescente OR “menores de idade” OR adolescentes OR adolescência OR jovem OR jovens) AND (“atenção à saúde” OR “assistência à saúde”) AND (“atenção primária à saúde” OR “estratégia saúde da família” OR “serviço de saúde” OR “programa saúde da família”)</i>
Scopus	<i>adolescent AND “delivery of health care” AND “primary health care”</i>
MEDLINE/PubMed, Web of Science, CINAHL	<i>(adolescent OR adolescents OR adolescence OR youth OR teenagers) AND (“delivery of health care” OR “health services” OR “community health services” OR “services, health” OR “delivery of healthcare” OR “healthcare deliveries” OR “health care”) AND (“primary health care”</i>

	OR “community health centers” OR “health center” OR “centers, community health”
--	---

**Fonte:** autoria própria (2021).

Para consolidar a exaustão de possibilidade de busca, salienta-se que o acesso aos bancos de dados ocorreu a partir do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em cobertura de *Internet Protocol* (IP) pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC).

#### **3.4.2 2ª. Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão, aplicou-se: artigos disponíveis, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados nos últimos cinco anos (2016-2020), a fim de agregar produções científicas atuais sobre a temática do referido estudo.

Quanto aos critérios de exclusão, utilizou-se: manuscritos duplicados, monografias, dissertações, teses, matérias jornalísticas, análise conjuntural, discussão teórica de conceitos, editoriais, artigos não originais (nota prévia, resenhas, comentários), pesquisas secundárias (bibliométrica, bibliográfica, integrativa, sistemática, entre outras) e estudos com amostras de outros grupos que não adolescentes.

#### **3.4.3 3ª. Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados**

Inicialmente, examinou-se a adequação aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na pesquisa e avaliou-se de forma ponderada os títulos, os resumos e as palavras-chave de todas as publicações identificadas pela estratégia de busca. Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não eram suficientes para definir a seleção, buscava-se a publicação do artigo na íntegra.

Posteriormente, realizou-se o *download* completo das produções selecionadas em arquivo específico e efetuou-se uma leitura completa de forma criteriosa e minuciosa, elegendo os artigos que respondiam, de alguma forma, o objetivo da revisão. E, por fim, desenvolveu-se também uma busca reversa a partir das listas de referências dos textos incluídos para identificar outras publicações que também se aproximavam dos questionamentos da referida revisão.

As etapas da busca e seleção dos estudos da revisão estão resumidas na Figura 1, utilizando-se de um fluxograma do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)* (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

#### **3.4.4 4ª. Etapa: Categorização dos estudos selecionados**

De posse das produções científicas selecionadas na etapa anterior, buscou-se extrair as principais informações e analisar de forma separada, tanto os aspectos metodológicos quanto os resultados obtidos. Para tanto, utilizou-se de um instrumento validado com informações acerca do título, autores, ano, periódico, cenário (país/continente), objetivo, quantidade de participantes, materiais e métodos, principais resultados e conclusões (URSI, 2005). Tais informações foram organizadas e armazenadas em planilha do programa *Microsoft Excel for Windows* versão 2014.

#### **3.4.5 5ª. Etapa: Análise e interpretação dos resultados**

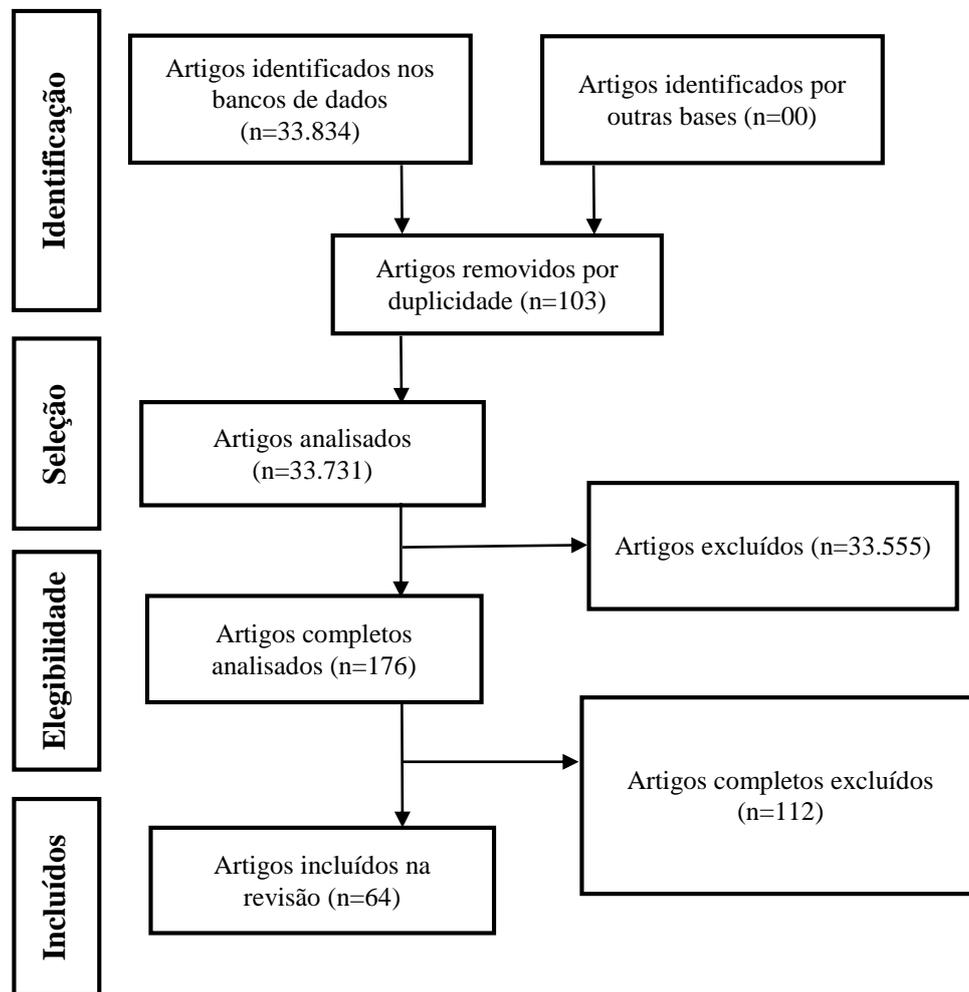
Por meio dos textos analisados nesta revisão, estabeleceu-se ainda os pontos convergentes e divergentes e situou-se uma relação entre a questão da pesquisa e os achados obtidos. Buscou também levantar as lacunas do conhecimento existente e sugerir pautas para futuros estudos científicos.

#### **3.4.6 6ª. Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Com base nas informações extraídas dos estudos selecionados, efetuou uma síntese de elementos relevantes e enriquecedores sobre a referida temática e inseriu as informações em quadros pela capacidade de facilitar a compreensão e interpretação dos leitores.

Sendo assim, por meio da utilização das estratégias de buscas nos bancos de dados, encontrou-se 33.834 produções científicas, sendo 2.996 na LILACS, 260 no SciELO, 6.294 na Scopus, 15.959 na MEDLINE/PubMed, 1.016 na Web of Science e 7.309 na CINAHL e removeu-se 103 pela duplicidade na íntegra, restando 33.834 trabalhos. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e análise dos títulos, resumos e palavras-chave, elegeu-se 176 artigos e, destes após uma leitura completa, selecionou-se 64 estudos. Portanto, destaca-se que ao total foram incluídos no material uma amostra final de 64 artigos (Figura 2).

**Figura 2:** Fluxograma da seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa de acordo com as buscas nos bancos de dados. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.



**Fonte:** elaborado com base no *PRISMA*.

Os estudos selecionados foram desenvolvidos em sua maioria (40) por pesquisadores da grande área das Ciências da Saúde com destaque para a área do conhecimento em Saúde Coletiva. O ano de publicação variou entre o período de 2016 a 2020, sendo 14 em cada ano de 2020 e 2019, 15 artigos em 2018, seguido de nove em 2017 e 12 manuscritos em 2016. A maior parte dos estudos foram realizados na América do Sul, seguido da América do Norte, Europa, África e Ásia, conforme se apresenta no Apêndice A.

Quanto ao delineamento metodológico das pesquisas, prevaleceu a abordagem qualitativa estando presente em 20 estudos. No que se refere os principais resultados, identificou-se que a atenção à saúde do adolescente ainda se apresenta incipiente na APS, sendo a maioria dos serviços ofertados direcionados ao modelo biomédico centrado na doença ou o

desenvolvimento de ações programáticas pertinentes a problemas inerentes a esta etapa da vida, sem levar em consideração as necessidades em saúde deste grupo populacional, conforme está disposto no Apêndice B.

Da análise da produção científica nacional e internacional emergiram sete categorias, a saber: Acesso da população adolescente aos Serviços de Atenção Primária à Saúde; Estrutura dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para cuidado aos adolescentes; Relação dos adolescentes e profissionais de Serviço de Atenção Primária à Saúde; Assistência prestada aos adolescentes pelos Serviços de Atenção Primária à Saúde; Colaboração entre Atenção Primária e demais setores no cuidado aos adolescentes; Repercussões na saúde dos adolescentes atendidos pelos Serviços de Atenção Primária; e Facilidades, barreiras e sugestões da Atenção Primária à saúde do adolescente, apresentadas a seguir.

#### *3.4.6.1 Acesso da população adolescente aos Serviços de Atenção Primária à Saúde*

Observou-se que o acesso dos adolescentes ao serviço de Atenção Primária ainda é ausente ou deficiente (MARTINS et al., 2019; SCHRAEDER et al., 2020; DECKE et al., 2020; CLARK et al., 2018; GUSS et al., 2019; DEJONCKHEERE et al., 2019; CORRY; LEAVEY, 2017; CORRY; LEAVEY, 2017; LANDGRAF et al., 2019; AYEHU; KASSAW; HAILU, 2016). Estes quando procuram o serviço de saúde a maioria são do sexo feminino (MARTINS et al., 2019; DOYLE et al., 2019; FISHER et al., 2019; CAFERTY et al., 2020; ROMERO et al., 2017; YASSAEE et al., 2017; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016), acompanhados pelos seus próprios familiares desde o início (LEAL et al., 2016; KOLA et al., 2020).

Entre os fatores que levam os adolescentes a procurarem o serviço de saúde, destaca-se a presença de um problema de saúde já instalado (CANO-CABELLERO et al., 2018; DEJONCKHEERE et al., 2019; DALEY et al., 2019; FERRER; GRISI, 2016)) que precisa de uma consulta com o profissional da equipe (TOOMEY et al., 2016; DALEY et al., 2019; FERRER; GRISI, 2016) ou na necessidade da realização de algum procedimento específico (LANDGRAF et al., 2019) ou recebimento de materiais (LANDGRAF et al., 2019), insumos (LANDGRAF et al., 2019) ou medicamentos dispensados pela unidade de saúde (LANDGRAF et al., 2019; FERRER; GRISI, 2016).

Já entre os fatores que dificultam o acesso do serviço de saúde ao adolescente, identificou-se a demora no tempo de espera pelo atendimento (CLARK et al., 2018; DEJONCKHEERE et al., 2019; CLARK et al., 2018; AYEHU; KASSAW; HAILU, 2016), experiências de atendimentos anteriores com cuidado inadequadas ou inaceitáveis (CLARK et

al., 2018; GOLDENBERG et al., 2019; AYEHU; KASSAW; HAILU, 2016), o que leva a utilização de outros serviços de saúde da rede de maior complexidade (CLARK et al., 2018).

#### *3.4.6.2 Estrutura dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para cuidado aos adolescentes*

Constatou-se que as unidades de Atenção Primária possuíam uma infraestrutura física necessária com um número substancial de instalações e componentes essenciais instalados para fornecer serviços básicos, como (JAMES et al., 2018), por exemplo, salas para consultoria que possibilitava o atendimento dos profissionais direcionado aos adolescentes (ROMERO et al., 2017; (DEJONCKHEERE et al., 2019; DALEY et al., 2019; JAMES et al., 2018). No entanto, alguns espaços ainda eram pequenos (DALEY et al., 2019) com paredes finas que podiam comprometer a privacidade (DALEY et al., 2019).

Estas ainda apresentavam como um ambiente acolhedor para os participantes (DALEY et al., 2019), por exemplo, tinham paredes coloridas, pôsteres, tanques de peixes acolhedores (GUSS et al., 2019), uma boa limpeza (DALEY et al., 2019) que favorecia o conforto durante a presença no serviço de saúde (DALEY et al., 2019). Além disso, fornecia medicamentos, suprimentos e equipamentos adequados (JAMES et al., 2018).

#### *3.4.6.3 Relação dos adolescentes e profissionais de Serviço de Atenção Primária à Saúde*

Os adolescentes em geral possuíam uma relação estabelecida com os profissionais da equipe de saúde de sua área adscrita (TOOMEY et al., 2016; SCHRAEDER et al., 2020; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; DALEY et al., 2019; LANDGRAF et al., 2019), considerando a abertura de espaço para a produção do cuidado em saúde (DALEY et al., 2019; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016); continuidade de atenção a essa população (PAULA et al., 2017; SCHRAEDER et al., 2020; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; DALEY et al., 2019), o reconhecimento do paciente e de suas necessidades e problemas específicos (DALEY et al., 2019; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016), atendimento de forma individual e integral (SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016).

Em outros casos também não havia uma relação interpessoal com os usuários (ARAÚJO et al., 2016; CLARK et al., 2018; CORRY; LEAVEY, 2017; FERNANDES; SANTOS, 2020), relacionado ao cuidado biomédico voltado ao diagnóstico da doença (CORRY; LEAVEY, 2017; FERNANDES; SANTOS, 2020), não tinha a probabilidade de conversar (SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; FERNANDES; SANTOS, 2020).

#### 3.4.6.4 Assistência prestada aos adolescentes pelos Serviços de Atenção Primária à Saúde

Identificou-se que a unidade de saúde oferecia serviços voltado a problemas que podiam causar complicações ao estado de saúde dos pacientes (MEREDITH et al., 2018; SCHRAEDER et al., 2020; DECKE et al., 2020; JAMES et al., 2018), como, por exemplo, saúde mental (PASCHALL; BERSAMIN, 2019; KOLA et al., 2020; SCHRAEDER et al., 2020; DOYLE et al., 2019), prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (CORDOVA et al., 2018; SANTOS et al., 2020; JONES et al., 2017; JAMES et al., 2018; UFA et al., 2020), alimentação saudável (DALEY et al., 2019; AUFA et al., 2020) incluindo atividades na escola (CANO-CABALLERO et al., 2018; FERNANDES et al., 2019).

Havia também orientações em geral (SCHRAEDER et al., 2020; BOMFIM, 2022) incluindo aquelas sobre métodos contraceptivos (LEAL et al., 2016; FISHER et al., 2019; ROMERO et al., 2017; DALEY et al., 2019), dispensação na unidade de métodos contraceptivos (LEAL et al., 2016; FISHER et al., 2019; ROMERO et al., 2017; DALEY et al., 2019) orientação sobre a saúde sexual e reprodutiva (AYEHU; KASSAW; HAILU, 2016; FERNANDES et al., 2019; SANTOS et al., 2020; MAHDIKHANI; OVEISI; OLFATI, 2018; DALEY et al., 2019; WEELER et al., 2019; JONES et al., 2017; BOMFIM, 2020; FISHER et al., 2019; ROMERO et al., 2017; DALEY et al., 2019), diagnóstico de doenças no momento da consulta (DOMMETT et al., 2019), problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (CANO-CABALLERO et al., 2018; LELAURIN et al., 2020; HIRATSUKA et al., 2016; SANTOS et al., 2020; MEREDITH et al., 2018).

Outrossim, a oferta de vacinas conforme a faixa etária (GARBUETT et al., 2018; THOMAS et al., 2018; GARBUETT et al., 2018; BLAGDEN; HUNGERFORD; LIMMER, 2020; DOYLE et al., 2019), consultas sobre planejamento familiar (ANTUNES; PADOIM; PAULA, 2019; SANTOS et al., 2020 (JONES et al., 2017; ROMERO et al., 2017), testes rápidos (CANO-CABALLERO et al., 2018; DALEY et al., 2019; LANDGRAF et al., 2019), receber exames clínicos complementares (SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; (SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016), oferta de medicamentos (DALEY et al., 2019) disponibilização de materiais educativos (DALEY et al., 2019), vistas domiciliares (DALEY et al., 2019; ROMERO et al., 2017

No entanto, havia ainda lacunas nas intervenções em saúde para determinados casos (CLARK et al., 2018; LANDGRAF et al., 2019), como, por exemplo, ações em saúde para a prevenção de causas externa (FERREIRA JUNIOR et al., 2018), cuidado ainda limitado ao paciente (PIGOZI; MACHADO, 2020; MAPELLI et al., 2020; LOURENÇO; FONSECA,

2020) com referência aos casos de violência (LEAL et al., 2016; MAPELLI et al., 2020; LOURENÇO; FONSECA, 2020), visitas domiciliares que não contemplam a singularidade desses sujeitos (RAMALHO et al., 2019; ANTUNES; PADOIN; PAULA, 2019; FERNANDES et al., 2019) e deficiência de ações para a promoção da saúde (LEITE et al., 2019; RAIZEL et al., 2016; KOLA et al., 2020; ROMERO et al., 2017).

#### *3.4.6.5 Colaboração entre Atenção Primária e demais setores no cuidado aos adolescentes*

Percebeu-se que a unidade de saúde quando necessário tem encaminhado os pacientes adolescentes para outros serviços de maior complexidade da rede (SCHRAEDER et al., 2020; FERNANDES et al., 2019; LAURA et al., 2019; LANDGRAF et al., 2019)) ou aqueles comunitários existentes no bairro da unidade (DALEY et al., 2019; PIGOSI; MACHADO, 2020; SANTOS et al., 2020), sendo claro que os pacientes continuaram ainda a contar com cuidados primários para esclarecimento do plano de manejo apesar de estarem sendo acompanhados pela atenção secundária (DOMMETT et al., 2019).

Em outros casos, a rede se apresentou reduzida, pouco densa e com grande número de vínculos frágeis ou rompidos para que houvesse a realização dos encaminhamentos (MAPELLI et al., 2020; FERNANDES et al., 2019; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016). Deste modo, a falta de referências parece estar mais relacionada à ausência de articulação do que propriamente à inexistência de serviços (SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; PIGOSI; MACHADO, 2020). Em relação ao processo de contra referência, constatou-se falhas na execução deste recurso pelo fato das informações chegarem às instituições informalmente ou se perderem no processo, não havendo uma estratégia formal que garantisse as devolutivas e a continuidade do cuidado prestado (MAPELLI et al., 2020).

#### *3.4.6.6 Repercussões na saúde dos adolescentes atendidos pelos Serviços de Atenção Primária*

Os adolescentes dos estudos elencados de modo geral pareceram apresentar um bom estado de saúde e ausência de algum agravo ou doença (MARTINS et al., 2019). Observou-se que aqueles que tinham uma boa relação estabelecida com o profissional tinham mais chances de apresentar um bom estado de saúde (CLARK et al., 2018; TOOMEY et al., 2016; KOLA et al., 2020; PASCHALL; BERSAMIN, 2018), pois o acesso com a continuidade

do atendimento primário de cuidados durante este período está relacionado com melhores resultados de saúde inclusive na vida adulta (TOULANY et al., 2019)

Ao contrário daqueles adolescentes que não obtiveram experiências satisfatórias no atendimento do profissional de saúde, apresentando mais propensão de relatar condições de saúde precárias de saúde (YASSAEE et al., 2017; TOOMEY et al., 2016). Deste modo, sem cuidados primários tiveram mais altas taxas de doenças e admissões de internações (TOULANY et al., 2019).

#### *3.4.6.7 Facilidades, barreiras e sugestões da Atenção Primária à saúde do adolescente*

Entre as facilidades, observou-se que os centros de saúde utilizaram novas estratégias para melhorar a conscientização da comunidade sobre os serviços disponíveis (HALLUM-MONTES et al., 2016), o apoio da liderança do centro de saúde para a implementação das ações de saúde (HALLUM-MONTES et al., 2016), trabalho de forma colaborativa entre os profissionais que compõem as equipes de saúde (SCHRAEDER et al., 2020; GABURTT et al., 2018; PAULA et al., 2019), disponibilidade de atendimento que favorece a utilização de serviços de saúde (KOLA et al., 2020; GOLCOLEA et al., 2018; SCHRAEDER et al., 2020; DEJONCKHEERE et al., 2019), horário de funcionamento estendido que possibilita a procura da unidade (SCHRAEDER et al., 2020; DEJONCKHEERE et al., 2019), a presença dos pais apoiando as intervenções em saúde realizadas com o grupo (SCHRAEDER et al., 2020), a qualificação profissional que favorece a capacidade de atendimento ao grupo (FERNANDES; SANTOS, 2020), ações desenvolvidas por intermédio de programas existentes direcionados a esta população (ARAÚJO et al., 2016).

Com relação as barreiras, verificou-se a deficiência de treinamentos que não possibilita o profissional fornecer serviço a adolescentes (HALLUM-MONTES et al., 2016; FERNANDES; SANTOS, 2020; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; CORRY; LEAVEY, 2017), ausência de protocolos institucionais como ferramenta para subsidiar no cuidado (LEAL et al., 2016), inexistência de ações para a promoção da saúde e prevenção de agravos (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017), deficiência de comunicação entre os profissionais de saúde para provisão do cuidado (SCHRAEDER et al., 2020), cuidado biomédico centrado no diagnóstico e resolução da doença ou agravo (CARLOS et al., 2017), o excesso de trabalho fragiliza as ações junto ao grupo (ARAÚJO et al., 2016; LOURENÇO; FONSECA, 2020), inadequação da estrutura física e organizacional e a falta de insumos, medicamentos e materiais

(ARAÚJO et al., 2016), recursos financeiros limitados para orçamento das atividades (DECKE et al., 2020; CLARK et al., 2018; KOLA et al., 2020).

No que concerne as sugestões, a realização de treinamento para que os profissionais possam desenvolver competência profissionais (HALLUM-MONTES et al., 2016; CORDOVA et al., 2018; SCHRAEDER et al., 2020; SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016), atualização de informações sobre a situação dos adolescentes da comunidade (HALLUM-MONTES et al., 2016; SCHRAEDER et al., 2020), garantir a integralidade do cuidado no momento do atendimento (LEITE et al., 2019; JONES et al., 2017; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; SCHRAEDER et al., 2020; YASSAEE et al., 2017), inclusão de atividades divertidas e específicas para o grupo por meio de programa (AUFA et al., 2020; BOMFIM et al., 2020; YASSAEE et al., 2017), adaptar a unidade forma que acolha os pacientes para que se sinta confortável durante o atendimento (SNYDER; BURAK; PETROVA, 2016; DEJONCKHEERE et al., 2019)

## 4 METODOLOGIA

Por meio deste tópico se apresenta os métodos e as técnicas que foram empregados para o desenvolvimento do estudo, considerados importantes para a obtenção das informações e construção dos resultados, após um levantamento realizado acerca da metodologia da pesquisa na literatura científica disponível para desenho atinente a proposta deste estudo.

Além disso, as recomendações atendidas do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) traduzido e validado para o português do Brasil, que dispõe de critérios para incremento da qualidade da publicação de trabalhos científicos (SOUZA et al., 2021), conforme pode-se observar no Anexo A.

### 4.1 Tipo de Estudo e Abordagem

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, de caráter descritivo com abordagem qualitativa numa perspectiva avaliativa. O estudo exploratório tem como escopo possibilitar maior aproximação com o problema a fim de torná-lo mais explícito e/ou a construir hipóteses. O planejamento tende a ser bastante flexível, tendo em vista considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno investigado. Em geral, esta envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos que tiveram experiências práticas com o problema e análise de exemplos que estimulem a compreensão (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa descritiva tem como finalidade conhecer, interpretar e registrar a realidade observada sem nela interferir para modificá-la. Pode-se dizer que está interessado em descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre os aspectos investigados. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: instrumentos e observação. Em geral, assume a forma de levantamento de informações sobre o tema de interesse investigado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem qualitativa se configura como uma estratégia que viabiliza aos investigadores o alcance dos objetivos contextualizados ao ambiente sob investigação. Este tipo de estudo tem o poder de explorar a objetividade, sendo capaz de explorar de forma alinhada ao tempo, ao espaço e a cultura da população, aspectos que implicam em significados, sentidos e sentimentos. Portanto, compreende e interpreta fenômenos a partir da subjetividade, possibilitando uma visão mais ampla dos problemas investigados e fornecendo um enfoque diferenciado para a compreensão da realidade (BRASIL; FROTA, 2018).

Por sua vez, a pesquisa avaliativa se configura como a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando as bases teóricas, o processo operacional e a implementação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual os constituem (ARREAZA; MORAES, 2010). Esta comporta uma multiplicidade de possibilidades de recortes, formas de definir abordagens e dimensões para as práticas que refletem, em alguma medida, as escolhas teóricas e os pontos de vista, a partir dos distintos atores implicados que correspondem às suas posições no campo e espaços a que pertencem (VIEIRA, 2005).

Deste modo, a aplicação destes estudos sendo de fundamental importância para o desenvolvimento desta pesquisa, tendo em vista a necessidade do levantamento de informações para o alcance dos objetivos propostos anteriormente.

#### 4.2 Cenário da Investigação

O estudo foi realizado no município de Fortaleza que está localizado no litoral norte do estado do Ceará, parte da região do nordeste do Brasil, com área territorial de 313,8 km<sup>2</sup>. Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, a leste com o município de Aquiraz, ao sul com o município de Pacatuba e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú, conforme se apresenta a seguir na Figura 03:

**Figura 03:** Mapa da região metropolitana de Fortaleza localizada no estado do Ceará.

Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.



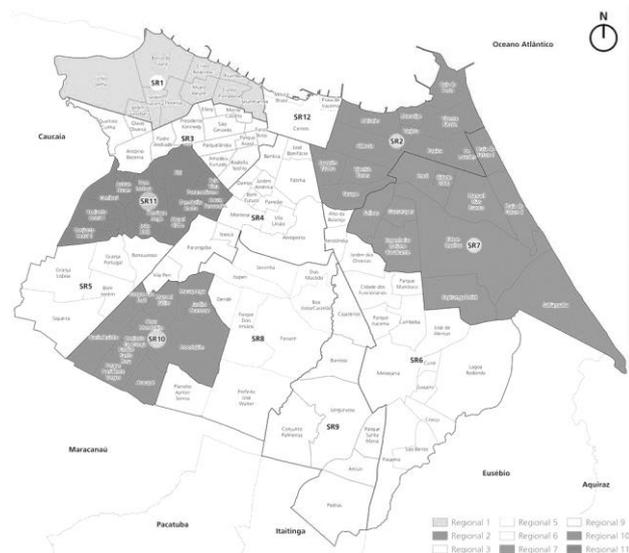
**Fonte:** Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (2021).

A população total do referido município está estimada em 2.627.482 habitantes, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) para 2017 e apresenta uma densidade populacional de 8.373 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo considerada a maior densidade demográfica entre todas as capitais brasileiras. Para o ano de 2017, a estimativa populacional teve um aumento de 6,67% em relação ao ano de 2010, mantendo Fortaleza com quinto maior contingente populacional do país. Os fortalezenses representam 29,12% da população do estado do Ceará, em um contingente populacional estimado para 2017 com 9.022.477 habitantes.

Em relação à distribuição da população do município por faixa etária e por sexo, de acordo com a projeção para 2017, verifica-se que 47,8% (1.229.974) são do sexo masculino e 52,2% (1.397.508) são do sexo feminino. A distribuição por faixa etária da população é composta predominantemente por pessoas jovens e adultas, sendo que o maior agrupamento para ambos os sexos está na idade de 20 a 24 anos, sendo 10,5% masculino e 10,1% feminino.

Quanto ao sistema municipal de saúde, desde o fim da década de 1990 o município adotou por meio da Lei Municipal nº 8.000 de 29 de janeiro de 1997, o modelo administrativo das Secretarias Regionais (SR) e reformulou a organização administrativa municipal com o objetivo de descentralizar a gestão. Assim, o município teve inicialmente seu território dividido em seis regiões administrativas com distribuição de 119 bairros e recentemente no ano de 2021 passou a possuir 12 regiões administrativas com seus respectivos territórios, tendo o redesenho como objetivo agregar nas regionais os bairros com condições sociais e econômicas semelhantes. Além disso, o município está organizado por coordenadorias administrativas regionais responsáveis pelo planejamento, organização e execução de ações de promoção da saúde de sua população (FARIA; MOURA, 2020), como apresentado na Figura 4:

**Figura 04:** Mapa da distribuição das regiões administrativas de Fortaleza localizada no estado do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.



**Fonte:** Globo Ceará (2021).

Em Fortaleza, a gestão da saúde é responsável pelos serviços de nível de atenção primária, secundária e terciária no seu território de abrangência, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. O aparelhamento do sistema municipal de saúde está organizado por meio de Redes Assistenciais: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar e Rede Assistencial da Saúde Mental (ACESUS, 2022).

Assim sendo, a rede de saúde é formada por 116 UAPS, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), duas unidades com ambulatórios especializados, a UAB Floresta e UAB Carlos Ribeiro, duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, um de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Portanto, a rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados que prestam serviços de consultas, exames e internações a população (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2022).

A Rede Assistencial da ESF se apresenta como eixo estruturante da organização do sistema municipal de saúde. Nesse sentido, trabalhou na estruturação dessa rede concluindo a reforma de várias unidades de saúde, tendo um total de 116 unidades organizadas nas regionais da cidade. O número de equipes de trabalho está ampliado, contabilizando um total de 365 equipes de saúde cadastradas, perfazendo uma cobertura total 86%. Para fortalecer a atenção básica na capital, conta ainda com 30 equipes do NASF, compostas por assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, entre outros (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2020).

A UAPS José Paracampos, selecionada como cenário para este estudo, se encontra no âmbito da Coordenadoria Regional (CORES) V, considerada como uma das maiores do município e menor em extensão territorial do que a CORES VI, no entanto, é a maior em adensamento populacional indicando 83,5 habitantes/ha (MOURA et al., 2018) e apresentando um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade com valor de 0,44. Esta possui 18 bairros oficiais e uma regional das mais jovens populações, com 44% dos seus residentes com menos de 20 anos de idade (FARIA; MOURA, 2020).

Esta unidade é composta por dois patamares, sendo o primeiro piso equivalente ao rés-do-chão e o segundo piso ao primeiro andar. No andar térreo na porção da frente do prédio, dispõe-se de um espaço externo seguido do hall de entrada que dá acesso ao lado oeste as escadas para o primeiro andar e ao lado leste ao espaço de atendimento do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), seguido de uma sala de espera que dá acesso para uma sala de imunização, uma sala de laboratório, duas salas de consultório, dois banheiros individuais para cada sexo, uma sala de esterilização, uma sala de expurgo, uma sala de atendimento odontológico.

Neste mesmo andar ao lado norte dispõem-se de um espaço de circulação que inclui uma sala de espera com acesso a duas salas de consultório para atendimento, uma sala para procedimento, uma sala de farmácia, uma sala da farmácia clínica, uma sala para depósito de material de limpeza, um banheiro para funcionários e ao final na porção final ao leste um espaço de circulação para dispensação de medicamento com acesso a espaço sem cobertura. Já no primeiro andar com acesso a espaço em forma de corredor, compõem-se três consultórios para atendimento, uma sala de coordenação, uma sala da copa e uma sala de situação e reunião.

Além disso, a unidade é composta por quatro equipes de Saúde da Família completas para cada micro área, isto é, em cada equipe de adscrição há um (a) médico (a), uma enfermeira, um (a) técnico (a) de enfermagem, de três a sete agentes comunitários de saúde, um (a) cirurgiã (o) dentista e uma técnica ou auxiliar em saúde bucal e uma equipe incompleta, ou seja, apenas um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários. Em caráter complementar sem vinculação as equipes de saúde, a unidade ainda apresenta dois profissionais farmacêuticos e uma educadora física. Estes profissionais apresentam carga horária que varia entre 32 a 40 horas semanais e com diferentes horários de entrada e saída, sendo todos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde por meio de contratações efetivas ou temporárias

A unidade apresenta funcionamento com horário estendido, iniciando o expediente a partir das 07:00h da manhã e encerrando o atendimento as 19:00h da noite. Esta oferece atendimento por meio da demanda espontânea ou programada e atendimento específico de rotina. No caso da demanda espontânea, ao chegar na unidade de saúde o usuário é acolhido pelo NAC para ser direcionado ao seu atendimento, passando pela sala de procedimentos para aferição dos sinais vitais e posteriormente segue para atendimento do profissional enfermeiro e quando necessário é encaminhado ao profissional médico.

Na demanda programada, o paciente comparece na unidade de saúde após agendamento efetuado na própria unidade, pelo agente de saúde ou na consulta de retorno,

passando inicialmente pela sala de procedimentos para aferição dos sinais vitais para posterior atendimento com o profissional de saúde. No atendimento específico de rotina, o paciente se direciona a sala de coleta de exame, espaço da farmácia, sala de procedimentos e sala de vacina. No caso da demanda espontânea e programada, a unidade direciona os profissionais de saúde de forma diferente para cada tipo de atendimento, isto é, uma vez na semana o enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde de cada equipe estão voltados para a linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade e o médico da equipe fica na retaguarda deste acolhimento também. Os demais profissionais das equipes estão direcionados apenas a atender os pacientes de sua área adscrita com agendamento.

### **4.3 Período da Pesquisa**

A referida pesquisa foi desenvolvida durante o período de novembro e dezembro de 2021, por meio de duas etapas, a saber: I) Integração na unidade do cenário do estudo e II) Levantamento de informações no cenário do estudo, após o parecer favorável para execução no campo da pesquisa. Para tanto, o projeto de pesquisa inicialmente foi encaminhado à Coordenaria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais da Secretaria Municipal de Saúde para solicitação da carta de anuência e, posteriormente submetido a Plataforma Brasil para envio ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC com vistas a apreciação ética da comissão científica.

### **4.4 Participantes do Estudo**

Constituíram como participantes da investigação os adolescentes, familiares e profissionais pertencentes a unidade de APS do cenário do estudo. Sabe-se que a compreensão tanto dos usuários como dos profissionais que estão presentes na unidade, tem sido considerada como importante para a avaliação dos serviços de saúde, não apenas por expressarem pontos de vistas de diferentes ângulos, mas também por ambos estarem implicados no processo, apresentando-se como grupos de interesse da avaliação.

Como critérios de inclusão dos adolescentes, aplicou-se: faixa etária entre 10 e 19 anos de idade conforme preconizado pela OMS (1996) e Ministério da Saúde do Brasil (2018), cadastro ativo do usuário no sistema e-SUS e seguimento na unidade de saúde há pelo menos 12 meses, período este considerado necessário para formulação de opinião sobre a temática

investigada. Excluiu-se aqueles com alguma deficiência mental e/ou problema cognitivo, desorientados ao tempo e espaço e dificuldade em responder as perguntas do referido estudo.

Quanto aos critérios de inclusão dos familiares, utilizou-se: faixa etária igual ou superior aos 18 anos de idade, membro da família com parentesco de vínculo sanguíneo (consanguíneo) ou afetivo sem laços legais e que conviva há pelo menos 12 meses na mesma residência, período este considerado necessário para reconhecer a relação do adolescente com a unidade e formulação de opinião sobre a temática investigada. Excluiu-se aqueles que apresentavam alguma deficiência mental e/ou problema cognitivo, desorientados ao tempo e espaço e dificuldade em responder as perguntas do referido estudo.

Em relação aos critérios de inclusão dos profissionais, adotou-se: integrantes de equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Primária, equipe de Saúde Bucal e equipe multiprofissional que atuavam de forma integrada com as equipes, vínculo empregatício ativo no âmbito da unidade de saúde, desenvolvimento de atividades profissionais há pelo menos 12 meses, considerando essencial este período para vivência na unidade de saúde e formulação de opinião sobre a temática investigada e prestação cuidado aos adolescentes usuários da área adscrita a unidade de saúde. Excluiu-se aqueles que durante a coleta de dados estiveram no período de férias, atestado de saúde ou afastamento do trabalho.

Os participantes foram selecionados de forma não intencional, considerando a diversidade e o acesso durante o desenvolvimento da pesquisa. O número de participantes se deu por meio da saturação teórica das respostas sobre a temática investigada. Esta é operacionalmente definida como a suspensão da inclusão de novos participantes quando as informações obtidas passam a apresentar, na análise do pesquisador, uma certa repetição ou redundância, não sendo considerado importante continuar com as entrevistas (DENZIN; LINCOLN, 1994). Acredita-se que as informações fornecidas pouco acrescentariam ao material obtido, não contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### **4.5 Métodos e Técnicas da Investigação**

Após definido o objeto do estudo com a fundamentação teórica e delimitado o espaço a ser investigado, realizou-se a fase exploratória de campo com a realização do trabalho propriamente dito na unidade de saúde. Sendo assim, foram seguidas duas etapas distintas para o levantamento de informações sobre o tema em questão e respeitadas as normas sanitárias

vigentes dos decretos em atenção as medidas preventivas contra a Covid-19, conforme apresentado no Quadro 2 descrito abaixo:

**Quadro 2:** Etapas e momentos da coleta de informações durante o trabalho de campo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

MOMENTOS	ETAPAS	
	<i>Integração na unidade do cenário do estudo</i>	<i>Levantamento de informações no cenário do estudo</i>
Contato com o coordenador da unidade de saúde para apresentação da pesquisa	Apresentação da proposta de estudo aos grupos de participantes	
Visitas técnicas para reconhecimento da estrutura física, organizacional e cognitiva	Realização da entrevista semiestruturada aos adolescentes e familiares	
Contato inicial com os possíveis participantes da pesquisa	Realização da observação sistemática na unidade de saúde	
Aproximação gradual com base nos objetivos estabelecidos no estudo	-	
Estabelecimento de uma relação de respeito efetivo com a comunidade	-	

Fonte: autoria própria, 2022.

#### **4.5.1 Integração na unidade do cenário do estudo**

Nesta primeira etapa, entrou-se em contato prévio com o coordenador da UAPS por via telefônica e/ou e-mail para agendar um encontro pessoal no espaço do serviço de saúde. Este momento serviu para apresentar os aspectos metodológicos e os benefícios da pesquisa, tendo em vista a participação dos adolescentes e de seus familiares da área adscrita e dos profissionais da unidade de saúde do cenário. Logo, a apresentação da proposta do estudo aos possíveis colaboradores foi uma estratégia importante para o estabelecimento de relações de confiança e de parceria.

Após o aceite, foi ainda solicitado a liberação de breves visitas técnicas para reconhecimento da estrutura física, organizacional e cognitiva do serviço de saúde. Este momento oportunizou uma aproximação inicial com a realidade do cenário do referido estudo, a partir da presença em dias e horários da semana previamente agendados com o coordenador. Acreditava-se que vários obstáculos poderiam dificultar ou até mesmo inviabilizar essa etapa da pesquisa e, frente ao exposto buscou em primeiro lugar uma aproximação com a área selecionada para o estudo.

Foi efetuado também um reconhecimento prévio e contato inicial com os possíveis participantes do cenário a serem selecionados para o estudo. Sendo assim, os adolescentes foram identificados por meio da sugestão dos agentes comunitários das equipes de saúde e os familiares por meio da indicação dos próprios adolescentes participantes. Já os profissionais

foram selecionados durante a presença na unidade de saúde, conforme a sua disponibilidade para participar da pesquisa. Ao final, foram considerados elegíveis para participar do estudo todos aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente neste estudo.

Ademais, neste momento realizou-se uma aproximação de preferência gradual, em que a cada dia de trabalho ao campo foi refletido e avaliado com base nos objetivos estabelecidos e consolidado ao mesmo tempo uma relação de respeito efetivo por todas as pessoas envolvidas e pelas suas manifestações no interior da comunidade investigada.

#### ***4.5.2 Levantamento de informações no cenário do estudo***

Nesta segunda etapa, desenvolveu-se o levantamento de informações por meio de entrevista semiestruturada com os participantes e observação sistemática da realidade do cenário, ao considerar como técnicas do trabalho de campo e importantes componentes na realização da pesquisa qualitativa.

Sendo assim, a proposta do estudo foi apresentada aos grupos envolvidos para o estabelecimento de uma relação de troca mútua entre ambas as partes. Os grupos foram esclarecidos de forma individual sobre os elementos que se pretendiam investigar e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo investigativo. Sabe-se que a busca de informações envolve um jogo cooperativo, em que a cada momento há uma conquista baseada no diálogo que foge da obrigatoriedade. Os grupos envolvidos não foram obrigados a colaborar sob pressão, caso contrário, o processo favorecia a coerção que não permitiria a realização de uma efetiva interação.

Assim sendo, após o aceite em participar da pesquisa realizou-se a entrevista semiestruturada, sendo com os profissionais de saúde em espaço da unidade e os adolescentes e familiares na sua própria residência, buscando garantir a privacidade, o conforto, o anonimato e a segurança. Estas tiveram aproximadamente duração de 15 a 30 minutos cada, sendo registradas em áudio com o auxílio do gravador de iPhone, mediante a autorização expressa dos participantes, a fim de maximizar a fidedignidade das informações obtidas e facilitar a transcrição literal dos depoimentos na íntegra a posterior.

A entrevista semiestruturada é o procedimento mais usual da pesquisa qualitativa durante o trabalho de campo, tendo em vista a obtenção de informações contida no depoimento dos participantes. Esta se constitui ainda como uma estratégia muito utilizada quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo direcionamento maior para a temática a fim de

que os objetivos sejam alcançados. Esta combina perguntas abertas e fechadas, oportunizando que o informante tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto (MINAYO, 2002).

Além disso, apresenta como vantagem a elasticidade quanto à duração da coleta de informações, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Esta possibilita uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao primeiro abordar assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes (BONI; QUARESMA, 2005).

Para tanto, no momento da entrevista um conjunto de questões foram seguidas previamente definidas nos instrumentos guias elaborados num contexto semelhante ao de uma conversa informal. Ficou-se atento para dirigir, no momento que achava oportuno, a discussão para o assunto que interessava, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficavam claras ou ajudando a recompor o contexto da entrevista, caso a participante tivesse perdido o sentido do tema ou dificuldade de expressar este.

E, ao final ainda realizou-se uma observação sistemática para captar informações adicionais que fossem complementares às entrevistas realizadas. Esta examina a realidade em condições controladas para se responder questões previamente definidas, portanto, requerendo o planejamento e necessitando de operações específicas para o seu desenvolvimento. Com esta técnica, sabe-se o que procura e usa propósitos preestabelecidos, porém flexíveis para o levantamento de dados do fenômeno que se observa (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Assim sendo, por meio de um roteiro elaborado foi realizada na referida unidade de saúde esta observação de forma criteriosa e ponderada acerca dos elementos previamente definidos, buscando garantir o distanciamento com o fenômeno a ser observado e a adoção de procedimentos rigorosos de registros das informações.

#### **4.6 Instrumento de Coleta de Dados**

Neste estudo, quatro instrumentos foram utilizados para o levantamento das informações no referido cenário. Verifica-se que para o desenvolvimento de pesquisas científicas com fontes primárias, é importante durante a etapa de planejamento do estudo a elaboração de instrumentos funcionais e claros para a coleta de dados. Estes contemplam questões que originarão elementos para responder diretamente à pergunta norteadora associada aos objetivos da pesquisa (THOMAS; OENNING; GOULART, 2018).

Assim sendo, considerando que antes da elaboração de um instrumento faz-se necessário realizar uma revisão de literatura, a fim de verificar a existência de uma ferramenta validada sobre o tema em questão (THWAITES; MURDOCH-EATON, 2016), foi efetuado por meio das bases de dados, repositórios institucionais e períodos científicos uma busca rápida de produções sobre a referida temática e, ao final não se encontrou estudos disponíveis na íntegra com a mesma perspectiva. Logo, os instrumentos foram desenvolvidos para o levantamento de informações por meio de questões com aspectos considerados relevantes e pertinentes ao quadro teórico com vistas a responder ao objetivo do presente estudo, conforme apresentado no Quadro 3 abaixo:

**Quadro 3:** Instrumentos de coleta de informações elaborados para utilização no trabalho de campo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

	<b>INSTRUMENTO DA ENTREVISTA</b>	<b>INSTRUMENTO DA OBSERVAÇÃO</b>
<b>PARTE I</b>	Identificação do participante da pesquisa	Quantidade de profissionais por categoria
	Informações gerais sobre a entrevista	Carga horária semanal dos profissionais
	Perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional	Funcionamento do serviço de saúde
<b>PARTE II</b>	Na estrutura, existência de profissionais; materiais, normas e rotinas apropriadas; e adequação das instalações	Na estrutura, presença de profissionais nas equipes, existência de materiais, normas e rotinas apropriadas e instalações adequadas na unidade
	No processo, realização de procedimentos; adesão de técnicas, respeito aos aspectos éticos; e existência de relação terapêutica	No processo, realização de procedimentos, adesão de técnicas no atendimento, respeito aos aspectos éticos e estabelecimento de relação terapêutica
	Nos resultados, impacto e efeito da interação com a unidade; condição de saúde e satisfação dos adolescentes com o serviço	-

Fonte: autoria própria, 2022.

Desta forma, para a entrevista atentou-se a elaborar instrumentos com estrutura adequada considerando o tipo de questão, a linguagem empregada e a ordem dos itens. As questões foram formuladas de forma a assegurar uma fácil compreensão, livre de vieses de informação e apropriada ao nível de educação e cultura do participante (BRYSON; TURGEON; CHOI, 2012). Devido a ordem influenciar na obtenção de respostas, as perguntas foram organizadas das mais fáceis para as mais difíceis e das gerais para as mais particulares. Os dados demográficos foram inseridos o início por serem mais fáceis e os itens controversos ou emotivos não foram colocados no início do instrumento (JONES; 2013).

Além disso, foram contemplados nos instrumentos critérios de avaliação que correspondessem a indicadores de qualidade em consonância com as dimensões do quadro teórico utilizado. Deste modo, na estrutura investigou os recursos humanos, materiais, normas

e rotinas e instalações; no processo identificou os procedimentos, técnicas, aspectos éticos e relação terapêutica; e nos resultados analisou o impacto e efeito da interação com a unidade, condição de saúde e satisfação como reflexo desta relação.

Portanto, os instrumentos direcionados aos adolescentes (Apêndice H), familiares (Apêndice I) e profissionais de saúde (Apêndice J), respectivamente, em sua primeira parte incluíram a identificação do participante, informações sobre a entrevista e perguntas fechadas acerca do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional. Na segunda parte, abordavam a dimensão estrutura com perguntas abertas sobre a existência de profissionais para atendimento, disponibilidade de materiais, normas e rotinas apropriadas e adequação das instalações. Na dimensão do processo, a realização de procedimentos, adesão de técnicas, respeito aos aspectos éticos e existência de relação terapêutica. Nos resultados, o impacto e efeito da interação com a unidade, condição de saúde e satisfação dos adolescentes com o serviço ofertado.

No que diz respeito a observação sistemática, buscou-se elaborar um instrumento (Apêndice K) em forma de roteiro contendo em sua primeira parte perguntas fechadas sobre os profissionais que compõem o quadro da unidade de saúde. Na segunda parte, foram inseridas perguntas abertas para direcionar a observação dos elementos definidos com base nos documentos do Ministério da Saúde (2017; 2019), sendo na estrutura a presença de diferentes profissionais na equipe de saúde, existência de materiais para atendimento, existência de normas e rotinas apropriadas e adequação das instalações da unidade. Na dimensão do processo, a realização de procedimentos, adesão de técnicas no atendimento, respeito aos aspectos éticos e o estabelecimento de relação terapêutica.

Ressalta-se que esses instrumentos foram desenvolvidos a partir da experiência prévia em grupo de pesquisa com projetos matriciais na pesquisa qualitativa e dos aspectos da tríade do referencial teórico utilizado no referido estudo, sendo que estes ainda foram submetidos a teste piloto com os participantes antes da coleta de dados para possibilitar adequações de linguagem e ordenação das questões, realizando ao final alterações, inclusões e exclusões de algumas perguntas.

#### **4.7 Análise, Interpretação e Apresentação das Informações**

Para a análise das informações, utilizou-se o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992). Nesse método, o depoimento dos participantes é situado no contexto para melhor compreensão do fenômeno investigado. Essa compreensão tem como

ponto de partida o interior do depoimento e como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz o depoimento do participante.

O primeiro nível de interpretação desenvolvido segundo a proposta em questão é o das determinações fundamentais contidas no universo do estudo. Esse nível, entre outros aspectos, diz a respeito à identificação da conjuntura social, econômica, cultura, histórica e política da qual fazem parte e que se relacionam com o grupo de participantes. Essas determinações foram definidas na fase de exploração da pesquisa a partir da inserção no campo. Além disso, as categorias gerais elaboradas no nível a posteriori foram formuladas a partir dessas definições identificadas a priori.

O segundo nível de interpretação baseia-se no encontro com os fatos surgidos na pesquisa. Esse nível foi ao mesmo tempo ponto de partida e de chegada da análise. As comunicações individuais, as observações de condutas e a análise da instituição foram elementos a serem considerados nesse nível de interpretação. Operacionalmente se divide ainda em três passos conforme se apresenta a seguir:

- a) **Ordenação dos dados:** um mapeamento de todas as informações obtidas no trabalho de campo foi realizado por meio de um quadro. Sendo assim, estavam incluídas, por exemplo, a transcrição das gravações das entrevistas, organização dos relatos e dos dados da observação e releitura do material obtido;
- b) **Classificação dos dados:** através de uma leitura intensa, exaustiva e repetida do material obtido, as interrogações foram estabelecidas para identificar o que surgiu de relevante entre os depoimentos dos participantes do estudo. Com base no que foi relevante nos textos obtidos, elaborou-se as categorias específicas. Nesse contexto, determinou o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação;
- c) **Análise final:** foram realizadas articulações entre os dados obtidos, o referencial teórico da pesquisa e a literatura pertinente ao tema, respondendo à questão da pesquisa com base nos objetivos. Assim sendo, promoveu-se relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Salienta-se que para analisar a qualidade da atenção à saúde do adolescente a partir dos critérios definidos na avaliação com base no quadro teórico, adotou-se como referência os documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil (2013; 2017; 2019), que regulamentam a atenção à saúde do adolescente na Atenção Básica. Estes, portanto, destacam entre outros pontos que esta deve ser garantida mediante a oferta de serviços de cuidados primários,

incluindo, sobretudo, no que se refere ao componente estrutura a presença de profissionais qualificados, disponibilidade de materiais para exames específicos e procedimentos de menor intervenção, existência de normas e rotinas conforme manuais técnicos em atenção ao agravo e as necessidades do grupo e ambiência que favoreça o conforto com a criação e adaptação do espaço local.

Quanto ao componente processo, a realização de procedimentos habituais incluindo exame detalhado de cada segmento a partir de métodos propedêuticos, adesão a técnicas na área específica de atuação profissional por meio das boas práticas, atenção aos aspectos éticos com base nos princípios do respeito, autonomia e liberdade e estabelecimento de uma relação horizontal baseada no diálogo para compreender as necessidades com vistas o cuidado integral. Em relação ao componente resultados, mudanças nos hábitos e comportamentos deletérios com consequente redução dos problemas de saúde, qualidade de vida e bem-estar com desenvolvimento saudável e satisfação com todos os componentes do serviço de saúde.

#### **4.8 Aspectos Éticos do Estudo**

O estudo recebeu parecer favorável do CEP da UFC sob n. 5.060.107, CAAE: 52013421.2.0000.5054. Este buscou respeitar os princípios éticos em todas as suas etapas conforme a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (2012) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Esta incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade; visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Quanto aos princípios éticos relacionados à pesquisa, a beneficência refere-se aos benefícios diretos e/ou indiretos que a pesquisa possa trazer para os participantes do estudo, entre os quais, destaca-se a compreensão da realidade dos serviços vigentes ofertados aos adolescentes pela Atenção Primária e a possibilidade da construção de estratégias para a transformação das práticas com base nas necessidades particulares e intrínsecas dos usuários para o seu pleno desenvolvimento saudável. Além disso, o aprofundamento em discussões teóricas-práticas nos diferentes espaços sociais, de saúde e formação para dar maior visibilidade a temática, a fim de engajar estudantes, docentes, profissionais e pesquisadores na busca da qualidade da assistência integral à saúde deste grupo populacional no SUS.

A não maleficência relaciona-se a minimização de previsíveis riscos e danos aos participantes durante o desenvolvimento da pesquisa, como, por exemplo, constrangimento ou

desconforto no momento da aplicação das entrevistas com as perguntas dos instrumentos de coleta de informação. Entende-se que ao abordar esta temática envolvendo a assistência à saúde, o participante poderia relembrar situações de experiências e vivências que venha causar emoções negativas e, portanto, salienta-se que o pesquisador esteve prontamente disponível para prestação de atenção integral aos danos decorrentes da pesquisa.

No que se refere a autonomia, denota-se o consentimento dos participantes em participar da pesquisa e desistir da mesma a qualquer momento, quando achar mais conveniente sem quaisquer prejuízos ou danos, assegurando, assim, sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Enquanto na justiça assegurou os direitos e deveres à comunidade científica, como também aos participantes da pesquisa e a equidade a igual dos interesses envolvidos, garantindo a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

Para assegurar o sigilo e o anonimato dos participantes no estudo, os depoimentos quando apresentados nos resultados, foram acompanhados de letras do alfabeto que correspondam as iniciais de cada um, sendo os adolescentes identificados então pela letra “A”, os familiares pela “F” e os profissionais pela “P” acompanhadas ainda de código alfanumérico conforme a sequência da entrevista realizada (Ex: A01...A10, F01... F08, P01...P15).

Salienta-se que no momento da entrevista apresentou e solicitou aos profissionais de saúde, pais/responsável legal e adolescentes maiores de idade a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos adolescentes menores de idade o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), sendo uma cópia de cada de posse do pesquisador para arquivo e outra disponibilizada ao participante do estudo. Os termos continham informações relevantes e necessárias para os participantes do estudo, em uma linguagem clara e objetiva e de fácil entendimento para o mais completo esclarecimento da investigação. O pesquisador realizou também uma discussão mais aberta destes quando necessário, visando dirimir possíveis dúvidas relacionadas ao documento, bem como os reais benefícios que poderiam ser esperados com a participação na pesquisa.

## 5 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Da análise e interpretação das informações obtidas, neste estudo ao final elaborou-se uma categoria sobre a caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos participantes e mais três grandes categorias temáticas acerca do acesso da população adolescente a UAPS e estrutura, insumo e material para assistência; profissionais da equipe da APS no cuidado à população adolescente; e serviços de saúde ofertados a população adolescente e repercussão, impacto e satisfação com APS. Estas categorias encontram-se desenvolvidas na sequência abaixo.

### 5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos participantes

Os adolescentes participantes do estudo eram do sexo feminino e masculino, com faixa etária compreendida entre 12 a 17 anos de idade, em sua maioria estavam solteiros, pertencentes a religião católica, com ensino fundamental incompleto, autodeclarados como de cor parda, desenvolvendo as atividades estudantis e com renda familiar menor que um salário mínimo, conforme se apresenta no Quadro 4 a seguir:

**Quadro 4:** Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos adolescentes do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Religião	Grau de Escolaridade	Raça	Ocupação	Renda*
A01	Feminino	17 anos	Solteira	Evangélica	Ensino fundamental incompleto	Parda	Estudante	Menos de 01 salário
A02	Feminino	12 anos	Solteira	Evangélica	Ensino fundamental incompleto	Parda	Estudante	Menos de 01 salário
A03	Feminino	13 anos	Solteira	Católica	Ensino fundamental incompleto	Parda	Estudante	De 01 a 02 salários
A04	Feminino	17 anos	União Estável	Evangélico	Ensino fundamental incompleto	Branca	Estudante	Menos de 01 salário
A05	Masculino	15 anos	Solteiro	Católico	Ensino médio incompleto	Pardo	Estudante	Menos de 01 salário

Continua

A06	Masculino	12 anos	Solteiro	Católico	Ensino fundamental incompleto	Branco	Estudante	De 01 a 02 salários
A07	Masculino	14 anos	Solteiro	Católico	Ensino fundamental incompleto	Branco	Estudante	Menos de 01 salário
A08	Feminino	14 anos	Solteira	Católica	Ensino fundamental incompleto	Parda	Estudante	De 01 a 02 salários
A09	Masculino	17 anos	Solteiro	Católico	Ensino médio incompleto	Pardo	Autônomo	Menos de 01 salário
A10	Masculino	12 anos	Solteiro	Católico	Ensino fundamental incompleto	Pardo	Estudante	De 01 a 02 salários

\*Salário mínimo referente ao ano de 2021 no valor de R\$ 1.100,00.

**Fonte:** autoria própria, 2021.

Embora neste estudo a quantidade de adolescentes do mesmo sexo tenha sido igual de modo não proposital, a qual se diferencia em outros ao mostrarem que a maioria dos participantes são do sexo feminino (MARTINS et al., 2019), outras características também vão de encontro com as levantadas por meio dos participantes em pesquisas nacionais. Deste modo, evidenciou-se a presença de adolescentes com idades entre 15 e 19 anos ao apresentarem certo grau de maturidade, com predominância da pele parda que é parte da existência de uma miscigenação no país, com escolaridade entre ensino fundamental e médio incompleto em consonância com faixa etária do ensino regular (MARTINS et al., 2019).

Além disso, em sua maioria se autodeclarando solteiros como reflexo de que as relações afetivas entre pares ainda não foram estabelecidas, adeptos ao catolicismo que se apresenta como religião bastante frequente no território brasileiro, voltados a realização das atividades escolares como parte de um direito garantido pelo Estado e com renda mensal menor que um salário mínimo proveniente dos membros da família (MARTINS et al., 2019). Isto, portanto, em parte representa que a realidade dos adolescentes no interior do estado do Ceará é semelhante com a de outros jovens em diferentes cenários do país.

Os familiares dos adolescentes que participaram do estudo em sua maioria foram os responsáveis legais com destaque para as mães. Estes tinham idade entre 32 a 67 anos, grande parte eram casados, pertencentes a diferentes religiões com apenas um não adepto, a metade se autodeclarou de cor parda e com ocupação direcionada as atividades domésticas e a maior parte apresentou menos de um salário mínimo, como se observa no Quadro 5 abaixo:

**Quadro 5:** Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos familiares do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Participante	Parentesco	Idade	Estado Civil	Religião	Grau de Escolaridade	Raça	Ocupação	Renda*
F01	Mãe	54 anos	Casada	Evangélica	Ensino Médio Completo	Negra	Dona de casa	Menos de 01 salário
F02	Mãe	41 anos	Casada	Evangélica	Ensino Médio Completo	Parda	Terceirizada	Menos de 01 salário
F03	Pai	37 anos	Casado	Católico	Ensino fundamental incompleto	Negro	Autônomo	De 01 a 02 salários
F04	Vó	67 anos	Viúva	Universal	Ensino fundamental incompleto	Parda	Desempregada	Menos de 01 salário
F05	Mãe	32 anos	União Estável	Católica	Ensino fundamental incompleto	Branca	Dona de casa	De 01 a 02 salários
F06	Mãe	33 anos	Casada	Católica	Ensino médio completo	Parda	Dona de casa	Menos de 01 salário
F07	Vó	58 anos	Casada	Evangélica	Analfabeta	Branca	Dona de casa	Menos de 01 salário
F08	Mãe	44 anos	Casada	Sem religião	Ensino médio completo	Parda	Terceirizada	De 01 a 02 salários

\*Salário mínimo referente ao ano de 2021 no valor de R\$ 1.100,00.

**Fonte:** autoria própria, 2021.

A participação da genitora conforme encontrada em outros estudos (FIGUEIREDO et al., 2017) demonstra a presença ainda da figura materna na provisão do cuidado ao filho. Além disso, a idade de familiares que variou entre responsáveis jovens para mais velhos, em sua maioria com estado civil de casados, adeptos as religiões existentes mais frequentes, com predominância da pele parda que retrata a realidade de cor da população e de pessoas que não exerciam atividades laborais formais, realizando apenas as domésticas que inclui o cuidado com do lar e dos familiares e renda mensal menor que um salário mínimo oriundo do salário companheiro como parte de uma realidade de várias famílias e de comunidade vulneráveis o país.

Em relação aos profissionais de saúde, houve predominância do sexo feminino, idade compreendida entre 27 a 51 anos, a maioria estavam casados e se autodeclararam de cor parda e com renda variando de um a mais de cinco salários mínimos. Estes ainda apresentaram

diferentes formações que integram a equipe mínima e multiprofissional da APS, possuindo grau de escolaridade desde o ensino médio até ensino superior completo com especialização, tempo de formação variando de dois a mais de 11 anos e de serviço mais de cinco anos em mais da metade, como pode se observar no Quadro 6 a seguir:

**Quadro 6:** Caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, de formação e ocupacional dos trabalhadores e profissionais do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Raça/Etnia	Renda*	Categoria	Grau de Escolaridade	Tempo de Formação	Tempo de Serviço
P01	Feminino	51 anos	Casada	Parda	De 01 a 02 salários	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Superior Completo	≥11 anos	11 anos
P02	Masculino	42 anos	Solteiro	Branco	De 01 a 02 salários	Agente Comunitário de Saúde	Ensino Médio Completo	-	11 anos
P03	Masculino	29 anos	Solteiro	Branco	De 01 a 02 salários	Técnico de Enfermagem	Ensino Médio Completo	De 02 a 05 anos	2 anos
P04	Feminino	45 anos	Casada	Parda	De 01 a 02 salários	Técnica de Enfermagem	Ensino Médio Completo	De 05 a 10 anos	10 anos
P05	Feminino	47 anos	União estável	Parda	De 01 a 02 salários	Auxiliar de Saúde Bucal	Ensino Médio Completo	-	06 anos
P06	Feminino	49 anos	Casada	Branca	Mais de 05 salários	Cirurgiã-Dentista	Especialização	> 10 anos	15 anos
P07	Feminino	43 anos	Casada	Parda	De 01 a 02 salários	Técnico de Enfermagem	Ensino Médio Completo	De 05 a 10 anos	06 anos
P08	Masculino	26 anos	Solteiro	Pardo	De 03 a 04 salários	Farmacêutico	Especialização	De 01 a 05 anos	03 anos
P09	Feminino	55 anos	Solteira	Branca	Mais de 05 salários	Farmacêutica	Especialização	>10 anos	05 anos
P10	Masculino	49 anos	Casado	Pardo	Mais de 05 salários	Cirurgião-Dentista	Especialização	>10 anos	15 anos

Continua

P11	Feminino	33 anos	Casada	Parda	De 01 a 02 salários	Enfermeira	Ensino Superior	De 06 a 10 anos	04 anos
P12	Masculino	48 anos	Casado	Branco	Mais de 05 salários	Médico	Especialização	>10 anos	03 anos e meio
P13	Feminino	39 anos	Casada	Parda	De 03 a 04 salários	Enfermeira	Especialização	De 06 a 10 anos	01 ano
P14	Feminino	27 anos	Casada	Branca	De 03 a 04 salários	Educadora Física	Ensino Superior	De 01 a 05 anos	02 anos
P15	Feminino	33 anos	Casada	Parda	Mais de 05 salários	Médica	Especialização	De 01 a 05 anos	01 ano

\*Salário mínimo referente ao ano de 2021 no valor de R\$ 1.100,00.

**Fonte:** autoria própria, 2021.

O perfil dos profissionais incluídos no estudo muito se assemelha também com de outros desenvolvidos no país à nível de atenção primária (BARROS et al., 2021), em que se observa a predominância na assistência à saúde de mulheres, a presença no mercado de trabalho tanto de pessoas velhas como também mais jovens, a maioria desses participantes sendo casados, se autodeclarando como pardos que muito vai de encontro com a cor de pele mais presente na população do país e com salário que variou conforme o exercício da profissão no serviço de saúde. Ademais, pertenciam a diferentes categorias que atuam na unidade de saúde, com tempo de formação que varia entre cada profissional e período de atuação elevado que demonstra bastante experiência no serviço, apenas diferenciando a formação ao encontrar que todos os profissionais possuíam graduação como menor nível de formação e outras especializações como também mestrado.

## **5.2 Acesso da população adolescente a UAPS e estrutura, insumo e material para assistência**

Nesta primeira grande categoria temática, elaborou-se cinco subcategorias em relação a baixa procura da população adolescente pela unidade de saúde; presença dos adolescentes da comunidade no serviço primário; estrutura física da unidade de saúde para atendimento ao adolescente; estrutura organizacional para assistência ao adolescente no serviço; e insumos e materiais ofertados à população adolescente, conforme descrito a seguir.

### ***5.2.1 Baixa procura da população adolescente pela unidade de saúde***

O acesso da população adolescente na UAPS apareceu neste estudo de modo frágil e deficiente, devido à escassez de uma política ou de um programa direcionado a este grupo que favoreça de algum modo a sua presença no serviço, conforme apresenta o profissional de saúde:

*(...) os adolescentes não são de vir ao posto, eles não têm uma política, algum programa para vir, que tenha alguma coisa no posto, assim (...).*  
(P01)

O próprio Ministério da Saúde do Brasil (2017) reconhece que nem sempre as unidades básicas estão preparadas para entender as peculiaridades e as necessidades dos adolescentes em busca de assegurar uma visão integral como preconizado pelo art. 11 do ECA. Ainda não há espaços e suporte adequados e resolutivos às demandas dessa população para orientação, proteção ou recuperação da saúde. As desigualdades e as diferenças, assim, como a percepção do crescimento e do desenvolvimento do corpo, na maioria das vezes, não são considerados no trabalho com os adolescentes, o que acaba por definir procedimentos de homogeneização e de simplificação no atendimento à saúde dessa população.

Em estudo realizado no Distrito Sanitário III de Recife com profissionais que integram a equipe mínima e multiprofissional, verificou-se que estes desconheciam as políticas públicas de saúde para o adolescente e reclamavam da precariedade da rede de serviços. Pontuaram, ainda, a existência de uma assistência descontinuada que fragiliza alguns princípios fundamentais da APS e a ausência de uma programação específica ao público, sendo o cuidado realizado apenas por meio de atendimento a demanda espontânea (BARROS et al., 2021).

Isso, se dá também pelo fato do grupo reconhecer a ausência de doenças ou agravos em saúde físicos e perceptíveis que, de certo modo, revela um bom estado geral de saúde e a não necessidade de frequentar a unidade de saúde, conforme colhido nos depoimentos de adolescente e profissional:

*(...) porque eu não estou sentindo muitas coisas, eu mal vou no posto, porque eu não sinto muitas coisas.* (A10)

*(...) porque se ele está bem, ele não vai precisar vir a posto, ele vai estar sempre com a saúde boa, ele não precisa vir a posto, se ele não*

*tem um cuidado melhor em casa, ele sempre vai precisar está vindo no posto. Eu acho que o posto de saúde está para receber as pessoas que estão necessitando. (P05)*

Inversamente proporcional, parece que quanto maior é a auto percepção geral do estado de saúde do paciente como bom, regular ou satisfatório; possivelmente menor será a busca deste por um atendimento ou serviço na Atenção Básica. Nesse sentido, a auto avaliação sobre estado geral de saúde das pessoas tem sido muito utilizada, especialmente em estudos de abordagem quantitativa de forma intencional por pesquisadores internacionais, como um bom indicador para a medida objetiva de morbidade e do uso de serviços de saúde (BARROS et al., 2009).

Esta situação parece fazer parte ainda do desinteresse do público adolescente em buscar a unidade de saúde para atendimento. Um dos participantes com base na experiência do serviço de odontologia aponta que, possivelmente, pode estar relacionado ao próprio período da adolescência em comparação da etapa adultícera em que a procurar é maior:

*(...) na odonto [odontologia] a procura é pouca, assim, não tem tanta procura, mais as vezes são pessoas mais adultas. Acho que mais é desinteresse dos adolescentes mesmo, de não está procurando, acho que é da idade mesmo deles que não tem tanto interesse de procurar. (P05)*

Assim sendo, percebe-se que devido a sua própria condição de pessoa ainda em desenvolvimento com transição do período de criança para a vida adulta, o adolescente traz em si uma condição intrínseca de vulnerabilidade, por apresentar ainda a insuficiência de atributos necessários à proteção de seus interesses. Sabe-se que neste período ocorrem mudanças de ordem física que geram transformações emocionais e em decorrência disto ele vivencia problemas internos. Além disso, ocorrem transformações cognitivas na transformação de maniqueísta, mágico, animista, artificialista e finalista para relativista, lógico, racional, abstrato. Logo, nesse emaranhado de transformações vivenciam sentimentos conflituosos e paradoxais como dúvidas e certezas se alternando que, por muitas vezes, implicam em modos de vida sem planejamento e irrefletidamente (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA; 2010).

Por outro lado, a baixa procura ocorre também pela deficiência na oferta de atendimento à população no serviço de saúde primário, conforme apresenta o adolescente participante do estudo:

*(...) como eu estou dizendo, eu não vou para lá [unidade de saúde investigada] porque eu sei que não vou conseguir o atendimento. (A01)*

Sabe-se que o não atendimento aos usuários que procuram a APS vai contra os princípios doutrinários e organizativos do SUS, ao pregarem sobretudo pelo acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial (BRASIL, 2017). Além disso, a existência de situações como estas no âmbito da APS, por um lado, gera grande insatisfação do paciente e, por outro, de forma negativa no retorno dele ao serviço. Logo, há necessidade de melhorias na gestão dos serviços e investimentos no preparo dos profissionais e no acesso às consultas (GOMIDE et al., 2018).

Isto, portanto, implica que o adolescente e seu familiar como identificado nos depoimentos abaixo busque de outras alternativas. Por exemplo, a adesão de planos de para assegurar atendimento à saúde e suprimir esta carência de serviço:

*(...) a minha mãe fez dois planos e a gente vai para um dos dois planos da gente. (A01)*

*(...) porque eu vou dizer, eu mal vou lá [unidade de saúde investigada] e quanto ela adolescente eu mal levo ela para lá. Assim, quanto ela adolescente é muito difícil, qualquer coisa que ela tem eu levo no meu plano, porque eu pago para todos aqui, eu levo ela para lá [serviço do plano de saúde], mas no posto geralmente eu nem vou. Por isso que eu prefiro pagar os 100 reais para extrair o dente dela do que perder meu tempo indo em posto. (F01)*

Os planos de saúde como apontado acima existem no Brasil desde de 1940 como forma de garantir ao indivíduo acesso ao serviço de saúde privado (BAHIA, 2008) e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela Lei Federal nº 9.961 (BRASIL, 2000) com o objetivo de regular o setor, elaborando normas e fiscalizando as operadoras (SOUSA JÚNIOR et al., 2021). Deste modo, conforme estudo realizado a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, observa-se uma cobertura de plano de saúde médico e odontológico entre a população brasileira, com estimativa de 28,5% em 2019 que representa um total de 59,7 milhões de segurados, levemente superior a estimativa de 55,7 milhões de pessoas em 2013 (SOUSA JÚNIOR et al., 2021).

O estudo desenvolvido por Martins et al., (2019) evidenciou também entre 15,1% dos adolescentes a adesão de algum plano privado médico ou odontológico. Outro em Pelotas

que o serviço de saúde mais utilizado pelos adolescentes é o consultório financiado por planos/convênios de saúde ou pagamento privado por desembolso direto (NUNES et al., 2015). Entre este grupo a cobertura nos planos de saúde é menor, o que pode ser explicado por serem considerados como populações mais saudáveis e com isto as famílias retardariam a adesão deles. Além disto, pela legislação em vigor foram estabelecidas faixas etárias e reajustes dos planos e custos (MALTA et al., 2017).

No entanto, o grande embate sobre esta situação no país envolvendo o serviço público e privado é que existe uma sobreposição de assistência à saúde a população brasileira, pois como no caso acima evidenciado o setor privado oferta serviços que também são disponibilizados de forma gratuita no setor público. Sendo assim, o mercado de planos e seguros privados atuando de forma suplementar e gerando uma cobertura duplicada, em que seus segurados podem acessar tanto os serviços públicos quanto os privados (BONFADA, 2015).

Outra estratégia também revelada pelos familiares é o acesso as outras unidades de saúde no município em busca de garantir o atendimento para os adolescentes:

*(...) uma vez ela [adolescente] apareceu um tumor muito grande aqui nisso daqui dela [pescoço], isso foi um sofrimento, um sofrimento, eu não levei para o posto porque eu sei que não ia ter atendimento, a minha cunhada que a irmã do meu esposo que trabalha no posto da Fazenda [nome fictício], foi que ela fez, ela tirou a foto e ajeitou para imediatamente atender. Tia venha segunda feira tal hora. A gente procura outro posto para outra coisa para nos cuidar porque lá [unidade saúde investigada] não tem. Eu sei que a minha cunhada pegou, venha, minha filha ela pegou um uber mais a minha irmã, foi quando chegou lá [outra unidade de saúde] um médico bem novinho, bem novinho atendeu, ela passou, (...) passou o medicamento, remédio e ela tomou, ela tomou os remédios tudinho adequado na hora certa, ficou boa, botou tudo para fora (...). (F01)*

*Precisava de um atendimento melhor, muitas vezes eu saio daqui com ele [adolescente] levo lá para outro posto para outro serviço. (F04)*

*(...) porque assim, a gente já sabe que não tem, a gente já sabe que não tem, então, a gente procura outros meios. Por exemplo, aqui a gente procura outro meio, a gente procura outras especialidades, vai procurar em outros cantos, mas não o posto para o adolescente. (F08)*

Acredita-se que isso pode ser resultado de possíveis falhas no desenvolvimento das ações voltadas a integração entre a equipe de saúde e população adscrita à unidade e o estímulo as relações de vínculo e responsabilização entre ambos, como forma de garantir a continuidade

e a longitudinalidade para referência no cuidado. Sabe-se que entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (2017), destaca-se a territorialização e adstrição de modo a viabilizar o planejamento em saúde, a programação descentralizada e a realização de ações (in)setoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão adstritos a ele.

Ao passo também que a referida política estabelece que a unidade de saúde deve acolher todos os indivíduos do seu território de referência, de modo universal e sem quaisquer diferenciações excludentes. O acesso tem relação ainda com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população residente e itinerante que a busca com necessidade de atendimento. Permite, ainda, de acordo com a conformação e necessidade da comunidade, através de negociação e pactuação entre gestão e equipes que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência que não é a situação do caso acima apresentado.

### ***5.2.2 Presença dos adolescentes da comunidade no serviço de saúde***

Embora a UAPS não seja a primeira alternativa para atendimento aos adolescentes, o participante familiar reconhece que em algum momento poderá ser a única escolha disponível, considerando as questões financeiras que venham a impossibilitar o acesso ao serviço suplementar:

*(...) um dia eu posso precisar, eu vou dizer que eu não vou precisar, porque num dia eu posso precisar, porque aqui de repente, eu não tenho como pagar mais um plano, eu vou correr no posto com ela. (F01)*

Para aqueles usuários como adolescentes e familiares que possuem algum plano de saúde no país, a primeira e melhor escolha como identificado anteriormente parece ainda ser o acesso ao serviço de saúde privado. Contudo, percebe-se que a cobertura tem diminuído significativamente entre pessoas com rendimento domiciliar per capita de até um quarto do salário mínimo e aqueles com ensino fundamental e médio completo. Entre indivíduos com melhor rendimento domiciliar per capita, acima de três salários mínimos e aqueles residentes em capitais tem havido um aumento significativo desta cobertura (SOUZA JÚNIOR et al., 2021).

Nesse contexto, adolescente que são desprovidos de algum plano de saúde devido ao baixo poder aquisitivo de seus familiares, priorizam como alternativa e não pior escolha a busca por atendimento na UAPS do SUS, pois ao contrário das instituições de saúde privada que apresentam escopo de eficiência produtiva e modelo de atenção à saúde limitada, a primeira se pauta entre outros princípios na universalidade, integralidade e equidade impostos pelo SUS. Deste modo, garante o acesso à saúde a qualquer cidadão, com abrangência a nível nacional e ampla cobertura territorial a serviços gratuitos com referência aos demais níveis de atenção (GARNELO et al., 2018).

Além disso, com base nos depoimentos dos adolescentes, familiares e profissionais de saúde, a procura acontece quando da existência de algum problema de saúde de menor ou maior agravo instalado:

*É porque eu não vou muito lá [unidade de saúde investigada], eu vou quando eu estou mal, meio essas coisas assim, doente mesmo, mal eu vou consultar. Porque é quando eu estou doente mesmo assim, mal eu vou no SUS [Sistema Único de Saúde], essas coisas de vacina. (A05)*

*(...) agora eu levo, assim, quando ela está com muita febre, ela tem febre, tem uma emergência lá eu levo [unidade de saúde investigada], na verdade eu levava, mas é muito difícil. (F01)*

*(...) quando vem [adolescente], já está uma coisa mais gritante, então, tudo isso é muito ruim. (P01)*

*(...) adolescente, assim, não procura atendimento médico não, adolescente só procura se tiver sentido uma dor ou quando está grávida ou quando vai ser pai também, o adolescente novo não vai procurar a unidade, mas procurar por conta própria não vem não, geralmente é o pai ou a mãe que vem como algum adolescente, alguma demanda ou vem pedir algum atendimento, mas o adolescente procura atendimento não nos postos de saúde não. (P02)*

*(...) geralmente a população adolescente só vem no posto quando precisa, quando aconteceu e apareceu, aconteceu alguma coisinha, vamos supor, porque realmente ele se assusta quando ele vem no posto. É como é que eu falei, ele raramente vem no posto, o adolescente raramente vem no posto. O adolescente deixa isso para lá, ou para depois, ou tem medo de procurar um profissional, ele acaba de passar muito tempo de não vir. (P03)*

*Porque eles não têm esse hábito de vim aqui na unidade, buscar não, só vem, quando eles vêm no posto eles estão nas últimas, é uma situação dessa. (P04)*

*Na verdade, eles buscam assim quando já tem algum problema, quando tem uma carie, uma dor de dente ou está com algumas coisas diferentes, uma DST [Doenças Sexualmente Transmissíveis], alguma coisa assim que eles precisam e procuram como para solucionar, o problema de doença e não a questão de promoção da saúde (...). (P06)*

É bem verdade a predominância da participação dos adolescentes em ações curativas como expressado pelos participantes, dando ênfase na doença e/ou no tratamento dessa condição. Estudo desenvolvido para avaliar a participação da população adolescente apresentou que mais da metade dos profissionais relataram que eles compareciam as ações propostas pela unidade básica, sendo essa participação restrita apenas ao atendimento individual. Por sua vez, nesse tipo de atendimento à luz da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora, foi considerada uma forte presença do primeiro nível do referencial denominada participação normativa, ao observar a presença de aspectos relacionados apenas na existência de uma doença (VIEIRA et al., 2014).

Para os participantes do estudo o atendimento a este grupo ocorre também quando da procura por uma consulta com profissional, realização de procedimentos específicos de rotina e recebimento de medicamentos em geral:

*Não, eu não vou muito no posto não (...) eu não vou muito no posto não, eu vou só fui para tomar a vacina mesmo. (A06)*

*Não, porque eu quase não vou no posto de saúde, eu só vou do dia que eu me peso mesmo. (A08)*

*(...) por algum, é algum problema de saúde, quando eles vêm à procura, ele só vem mais à procura do posto por algum atendimento. (P07)*

*É porque é na verdade, o que eu vejo é que muito adolescente só vem aqui [unidade de saúde investigada] quando eles estão precisando de alguma coisa. Quando eles estão precisando de um remédio, quando eles estão precisando de uma consulta (...). (P14)*

Estes resultados encontrados nos depoimentos são parte também de estudo realizado em hospital público de nível terciário de referência no mesmo estado do município da unidade avaliada, o qual apresentou por meio de experiências de familiares que os serviços de APS têm sido subutilizados no que diz respeito à assistência de crianças e de adolescentes. Os autores identificaram que há procura apenas para a realização de procedimentos específicos e técnicos, administração de imunizantes, recebimento de materiais e medicações, bem como

quando estes apresentam queixas de saúde consideradas por seus cuidadores como de menor problema (FIGUEIREDO et al., 2017).

E, como destacado pelo profissional de saúde, atualmente, com a pandemia causada pela Covid-19, o atendimento à população adolescente na UAPS aumentou de forma significativa por meio de demanda espontânea ou programada:

*Atualmente, com questão da pandemia, a gente [profissionais de saúde] tem recebido um maior número de adolescentes aqui no posto, muitas vezes eles vêm acompanhados dos pais, muitas vezes também em não consultas marcadas, mas é porque o pai vê que é uma urgência e para resolver a vida do filho. Então, assim, a gente tem notado que tem um aumento nessa busca depois da pandemia. (P11)*

Em consonância com estes achados revelado pelo profissional de saúde, a literatura científica esclarece que após o surgimento da infecção pelo coronavírus e a aplicação das medidas preventivas para mitigação, houveram muitas mudanças no cotidiano da vida das pessoas inclusive dos adolescentes (MARQUES et al., 2020). Em meio a esse contexto, sugeriram muitos problemas de saúde entre a população adolescente, como, por exemplo, aumento do risco para o desenvolvimento de quadros de ansiedade, surgimento de casos de depressão e outros problemas psicológicos, a ocorrência de diferentes tipos de violência inclusive intrafamiliar e comportamentos agressivos ou de delinquência (OLIVEIRA et al., 2020).

Isto, portanto, implicando na procura por algum atendimento em saúde para resolução da queixa/problema, conforme apresentou pesquisa desenvolvida com adolescentes de uma UAPS no estado do Acre durante o período da pandemia da Covid-19. Esta evidenciou que todos os participantes buscaram atendimento no referido serviço de saúde e dentre os motivos da procura por algum atendimento, destacou-se a consulta médica seguido de solicitação de exames complementares. No entanto, os autores chamaram atenção para o fato de que essa pode não ser a realidade de toda esta população, devido a existência de dificuldades de acesso na maioria das unidades do país (MELO et al., 2021).

### **5.2.3 Estrutura física da unidade de saúde para atendimento aos adolescentes**

Os adolescentes deste estudo avaliaram que a unidade de saúde apresenta uma boa estrutura física, considerando como adequada em comparação a anterior após a reforma realizada pela gestão municipal:

*É, eu acredito sim que ele [unidade de saúde investigada] está adequado. Estava ruim, muito ruim, deram uma reforma para ajustar, ficou melhorzinho. (A01)*

*(...) lá é bem estruturado [unidade de saúde investigada], num reformaram o posto, ficou melhor, ficou melhor para nós. (A06)*

Em um retrato da realidade complexa da Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro, em meio a tantos resultados positivos obtidos em pouco mais de duas décadas após a implantação da ESF (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), verifica-se que de fato as UBS têm apresentado uma infraestrutura satisfatória como parte dos vários e grandes avanços nos curtos períodos de avaliação do PMAQ. Apesar disso, os problemas de estrutura física entre os serviços ainda persistem nos cenários do país, pois as desigualdades nas unidades de saúde são marcantes em virtude do porte populacional do município, das características da região geopolítica, da cobertura de ESF e do IDH (NEVES et al., 2018).

Deste modo, ao contrário da avaliação positiva realizada pelos adolescentes em relação a estrutura da UAPS investigada, pesquisa multicêntrica desenvolvida em sete estados brasileiros apresenta a existência de déficits arquitetônicos entre as unidades de saúde, pois 59,8% foram classificadas como não adequadas quando avaliada a infraestrutura (SIQUEIRA et al., 2009). Outra pesquisa realizada em dois municípios baianos evidenciou resultados semelhantes, posto que os dois municípios estudados apresentaram deficiências quanto à estrutura física das unidades que foram mais acentuadas em um município com menos de 70% nos itens avaliados (MOURA et al., 2010; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2009). Logo, tais dimensões não atendendo as recomendações do Ministério da saúde e a previsão de melhorias e reformas para adequação e ampliação das unidades.

Nesse contexto, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) sendo uma das estratégias para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Primária. Por meio do programa, o Ministério da Saúde propõe uma estrutura acolhedora e dentro padrões. Instituído em 2011, este tem como objetivo criar incentivo financeiro para a construção, reforma e ampliação de UBS, promovendo condições adequadas para o trabalho e provendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2016). No município de Fortaleza, 77 unidades já passaram por algum tipo de reforma e na apresentação do programa foi divulgada uma lista de 57 serviços que passariam por pequenos reparos ou manutenções,

com prazos de entrega entre os meses de abril e junho de 2020 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2020).

Os profissionais de saúde em sua avaliação apresentaram ainda que a unidade investigada em sua estrutura física dispõe de salas de consultórios para atendimento, com equipamentos como máquinas, macas e pias, além da limpeza geral realizada no ambiente:

*(...) eu acho que a questão de espaço, a gente vê que são consultórios que contam com máquinas, com pias, são paramentadas para atender qualquer público, qualquer faixa etária e não seria diferente com adolescentes. (P08)*

*(...) de modo geral, porque o SUS [Sistema Único de Saúde] é isso que a gente sabe, nem tem tudo, falta sempre alguma coisa, mas eu acho que no básico dá para fazer, assim, porque tem consultórios, tem maca, tem pia, tem uma higienização (...). (P09)*

No que se refere ao aspecto normativo conforme apresentado acima pelos participantes, a Política Nacional de Atenção Básica preconiza a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde como itens necessários para à realização das ações de atenção primária, sendo destacados uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde e de equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas (GOMES et al., 2015). O consultório como espaço destinado ao profissional para atendimento ao paciente conforme evidenciado acima, deve de fato apresentar entre outros elementos, lavatório com torneiras que dispense o uso das mãos, uma mesa com gavetas, cadeiras, mesa de exame clínico, baqueta giratória, escada com dois degraus, biombo duplo, foco com haste flexível, armário vitrine, lixeira, telefone e computador (BRASIL, 2006).

No entanto, há de se pontuar que os consultórios não são os únicos espaços disponíveis que os usuários estão presentes para a oferta de atendimento. Nessa direção, outros participantes do estudo queixam-se ao considerar a unidade pequena para o grande número de pacientes que a frequentam:

*É pequeno porque, é muita gente, é bastante pequeno. Está, adequado, adequado está, só que é pequeno. (A04)*

*(...) é pequeno cabe pouca gente, ele é muito apertado. É ruim, porque fica muito apertado, muita gente, fica apertada, é apertado, depois nessa pandemia fica uma aglomeração. (A05)*

*(...) é porque as vezes é muita gente e fica lá fora esperando porque não tem espaço lá dentro. Olha não, não foi tão ruim assim porque eu fui com os amigos meus e a gente ficava na fila conversando, num instante a hora passava, mas é chato ficar na fila, no sol às vezes. (A08)*

*(...) ali é muito apertado, é muito imprensado, fica tudo em cima dos outros e fica naquele negócio todo mundo, tem uma fila e já junta em outra fila e é aquele negócio todo, porque o problema é que é muita gente. (F04)*

*Não tem um lugar para fazer uma palestra para uma gestante, um atendimento com um bebê, a farmácia ali e todo mundo em pé, é todo mundo ali esperando, junta com a da vacina. Então, a estrutura física desta unidade complica muito, não só mais ao adolescente mas para qualquer tipo de atendimento que busque aqui. O espaço não é adequado, não tem um auditório, enfim, o auditório já é eu acho que já é um luxo, mas assim é um estreito como você pode ver, junta aqui até a farmácia, a vacina, junto o bebê, gestante e fica uma confusão grande, então, dizer que é do adolescente eu vejo, eu vejo como uma estrutura como um todo, a unidade não é adequada. (P06)*

*Na realidade o que acontece é o seguinte, é nossa unidade em particular, ela é unidade muito antiga. Então, assim, ela é unidade muito pequena, apesar de ser uma abrangência muito grande, então, acredito que não somente para adolescente, mas para vários outros programas também, realmente às vezes a gente passa um pouco de sufoco aqui pelo volume de circulação aqui, entendeu. (P12)*

Estudo desenvolvido por Tavares (2019) em 76 unidades de Atenção Primária proporcionalmente distribuídas nas seis regionais do município de Fortaleza, Ceará, evidenciou resultados semelhante ao encontrado neste estudo com os participantes. Neste, os profissionais de saúde apontaram como desfavorável à estrutura física das unidades investigadas por vários motivos, como, por exemplo, a pequena largura dos corredores que torna a unidade apertada para a circulação dos usuários, superlotando as mesmas.

Soma-se a este problema acima ainda a escassez de salas de consultórios disponíveis para que os profissionais de saúde possam realizar atendimento ao adolescente, conforme evidenciado nos depoimentos abaixo:

*Porque não tem salas para poder atender, conversar com o adolescente, tem pouca mas tem para fazer este atendimento ao adolescente. (P03)*

*(...) a questão de salas realmente as vezes falta, até para o próprio médico ter uma sala assim que tenha atendimento, atender a*

*população, principalmente, não teria uma sala para atender só o adolescente, realmente tem essa carência. (P05)*

*(...) a questão de mais salas para poder atender porque o que nós temos de sala hoje em dia a gente já não consegue atender o atendimento médico com deveria ser, cada médico ter sua sala, seu horário e os enfermeiros também ainda falta salas aqui. (P07)*

*(...) com relação ao espaço físico, porque aqui é um posto que tem muito profissional e pouca salas. Então tem profissionais que acabam tendo que fazer seu trabalho na área e a gente acaba também tendo que fazer remanejamento de agendas para poder ter salas disponíveis, mas assim sempre tem um profissional agora sala para todo mundo é um problema. (P11)*

*Eu acho complicado inserir porque falta sala às vezes, a gente chega com uma equipe multiprofissional aqui e não tem sala para atender, simplesmente não tem lugar e a agenda de saúde mental é extremamente lotada, já tem as gestantes que é demanda, é criança, idoso e saúde mental e gestante já lota assim o posto, a agenda das enfermeiras, eu não sei como elas conseguem, é pouca sala para dar conta dessa demanda. (P14)*

Em documentos oficiais normativos publicados pelo Ministério da Saúde ao contrário do que se observado acima nos depoimentos deste estudo, o recomendado é que a infraestrutura de uma unidade básica deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas particularidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Assim sendo, os parâmetros de uma estrutura física devem levar em conta a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população e as ações e serviços de saúde a serem desenvolvidas. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, formação em serviço e educação permanente (BRASIL, 2017).

Deste modo, cada espaço ou sala deve cumprir com suas finalidades e usos, caracterizando os ambientes específicos e as dimensões necessárias ao desenvolvimento das ações dos profissionais que compõem as equipes (TAVARES, 2009). O dimensionamento corresponde aos valores a serem adotados para a área e espaçamento dos ambientes. Então, é necessário analisar se as dimensões adotadas pela equipe executora estão atendendo a funcionalidade e fluxos presentes em cada ambiente. Este é sugerido ainda para que as atividades e fluxos de recursos humanos possam fluir dentro dos ambientes projetados do estabelecimento assistencial como no caso de uma UAPS (ANVISA, 2002).

Sobre este quesito houve ainda destaque de um profissional de saúde para a existência de apenas uma sala de consultório odontológico com duas cadeiras para os cirurgiões-dentistas, o que não permite o cuidado individualizado ao paciente adolescente, especialmente na abordagem de questões que necessitam de privacidade:

*(...) uma coisa que eu acho, assim, que era difícil o uso de duas cadeiras funcionando no consultório e acaba que você não dava para conversar individualmente, alguma coisa assim, mas devido a pandemia ninguém está atendendo em duas cadeiras e então acaba que por um lado ficou ruim e por outro não. E não dava, como é que você vai abordar o paciente com o sugestivo de uma DST [Doenças Sexualmente Transmissíveis], como é que você vai chegar e o colega está atendendo e tem o outro na outra do outro lado, acaba que a gente deixa passar justamente para evitar expor, assim, o espaço em si não favorece (...).*  
(P06)

Constata-se que de fato a utilização concomitante de espaço por mais de um profissional como retratado acima, além de causar constrangimento, viola os direitos dos usuários e interfere na acessibilidade em relação aos elementos da aceitabilidade e comodidade (STARFIELD, 2002), podendo ainda gerar resistência do paciente para o atendimento em saúde (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011). Essa realidade fere também o preceito da integralidade na atenção à saúde, pois fragiliza a identificação das necessidades do usuário através do uso das tecnologias leves, a qual requer efetiva interação por meio da comunicação, caso contrário, o cuidado em saúde se apresenta desqualificado (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Esta situação vai também em contramão a ambiência em saúde proposta pela PNH, que se apresenta como dispositivo no espaço físico arquitetônico direcionado à confortabilidade e focada na privacidade e individualidade dos atores envolvidos. Como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, esta busca favorecer a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Além disso, valoriza os elementos do ambiente que interagem com os recursos humanos, como a cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, dentre outros, para garantir o conforto dos profissionais e usuários. Dessa forma, uma mobilização neste cenário parece ser necessária ao sistema gestor de modo a fornecer aos profissionais, garantias e condições para se atingir a excelência do ambiente nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Em meio esta situação vigente da estrutura física, o profissional de saúde destaca que o cuidado ao paciente adolescente tem sido ofertado:

*(...) é assim, eu acredito que do jeito que está, a gente está conseguindo atender, não está tendo problema não. A gente, você não vai deixar atender por causa da estrutura, porque a estrutura está nos ofertando aquele atendimento, está nos dando o suporte que nós precisamos, que precisa naquele momento. Não teve nenhuma situação que não desse para atender por conta da estrutura não. (P04)*

Há de convir que embora a estrutura física da UAPS se apresente como um elemento condicionante no desempenho dos serviços e na melhoria das condições saúde, esta ainda na realidade não é considerada como determinante na assistência ao paciente (BOUSQUAT et al., 2017). Para Moura et al., (2010), os aspectos que ligam a estrutura aos resultados são longos e, geralmente, apresentam ligações fracas e lógicas insustentáveis e não comprovadas. Deste modo, as melhores pré-condições podem ser mal utilizadas e interpretadas, ao passo que a excelência da prática profissional como acentuado pelo profissional no presente estudo pode resultar em efeitos benéficos mesmo sob as condições adversas.

Apesar disso, destaca-se que fatores estruturais como o espaço físico da unidade deve ser considerado ao afetar o acesso do paciente ao serviço e a satisfação do profissional como também dos usuários. Logo, o mobiliário e o ambiente de trabalho mal projetados somado a processo de trabalho, se tornam também importantes componentes para a compreensão da relação entre satisfação e trabalho e suas consequências nas atividades laborais desenvolvidas (TAVARES, 2019). Além disso, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2017), o espaço físico arquitetônico das unidades básicas deve ser entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

#### ***5.2.4 Estrutura organizacional para assistência ao adolescente no serviço***

Em relação a organização da UAPS, quando da entrada do paciente adolescente no serviço em busca de algum atendimento, inicialmente este é direcionado a sala de procedimento para aferição dos sinais vitais e posteriormente é encaminhado para consulta com profissional, conforme apresenta os excertos abaixo:

*(...) depende assim, quando a gente vai aí lá [unidade de saúde investigada] tem a enfermeira, a gente passa por outra primeira, ela vai olhar nosso coração, temos que olhar a pressão, depende da consulta que você vai, tem que avaliar. (A01)*

*Então, assim, não há questão de ter um profissional específico para isso, não existe isso, com qualquer paciente não só adolescente, tem que passar, por exemplo, por uma sala de procedimento para poder é avaliar sinais vitais e depois ser encaminhado para um profissional, enfermeira ou para o profissional médico. (P12)*

Percebe-se que as unidades básicas possuem padrões de fluxos para atendimento aos usuários recomendado pelo Ministério da Saúde. Parte-se do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato dos usuários com os trabalhadores que compõem a unidade de saúde. Nas situações em que a avaliação e definição de oferta de cuidado não sejam possíveis na recepção, o paciente é encaminhado a análise, escuta e definição para a oferta de cuidado com base na necessidade de saúde, seja esta por meio de uma orientação, de uma intervenção ou de um agendamento. Assim sendo, em parte dos serviços há um espaço físico especificamente para a aferição dos sinais vitais a priori por profissional técnico de enfermagem definido como sala de procedimentos após este contato inicial efetuado pelo paciente (BRASIL, 2013).

Após isso, em caso de demanda espontânea o adolescente é encaminhado ao profissional de saúde responsável pelo acolhimento do dia e de demanda programada é direcionado ao de sua área adscrita encarregado pelo agendamento, como descrito no depoimento abaixo do participante:

*(...) a gente tem como atender o adolescente. Se for na demanda espontânea, vai ser o médico reservado para a demanda e se for dentro da equipe, vai ser o profissional responsável, por exemplo, enfermeiro, o médico que todas as equipes tem. (P11)*

Nesse contexto, percebe-se que a forma de organização do fluxo de atendimento da referida UAPS é parte de recomendações do próprio Ministério da Saúde. Para este, o acolhimento por demanda espontânea é uma tecnologia de cuidado, mecanismo de ampliação de acesso e dispositivo de (re)organização do trabalho. Entre as modelagens de acolhimento para os serviços, apresenta o acolhimento pela equipe de referência, a qual tem como principal característica o acolhimento do usuário pelos profissionais de sua equipe; a equipe de

acolhimento do dia, em que o enfermeiro e médico de uma equipe atende os pacientes por demanda espontânea como identificado neste estudo; e acolhimento misto (equipe de referência e equipe do dia), que determinada quantidade de usuários ou horário que o enfermeiro de cada equipe acolherá a demanda espontânea da sua área (BRASIL, 2013).

Enquanto, a demanda programada é considerada como um recurso-chave para garantir a retaguarda do acolhimento quanto para a continuidade do cuidado programático. Por exemplo, há agenda programada para grupos específicos abrangendo o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas; agenda de atendimentos agudos a partir do acolhimento da demanda espontânea e de acompanhamento ou não de usuários como evidenciado nesta pesquisa; e a agenda de retorno de usuários que não fazem parte de ações programáticas. Desta forma, sendo uma estratégia que viabiliza a atenção em tempo oportuno na maior parte dos casos agudos e subsidia na melhor distribuição dos atendimentos ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões (BRASIL, 2013).

No entanto, estas modelagens de atendimento ainda não são bem aceitas por profissional que compõem a equipe de saúde, ao considerar o direcionamento de profissionais exclusivamente para atendimento por demanda espontânea que, por vezes, se apresenta de maneira pontual e com menor procura em relação a demanda programada que é maior:

*(...) então o que a gestão está priorizando, está mudando é no pronto atendimento para ter ideia, a enfermeira tinha um grupo ele teve que sair para um acolhimento. Quando entrou essa história do atendimento, é a equipe de profissionais, a equipe de PSF [Programa Saúde na Escola], ele tem quer ter uma equipe naquele turno ou manhã ou tarde só para atender demanda espontânea, receita, nada, as vezes então ele teve que tirar aquela demanda programa dele, eu atendia vamos dizer que era adolescente naquele dia, não mas agora a unidade só tem um médico, o médico vai passar a manhã todinha só fazendo acolhimento, 50 por cento, se duvidar como ele é só um, ele vai ficar só no acolhimento, como é que ele vai atender hipertenso, o diabético, a gestante, não, porque ele priorizou a pronto-atendimento que é a demanda espontânea, que na verdade é o que é UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Isso desandou o trabalho da atenção primária muito grande, de médico, enfermeiro, dentista nem tanto, porque a gente não atende urgência e não tem muita gente para urgência, mas a equipe, a enfermeira e o médico teve que tirar os horários que eles tinham programado para priorizar esse pronto-atendimento e dependendo da unidade ter um médico, ele só vai fazer isso, se tivesse dois dias e dois no outro, a enfermeira faz a pré-triagem, classifica para mandar o médico, então aquele horário que ele podia está fazendo coisas de atenção primária no caso, quem acompanha é o agente de*

*saúde, ela teve que priorizar o atendimento do acolhimento, pronto, não tem para acompanhar essa linha do tempo, essa criança, o bebê, gestante com esse atendimento acabou, já não tinha tempo, pirou. (P06)*

Verifica-se que os momentos de implantação ou de mudança na modelagem do acolhimento como apresentado neste estudo, são certamente os que possibilitam maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade de saúde, mesmo quando já estão adaptados e implementados a certo *modus operandi*, mas ainda assim há diversas tensões que acontecem no cotidiano e que precisam ser trabalhadas com muita cautela e parceria por parte de todos que compõem a equipe de saúde. Nesse sentido, torna-se necessário que haja uma maior solidariedade entre usuários e trabalhadores, de forma que o primeiro compreenda o esforço dos profissionais em organizar o acesso para garantir a melhor qualidade no cuidado a todos e o segundo entenda as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários (BRASIL, 2013).

Além disto, os adolescentes e familiares do estudo destacaram em seus depoimentos uma fragilidade na organização da UAPS quando da procura de uma informação ou de um direcionamento ao profissional:

*(...) não sabe explicar direito, porque, porque eu chego lá [unidade de saúde investigada] eu vejo uma desorganização (...). (A01)*

*(...) lá [unidade de saúde investigada] é muito desorganizado, um posto de saúde, assim, sem pé e sem cabeça, está ali só por estar mesmo. (A03)*

*(...) a gente chega lá [unidade de saúde investigada], pergunta uma coisa, ninguém sabe informar nada, não, pergunta outro. Fulano sobe lá em cima, não tem nada, já encerrou, não só no mês que vem se o que ele nem sabe, é a gente chega e pergunta, assim não tem atendimento, está faltando isso, faltando aquilo, o médico não vem hoje. (F01)*

*(...) o que eu queixo lá [unidade de saúde investigada] é só que eu fico empurrando um para o outro não sabe disso, não para ali que ali você consegue. Você anda, anda para depois, porque eles não têm aquela orientação, assim e assim, não, vai para ali, não, eu não sei não, não é ali, não ali, fica andando, eles botam muito para andar. (F02)*

*(...) é uma bagunça total neste posto, eu vejo que é tanta gente reclamando desse posto, eu acho que não é organizado. (F04)*

Esses resultados expressos andam em direção contrária à Política Nacional de Humanização, que estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários da unidade para construir processos coletivos no enfrentamento de relações de poder e facilitar o trabalho com afeto e empatia envolvendo ambas as partes. Isto, porque, ao contrário do que orientam os documentos oficiais ministeriais em gerais, na maioria das vezes, em realidade ainda existem práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais no trabalho e dos usuários no cuidado (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a comunicação entre profissional e usuário é um elemento importante para estabelecimento de relação interpessoal, de modo que, esta não deve acontecer apenas nos espaços onde ocorre o atendimento propriamente dito como salas de consultório, mas de uma forma permanente e continuada, quer seja na sala de espera ou quer seja em demais locais da unidade de saúde.

Em direção oposta ao achado neste estudo com os adolescentes, outro realizado em UBS de um município de médio porte no Brasil, apresentou a existência de uma atenção dispensada e de relação interpessoal do usuário com profissional, a qual envolvia uma escuta qualificada, a valorização de suas queixas e a identificação de suas necessidades, sendo que 84,9 % dos usuários relataram positividade a esse respeito. Deste modo, o estabelecimento de uma relação profissional e usuário sendo satisfatória e reconhecida pelos usuários, o que denotou um grau de responsabilidade da ESF com a população por meio do respeito, compreensão e escuta que faz a diferença nas práticas e ações de saúde (MEDEIROS et al., 2010).

No que se apresenta, outro participante do estudo revelou também que a forma como a unidade de saúde disponibiliza o preservativo dificulta à aquisição pela população adolescente:

*(...) antes eles tinham um local e agora até isso eu acho errado, porque devia ter um lugar para quando eles vierem. Antes quando passava ali na entrada da porta eles já pegavam, agora tem que pegar na farmácia e eles não vão. (P01)*

Em material publicado pelo Ministério da Saúde (2016) intitulado: Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e saúde reprodutiva, várias são as orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica no atendimento em planejamento familiar voltado ao grupo de adolescentes. Em consonância ao que se discute acima neste estudo, recomenda que a dispensação do preservativo deve ter acesso facilitado nos espaços da

unidade de saúde e ser ofertado independentemente do local de residência, de apresentação de documentação ou qualquer outra forma que dificulte este acesso.

Frente ao exposto, parece necessário adequar na referida unidade de saúde a forma da distribuição do preservativo masculino e feminino a população adolescente, de modo que esta possa ter acesso de forma livre e espontânea por meio de um dispensador em diferentes espaços que evite o constrangimento e vergonha no momento da busca. Caso contrário, situação como está pode reprimir de forma substancial a procura do insumo pela forma de acesso disponível, levando os adolescentes a realização de possíveis atividades sexuais desprotegidas que podem incidir em vários problemas à saúde.

Em estudo realizado em uma escola pública de uma região periférica do município de Duque de Caxias, na região metropolitana do Rio de Janeiro, evidenciou que embora o acesso ao preservativo tenha sido referido como problemático para as meninas, alguns meninos também relataram sentir vergonha de ir a lugares públicos como farmácias e/ou unidades de saúde para solicitar ou comprar preservativos. Esse fato pode ter sido influenciado pela baixa faixa etária dos participantes de estudo e, nesse sentido a escola passando a facilitar o acesso para adolescentes que estivessem iniciando sua vida sexual. Dessa forma, o local no qual fica o dispensador no ambiente é uma preocupação entre meninos e meninas (RUSSO; ARREGUY, 2015).

### ***5.2.5 Insumos e materiais ofertados à população adolescente***

Quanto aos materiais e insumos, o profissional de saúde revela que a unidade possui de forma adequada e suficiente para toda a população em geral, incluindo os adolescentes que pertencem a comunidade:

*(...) há material também, são suficientes e adequados, porque o adolescente faz parte também da comunidade na questão de um todo, se tem material para atender uma pessoa adulta como não teria para o adolescente. (P05)*

Contudo, outros participantes da investigação como adolescentes e profissionais destacam que embora se tenha matérias e insumos disponíveis na unidade, estes ainda são limitados e insuficientes para a necessidade da população incluindo os próprios adolescentes:

*(...) tem um dia, teve uma vez que a gente também foi para lá [unidade de saúde investigada] e tinha umas coisas faltando, era remédio, era seringue, algumas coisas faltando também, a falta de respeito porque se a gente está pagando o nosso imposto, era para ele ter, era para prefeitura mandar, tudo bem direitinho, porque tanto atrapalha a gente como atrapalha o trabalho deles. (A01)*

*(...) tipo tem uns materiais que era para ter para um exame correto não tem, então às vezes falta você percebe que falta, você vai no posto e ver que tem aquele certo materiais e quando você vai nele você ver que falta que não tem. (A03)*

*Nem sempre, nem sempre tem, porque tem falta, tem alguns que tipo falta, várias coisas é que eu não estou lembrada, mas várias coisas, teve uma vez do exame que não tinha materiais. (A04)*

*(...) aqui na minha área, aqui na sala de procedimento. Nesta parte aqui sim tanto medicação como procedimento, agora suficiente não, não são suficientes não, bem pouco, bem pouco material, vem pouco. Como eu falei algumas coisinhas, falta insumo, falta alguns insumos ainda falta, a gente dá um jeito, um próprio jeito aqui para conseguir fazer o procedimento. Por exemplo, uma coisa simples, agora tem o garrote, mas as vezes não tem, não tem garrote, por exemplo, agora tem garrote, mas assim agora vamos supor assim, as vezes não tem, tem que procurar, vou fazer uma medicação e não tem o garrote para fazer, eu vou ter que usar a própria luva para fazer. Então, falta algumas coisinhas, tipo alguns materiais do dia a dia para fazer procedimento. (P03)*

*Nem a adolescente, nem para ninguém. Não é apenas uma questão de adolescente, mas é questão de uma pessoa como um todo, aqui e ali falta insumos. Assim, os insumos não são de qualidades. Então, assim, com relação ao adolescente não, eu acredito que a demanda do posto como um todo, porque não tem o material para o adolescente, entendeu. Então, sempre falta material no posto de saúde. (P06)*

*(...) os insumos são poucos, as vezes limitados, mas acredito que o básico sim, por exemplo, é alguns dias falta alguns tipos de insumos para a gente ofertar até cuidados básicos mesmo, mas isso é muito cíclico, eu não sei como é a questão dessa gerência. (P15)*

Além de uma infraestrutura frágil, a insuficiência de recursos materiais e insumos também pode comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações no âmbito da Atenção Básica, gerar insatisfação nos profissionais e usuários quanto os serviços de saúde e limitar as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde (SOARES NETO; MACHADO; ALVES, 2016). Ademais, a

carência de recursos materiais e insumo interfere na continuidade do atendimento e ocasiona condições de trabalho desfavoráveis (NORA; JUNGUES, 2013).

Esta é uma realidade que permeia não somente a unidade de saúde do referido município como também outras em vários cenários do país. Estudo desenvolvido na cidade polo do Norte do estado de Minas Gerais, Montes Claros, com 75 equipes de saúde da família da zona urbana e rural cadastradas no município, evidenciou uma avaliação majoritariamente negativa quanto aos equipamentos das unidades de saúde por parte dos profissionais que compõem as equipes. Logo, as falhas na disponibilidade de insumos revelando a necessidade de investir na melhoria da estrutura organizacional para que se agregue mais qualidade ao cuidado em saúde (MOREIRA et al., 2017).

Outro profissional de saúde participante do estudo apresentou ainda a deficiência na provisão de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para garantia da segurança no momento do processo de trabalho:

*(...) a gente vê que falta uma máscara, falta um jaleco que é do plástico, eu trago o meu. (P06)*

Na verdade, a adesão ao uso de equipamentos de proteção na APS há muito tempo é negligenciada pelos profissionais de saúde devido à falta de hábito, desconforto, esquecimento ou não gostar, além da falta de percepção quanto aos riscos ocupacionais existentes e da susceptibilidade a estes durante o exercício da profissão (VIEIRA et al., 2015). Contudo, com o surgimento da pandemia causada pela Covid-19, parece que estes equipamentos nunca foram tão urgentes e necessários para garantir a segurança do profissional de saúde e do paciente no momento da consulta.

Nesse contexto, houve um aumento expressivo do consumo de EPI relacionada à paramentação dos profissionais de saúde das equipes e de apoio da APS, como auxiliares de serviços gerais, porteiros e agentes administrativos, pois segundo recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária estes devem utilizar EPI no período de pandemia (BRASIL, 2020). Isso, portanto, acarretou impactos financeiros no orçamento público, ocasionou escassez desses produtos e gerou dificuldades na aquisição dos mesmos (SARAIVA et al., 2020). No entanto, conforme a Norma Regulamentadora 32, o uso de EPI é obrigatório na UBS e devem ser disponibilizados pelo empregador (BRASIL, 2011), cabendo ao profissional aderir ao uso e atentar para a proteção e dos pacientes e exigir caso não esteja disponível (SARAIVA et al., 2020).

Por sua vez, os familiares indicaram a carência na oferta de alguns medicamentos prescritos pelo profissional para uso do paciente adolescente:

*(...) a única coisa que algumas vezes não chega a ter é remédio, remédio ali no posto em alguns tipos de medicamento a gente atravessa umas dificuldades. (F03)*

*(...) porque quando a gente procura nunca tem, a gente procura um remédio ou uma medicação, nunca tem. (F06)*

Para alguns autores a disponibilidade de serviços ainda é a principal barreira de acesso à saúde no Brasil. Este é um problema que persiste no setor público do país, ao se constatar como nos depoimentos acima os desafios enfrentados com relação a disponibilidade, obtenção ou falta de medicamentos pela população. Em estudo realizado por levantamento de informações numa amostra representativa de serviços de APS em municípios de todas as regiões do país, observou-se a baixa disponibilidade de medicamentos entre usuários que declararam ter acesso total a medicamentos por meio de unidades dispensadoras do SUS (ALVARES et al., 2017).

Todavia, o acesso a medicamentos é um componente indispensável para que a população tenha uma cobertura equânime e universal de saúde de modo resolutividade e de qualidade, sendo reconhecido inclusive pela Organização das Nações Unidas como um dos cinco indicadores relacionados a avanços na garantia do direito à saúde (HORGERZEIL; MIRZA, 2011). No Brasil, a garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da APS, ao se caracterizar como porta de entrada no SUS e parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas das doenças mais prevalentes na população (ALVARES; ACURCIO, 2017).

A escassez de materiais educativos para uso em consulta no momento de orientação com adolescente foi outro elemento denotado também por familiar e profissional:

*Eu acho que falta, falta materiais educativo, que tinha num era numa época, acho que falta mais um pouco desse atendimento educativo, seria bom. (F04)*

*(...) porque não tem, assim, não eu não tenho acesso, se eu quiser mostrar aqui em relação fotos, em relação a doença sexualmente transmissível que chegue um com dúvida queira saber, eu tenho que abrir no meu celular para mostrar do meu jeito, mas material não tem. (P13)*

Entre os desafios impostos para efetuar cuidado aos adolescentes no âmbito da APS, ainda está o fato da escassez de materiais didáticos-pedagógicos que subsidiem os profissionais de saúde no momento da consulta (SILVA; ENGSTROM, 2020). Sabe-se que a utilização de materiais educativos é de grande valia no desenvolvimento de intervenções preventivas e cabe ressaltar a importância da prévia adequação destes às realidades locais para que se alcancem os objetivos propostos (BRASIL, 2017). No entanto, a ausência de recursos materiais não pode se tornar uma justificativa plausível para a não realização das atividades preventivas com os adolescentes, uma vez que o processo educativo tem como principais protagonistas o educador e o educando (FONTANA; SANTOS; BRUM, 2013).

Além de tudo isso visto, o profissional de saúde revela que ao dispor de equipamentos, materiais e insumos na unidade para a assistência à saúde, estes ainda são de baixa qualidade pela forma de aquisição da gestão municipal através das contratuais licitações:

*(...) não são suficientes, eu digo a qualidade porque todo que trabalha é com licitação, todas as prefeituras trabalham com licitação. Então, o que é que vence, quem tem o menor preço, então, quem tem menor preço tem menor qualidade, basicamente é isso. (P10)*

O processo de compra por meio de licitação como apresentado pelo participante deste estudo visa contratar ou adquirir algo de forma transparente, a fim de disponibilizar iguais oportunidades de participação aos interessados. Porém, uma questão que assola a administração pública são as licitações pelo fato de, na maioria das vezes, se apresentam do tipo menor preço trazendo consigo a baixa qualidade dos produtos e gerando prejuízos à administração pública, além de situações de recompra, quebras de contrato, entre outros (MEDEIROS et al., 2014).

### **5.3 Profissionais das equipes de saúde da UAPS no cuidado à população adolescente**

Nesta segunda categoria temática, elaborou-se sete subcategorias em relação aos profissionais no atendimento aos adolescentes da comunidade; atendimento dos profissionais aos adolescentes na unidade de saúde; deficiência no cuidado dos profissionais aos adolescentes da comunidade; relação estabelecida entre os profissionais com os adolescentes; situação dos profissionais no atendimento ao adolescente; e qualificação dos profissionais para assistência ao adolescente, apresentadas na sequência abaixo.

### 5.3.1 Profissionais no atendimento aos adolescentes da comunidade

Os participantes do estudo apresentaram nos seus depoimentos que a unidade de saúde é composta por diferentes profissionais de saúde, com destaque para os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal no atendimento aos adolescentes:

*Tem a enfermeira e um médico, uma doutora que ela já foi até embora, eles vêm de fora, ela veio e ficou um bom tempo, ela ajudou todo mundo, pronto aí chegou o tempo dela, ela foi embora, quem ainda ajuda mais é as enfermeiras. (A01)*

*Eu não tenho o que reclamar não, tem é o ginecologista, a médica, só ela mesmo. (A04)*

*Tem médico, tem enfermeiro que são esses de cabeça que eu lembro e que eu sei. (A10)*

*Tem os médicos, os enfermeiros que têm esse primeiro, têm as enfermeiras. (F02)*

*No posto, no posto a gente tem médicos, tem técnico de enfermagem, tem os agentes de saúde, que são os que mais presentes na comunidade, conhece mais. (F08)*

*Tem o médico que atende, a enfermeira, tem o dentista, tem esses profissionais na unidade. (P06)*

*Há profissionais sim, médicos, enfermeiros, os próprios ACS [Agente Comunitário de Saúde] na ponta podem estar resgatando esse público (...). (P09)*

*(...) nós temos aqui no posto o técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, o vacinador, todos esses profissionais estão disponíveis para o atendimento ao adolescente. (P12)*

A composição de profissionais médicos e enfermeiros somados aos agentes de saúde e opcionalmente cirurgiões dentistas e técnicos ou auxiliares em saúde bucal nas equipes mínimas de Saúde da Família (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018) constitui-se como estratégia prioritária para a oferta de atenção à saúde da população e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do sistema de saúde. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por possibilitar uma

reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aumentar a resolutividade e impactar na situação de saúde dos usuários e coletividades, além de propiciar uma relevante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Entretanto, a realidade é que ainda há, por vezes, a deficiência ou ausência de profissionais, tais como médicos, enfermeiros e cirurgião dentista para a oferta de atendimento, conforme expressa os adolescentes e seus familiares nos excertos abaixo:

*(...) às vezes quando eu vou, às vezes não tem, mas acho que é provável ter, não tinha nenhum enfermeiro e nenhum médico. (A02)*

*Nunca tem médico, nunca tem nada, a gente vai perder tempo passa o dia todinho no posto, só para perder tempo e eu acho que isso (...)* (F01)

*Eu não tenho como levar porque nunca tem dentista para poder levar, nunca dá certo, uma vez eu levei ela no UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. (F02)*

A ausência de profissionais como enfermeiros e especialmente médicos é uma realidade bastante comum nas UAPS do Brasil. Publicações relacionam a insuficiência com a má distribuição geográfica e com a falta de profissionais na APS, atribuindo-se principalmente as causas da escassez à crescente demanda devido ao aumento de estabelecimentos de serviços de saúde públicos e privados (SCHEFFER; CASSENTE; BIANCARELLI, 2015). Com a reforma da APS nas Américas e a implantação da ESF, a qual criou equipes multiprofissionais de saúde e ampliou o atendimento da população brasileira, conseqüentemente também aumentou a necessidade destes profissionais para atendimento (OLIVEIRA et al., 2017).

Não obstante, destaca-se que a presença desses profissionais de saúde na oferta de atendimento nas unidades é um critério imprescindível e privilegiado para as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde e prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Em atenção à saúde da população adolescente, especialmente no que se refere aos aspectos sexuais e reprodutivos, integrada à política de prevenção e controle de IST/Aids e à política de saúde da mulher com uma abordagem que respeite as necessidades e especificidades dessa faixa etária (BRASIL, 2010).

Assim sendo, a enfermagem com destaque para a enfermeira se mostrou como profissional da equipe preponderante na produção do cuidado à população, como apresentado nos depoimentos que seguem de familiares e profissionais de saúde:

*(...) até porque nem médico tem, é só enfermeira, tudo passa pela mão da enfermeira, a enfermeira que a gente fica olhando para ela. Aí sim, se acontecer alguma coisa de algo muito ruim, é que ela passa para a mão de outro profissional (...). (F05)*

*Quanto tem é só as enfermeiras mesmo fazendo uma triagem e só, é só o que a gente vê mesmo. (F06)*

*(...) para atender o adolescente principalmente a enfermagem, a enfermeira dedicada a área tem enfermeira para cada área e cada área tem uma atendendo. (P03)*

*(...) pode ser o enfermeiro, o médico, assim, a gente vê mais a questão da equipe, a gente tem os enfermeiros em maior número do que os médicos, então, teoricamente estariam mais disponíveis para o atendimento. (P08)*

É bastante provável que o primeiro contato da população no serviço de saúde como identificado acima seja com a equipe de enfermagem, ao representar metade da força de trabalho em saúde no Brasil e agregar mais de dois milhões de trabalhadores nos níveis de auxiliar, técnico e superior, assim, formando aproximadamente um total de 23% de enfermeiros e 77% de técnicos e auxiliares de enfermagem (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016). A quantidade significativa de profissionais nos municípios inseridas no SUS e trabalhando nos setores público, privado, filantrópico e de ensino que representa a força de trabalho da enfermagem atualmente é incipiente e pouco estudada (SILVA et al., 2020).

De qualquer modo, a referida profissão com destaque para enfermeira se constitui essencial no serviço e nuclear entre todas as da saúde no Brasil e no mundo. Por ser uma profissão que atua nas várias dimensões da saúde, a exemplo, na assistência de forma muito forte, na área da saúde pública e coletiva e presente em todas as fases da vida desde o nascer até morrer, isto lhe confere a noção sociológica de essencialidade no âmbito das profissões. Esta tem ganhado cada vez mais expansão nos espaços de atuação com destaque para os processos e procedimentos do SUS, o que a torna ponto nevrálgico de qualquer sistema, pois sem ela não há como seguir com o trabalho. Deste modo, tem forte atuação na APS com destaque nas Práticas Avançadas de Enfermagem que oferece uma perspectiva de maior eficiência, eficácia e resolutividade (SILVA; MACHADO, 2020).

### ***5.3.2 Atendimento dos profissionais aos adolescentes na unidade de saúde***

Os familiares deste estudo apresentaram que a atenção dispensada parece variar de profissional para profissional quando da presença na UAPS, em busca de atendimento para os adolescentes especialmente no que se refere as informações e orientações:

*(...) pela maneira que o paciente é acolhido, recebido e informado, porque assim, certo, que cada pessoa tem a sua maneira, mas tem aqueles profissionais que sabe dar uma informação melhor, tem toda uma paciência, tem todo uma cautela, realmente sabe explicar a situação e tirar dúvida, já outros talvez pelo tempo ou pela tarefa ou pelo momento que esteja acontecendo, vou dizer assim, já não tem tanta aquele tempo para explicar com precisão como o paciente deve se dirigir, qual profissional ele procurar, qual o setor ele deve procurar naquele momento, então eu digo alguns. (F03)*

*(...) alguns aqui que atende, mas tem outros que a gente vai pedir uma informação, tem muitos que a gente vai pedir uma informação e eles dão é as costas para a gente. Então nem responde, vira as costas para gente. Assim, que quando a gente vai dá aquela atenção para a gente e conversa e tudo, mas tem uns que não estão nem aí. Tem uns que dá até atenção para gente mais tem outros. (F04)*

*(...) assim, quando a gente procura às vezes são atenciosos os profissionais, as vezes são atenciosos, tem uns que são, outros não, outras chutam logo a gente, trata logo a gente com a cara feia. (F06)*

Em casos como estes nota-se a fragilidade de uma postura acolhedora e humanizada por parte dos profissionais que compõem a equipe de saúde. No entanto, estas ainda são consideradas *sine qua non* para promoção de uma escuta atenta e qualificada, desde a recepção do usuário na unidade de saúde para proporcionar melhorias de acesso, evitar conflitos entre usuários, profissional e serviço e criar espaços propícios para a construção de vínculos. Pois, ao contrário de situações como esta evidenciada no estudo, a implementação do acolhimento visa reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (FALK et al., 2010).

Logo, essa tecnologia leve deve estar presente em todos os momentos em que o usuário comparece na UBS, inclusive na recepção que se comporta como espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do paciente e onde se pressupõe o estabelecimento de prioridades de atendimento com organização de fluxo. A educação, cordialidade, interesse e gentileza são elementos de um satisfatório acolhimento e, para que isso de fato ocorra é necessário que o profissional de saúde tenha interesse em resolver as demandas dos usuários,

relacione-se bem com eles e leve em consideração as particularidades e o tipo de demanda apresentada (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Ao contrário da situação retratada acima envolvendo os familiares, outros participantes do estudo expressaram em seus depoimentos que no atendimento propriamente dito com os adolescentes, os profissionais demonstram ser educados, atenciosos e cuidadosos, sobretudo, na forma de abordagem baseada em um diálogo aberto entre pares com ênfase para uma escuta qualificada:

*(...) é a gente chega lá [unidade de saúde investigada], eles [profissionais de saúde] são bem-educados e nunca aconteceu da gente chegar e falar alguma coisa e a mulher rebater, a me rebater, sempre foram muitos educados. (A01)*

*(...) eles cumprem com o dever deles, de forma que você sinta que está seguro naquele atendimento, sendo atencioso, educado, não sendo grosso com você como alguns lá [unidade de saúde investigada] de são. (A03)*

*(...) pelo jeito que que eles tratam a gente, são é educado, essas coisas. É bom, porque eles dão atenção. É bem boa e bom não é ruim não. Quando a gente vai lá [unidade de saúde investigada] fazer uma consulta, ele fala, eles são muito educados, tem uma atenção, é isso é educação para bastante educado, atenção, fazem exame para saber como a gente está. Pelo jeito que eu sou atendida, é bom, como eu já falei, são bastante educados, dão bastante atenção, e isso daí é bom. (A04)*

*(...) eles dão uma atenção, falam, perguntam, essas coisas. Eu acho que eles estão certo, assim, respeitando, falando, dando atenção, essas coisas e, é bom. (A05)*

*Foi bom, foi rápido, foi atenção, foi bem recebido e foi como atenção, perguntaram do que eu estava precisando, porque eu fui bem recebido com atenção. (A06)*

*(...) explicando direitinho as coisas de forma certa, ele [profissional de saúde] explica direito e não interrompe muito, ele dá assim atenção em geral. Eu acho isso muito bom, porque eu não gostaria de ter um profissional que não me desse essa atenção logo do tipo que me explicasse pouco. (A07)*

*Eles examinaram ela, orientaram ela, conversaram com ela, que eu não me lembro nem o que era mais o atendimento (...). (F02)*

*(...) através de uma linguagem simples, próxima do adolescente, através as vezes de uma conversa inicial sobre termos aleatórios para deixar uma adolescente mais à vontade para depois ir para o para*

*questão, mas é assim, eu tenho que fazer dessa forma para que o adolescente se sinta à vontade. (P11)*

*(...) quando o adolescente ele nos procura, certo, ele por exemplo, eu atendo alguns aqui, são acolhidos de forma devida, são escutados de forma devida, são acompanhados falando de forma devida. Quando o adolescente nos procura aqui a gente, a gente tenta deixar o mais à vontade possível. É dessa maneira de como eu estou lhe dizendo, eu tento deixar o adolescente o mais o mais à vontade possível para que ele possa realmente se expressar e estou tendo êxito apesar de querer um volume muito maior desses, desses adolescentes aqui, mas é dentro do que a nossa realidade, dentro do que realmente a gente atende aqui, eu tento deixar o adolescente o mais à vontade possível, para que ele possa realmente, poder se expressar de forma mais livre e a gente poder verdadeiramente ajudar, porque muitas vezes o adolescente, ele tem ele tem medo, tem receios, tem dúvidas, tem vergonha, isso é essas barreiras que a gente tenta romper para que a gente possa ter um trabalho realmente produtivo com esse pessoal. (P12)*

*A gente tem que saber, como o adolescente tudo é muito novo, tudo muito é complicado, a gente tem que saber como entrar, como conversar, como saber coletar as informações dele, respeitando a individualidade de cada um, mas a gente tenta da melhor forma. (P13)*

Reconhece-se que de fato a escuta e o diálogo são ferramentas importantes e necessárias no processo da atenção à saúde da população, especialmente por considerar os princípios, diretrizes e políticas que norteiam o modelo de atenção viabilizado pelo SUS (SILVA; VASCONCELOS; SOUZA, 2021). Nesse sentido, ao passo que o profissional estabelece uma relação mais horizontalizada com o paciente a partir do acolhimento, da escuta sensível, de diálogo e de orientações, demonstra interesse pelas queixas que contribui para o estabelecimento de vínculo com os usuários (SANTOS et al., 2016). Possibilita também conhecer as condições de saúde e vida do paciente, suscitando uma atmosfera de confiança e respeito mútuo que oportunize a resolução dos problemas identificados por ambos (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Além do mais, o Ministério da Saúde (2019) recomenda que no atendimento ao adolescente o profissional utilize a Estratégia de Integração de Manejo dos Adolescentes e suas Necessidades (IMAN), construída em 2005 pela Organização Pan-Americana da Saúde para preencher uma lacuna no atendimento a adolescentes na Atenção Básica. Entre os objetivos propostos pela referida estratégia, acentua-se a relevância de perguntar por meio da anamnese ou do responsável as queixas que o motivaram a ida e os antecedentes; observar que inclui

exame físico, determinação do estágio puberal e medidas antropométricas; avaliar, determinar ou diagnosticar que aborda questões psicossociais e referência a serviços de maior complexidade; tratar quando identificado uma doença com tratamento pertinente; acompanhar de acordo com a condição clínica; e aconselhar ou orientar com manejo sem preconceitos e refletindo em conjunto para encaminhamento.

Soma-se isto as condutas de cunho ético adotadas pelos profissionais de saúde no tange o respeito ao paciente, a privacidade na consulta e o sigilo de informações, embora existam também problemas desta ordem envolvendo os profissionais, adolescentes e familiares, como identificado nos depoimentos dos participantes a seguir:

*(...) na hora que eles [profissionais de saúde] vão avaliar e verificar a gente, tomam cuidado para não tocar em lugares errados para que você não se sinta confortável, eu não me senti desconfortável, eu não me senti desconfortável. (A03)*

*Eu considero sim, com toda certeza, eles [profissionais de saúde] respeitam, não vão com enxerimento e nem com nada, ficam na deles e atende, vai e faz o que é para fazer. (F01)*

*(...) eles [profissionais de saúde] atendem muito bem mesmo e quando a gente entra na sala, é só a gente e o médico, esses últimos atendimentos que ela teve não tem o que falar não. (F02)*

*(...) mas a gente [profissionais de saúde] não ficou sugando ela [adolescente] para saber o porquê, a mãe estava perto, o pai estava perto, aí que o médico falou, vou marcar uma consulta para você e a gente vai conversar, porque ela vai se sentir mais segura em falar, porque que ele desenvolveu isso, que na realidade as vezes eles não querem falar na frente dos pais, na frente de uma mãe, na frente de um pai, na frente de um irmão, perto de tudo. E eles estavam aqui, e eles todo tempo perguntando porque que ela estava sentindo isso. O médico mandou ela parar, vamos agendar uma consulta e a gente vai conversar, ela se sentia segura em falar. (F04)*

*(...) eles [adolescentes] procuram a unidade e a gente atende com muito sigilo, tudo é com muito sigilo porque o adolescente ele não gosta de se expor e quando ele vem é que é nas últimas, não tem a onde procurar, ele vem e a gente tem que atendê-los é com descrição. (P02)*

*(...) nunca vi aqui que ninguém aqui comentando ou falando de uma pessoa, ou de um certo paciente ou de outro paciente adolescente, a ética aqui é central, é sempre abordada. (P03)*

*(...) nessa questão de que assim, as vezes ele [adolescente] chega aqui e a dentista conversando com ele e as vezes a gente, ele fala que era*

*usuários alguma coisa, pronto, ali ela trata do mesmo jeito, atende bem. E eu acho que isso é uma questão de ética não repassa para nada, a gente fica, tudo que acontece fica aqui na sala não se espalha. (P05)*

*Pelo que eu tenho visto sim, é reservado a questão de exames, as meninas que fazem, a enfermeira, só entrega o resultado se for com o pai, tem uma parte mais assim sigilosa, eu o que eu tenho presenciado apesar de eu não estar muito lá, as o que eu tenho presenciado, o que eu vejo é que tem sempre esse cuidado. (P06)*

*(...) porque a gente não tem ouvido falar, nem de profissional para profissional de por exemplo um pai vindo depois da unidade falar e reclamar como quebra de ética, não, não tem isso aqui não. (P11)*

*Realmente eu posso falar que pelo menos dentro do que a nossa realidade aqui no posto, as pessoas são muito éticas, as pessoas são muito, são muito profissionais e dentro desse contexto, é a gente tenta adequar o máximo possível do que é dentro do programa específico de cada, de cada categoria, de cada setor, de cada área, de cada categoria, de cada idade, por exemplo, de cada problema. (P12)*

*(...) agora também já aconteceu causas de falta de respeito a ética, que já teve em questão religiosa, às vezes uma pessoa vai fazer uma visita numa casa e ela tem uma religião, por exemplo, o agente saúde tem uma religião tal e a mãe falou para a agente de saúde que achava que a filha era lésbica, ela foi logo em rezar, dizer que isso era errado, que ela tinha que procurar ajuda para melhorar disso e tal e ela veio a menina se consultou com a psicóloga e após a consulta a mãe veio com a agente atrás de saber o que a menina tinha falado se ela era realmente gay, a psicóloga não, isso não, o que ela conversou comigo na sala é sigiloso entre mim e ela, ela vai continuar vindo ainda alguns dias, algumas vezes e eu peço que a senhora respeite tudo e a mãe tinha vindo até com diário da menina na mão, então, às vezes acontece sim. Acho que muitas vezes a pessoa deixa a sua crença o que ela acha interferir na vida das pessoas. (P14)*

O atendimento de adolescentes tem particularidades que envolvem questões bioéticas, éticas e legais (TAQUETTE, 2010). Os princípios éticos no cuidado aos adolescentes se referem especialmente à privacidade, caracterizada pela não permissão de outra pessoa na consulta. Existe também a confidencialidade e sigilo (BRASIL, 2017) definida como acordo entre profissional da saúde e paciente de que as informações não podem ser passadas sem permissão (TAQUETTE, 2010), apenas em casos expressos mediante permissão do paciente ou aplicação de lei, sendo esta última regulamentada por muitos dispositivos legais e código de ética específico de cada profissão. E, ainda, a autonomia que significa o respeito do profissional

sobre a decisão e as escolhas livres de adolescentes contida no Capítulo II do art. de nº 17 do ECA.

Apesar disso, estudo através de uma de revisão integrativa da literatura evidenciou a ocorrência de diversos problemas éticos presentes na ESF, incluindo aqueles envolvendo o grupo de adolescentes, como a quebra de confidencialidade, sigilo de informações e desrespeito entre profissional e paciente e vice-versa. Esses problemas por muitas vezes fazerem parte do cotidiano da unidade de saúde acabaram passando despercebidos e as falhas em reconhecê-los prejudicaram a assistência e implicaram no rompimento do vínculo entre paciente e profissional, tornando necessário construir saberes e desenvolver competências para levantar e solucionar as questões éticas (DOURADO et al., 2020).

Além dessas questões, no momento do atendimento o profissional de saúde tem buscado promover a autonomia do paciente enquanto adolescente:

*(...) eu tento deixar o adolescente a vontade, a questão se ele se sente à vontade na presença dos pais, se necessário solicito o pai que por favor se retire durante o momento que eu oriento que a consulta médica é sigilosa e oriento que o paciente sim tem autonomia assim de vim buscar o posto de saúde. Então precisa necessariamente vir acompanhado dos pais, ele é um paciente adolescente, ele tem autonomia de buscar a unidade de modo livre está certo e a gente [profissionais de saúde] estamos aqui para isso, para oferecer cuidado, educação e prevenção e promoção dessa saúde. (P15)*

Verifica-se que situação como esta costuma igualmente gerar conflitos na ESF, devido ao atendimento de menores de idade sem consentimento dos pais ou responsável legal (DOURADO et al., 2020). Todavia, com base no princípio da autonomia os adolescentes podem ser atendidos sozinhos caso desejem no sentido de garantir o direito à privacidade, uma vez que é indispensável para melhorar a qualidade da assistência, promover a saúde e prevenir agravos. Deste modo, o profissional deve respeitar as decisões e as escolhas do menor de idade, sempre que este apresentar em sua avaliação capacidade para tal (BRASIL, 2017).

Além disso, promover orientações e esclarecimentos a população de adolescentes utilizando uma estratégia participativa pode facilitar a construção de sua autonomia, tornando-os corresponsáveis pela sua própria saúde. Logo, as práticas de saúde devem ser pautadas na elaboração da responsabilização clínica e da intervenção resolutiva e os profissionais devem ser resolutivos e facilitadores de todo este processo, como forma de assegurar a integralidade da atenção e autonomia do paciente adolescente no cuidado em saúde (COSTA et al., 2012).

Nesta direção, os profissionais de saúde relataram ainda que os atendimentos aos adolescentes são baseados no que está descrito nos protocolos clínicos:

*(...) sempre que precisa, quando a gente [profissionais de saúde] atende aqui pacientes adolescentes na farmácia clínica, a gente procura métodos que estão já descritas nos protocolos. (P08)*

*(...) todas as ações que são desenvolvidas pelas equipes de saúde, elas têm os protocolos. Então, eu acredito que no posto todos os profissionais eles têm um conhecimento desses protocolos e que todo mundo procura seguir nessa área seja na adolescência, seja o hipertenso, então eu acredito que os protocolos sejam seguidos. (P09)*

O fenômeno atual de modernização da gestão de sistemas e modelos de planejamento em redes de saúde, fundamenta-se na necessidade de regulação do trabalho dos profissionais nos serviços de saúde (HARRISON, 2002). Nos processos de regulação, verifica-se os protocolos como parametrizadores nas diferentes situações de trabalho. Logo, o domínio destes protocolos é um dos ingredientes basilares das competências profissionais. Dominar saberes técnicos-científicos adquirido previamente é imprescindível para o agir profissional, com competência frente às situações cotidianas do trabalho (WARMLING; BALDISSEROTTO; ROCHA, 2019).

Deste modo, o uso de protocolo no atendimento ao adolescente se configura como importante caminho na organização do trabalho da equipe, principalmente quando se leva em consideração a adequação nas unidades as características sociais, econômicas e culturais, as necessidades específicas e o perfil epidemiológico da população. Estudo que objetivou desenvolver um protocolo para atendimento ao adolescente em unidade de saúde do município de Santa Bárbara, Minas Gerais, apresentou que este após implantado e implementado de fato permitiu tornar visível esta clientela e a sua demanda em relação a necessidade de uma assistencial integral. O protocolo permitiu a reorganização da unidade do processo de trabalho, o papel de cada profissional na abordagem, a sistematização das atividades e se mostrou positivo no impacto dos indicadores de saúde (SILVA, 2011).

Outros participantes do estudo relataram que os profissionais oferecem abertura de espaço para que os adolescentes possam tirar suas dúvidas, ao mesmo tempo que realizam orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Por exemplo, a realização de atividade física, a ingestão de uma alimentação saudável, a prevenção de IST, entre outras:

*Porque assim, quando ela vai, elas orientam ela, olha tu vai fazer isso, tu faz aquilo, educação física, faz exercícios, tem que se alimentar assim, tem que tem que se trabalhar mesmo em ti e eles ajudam muito nisso. (F02)*

*(...) no atendimento em si de tirar dúvidas de tirar, mas principalmente em tirar dúvidas dos adolescentes, porque os adolescentes têm muitas dúvidas. Olha, assim, eles têm as orientações, ele tem as orientações sobre as vacinas, ele recebe as orientações sobre as IST's [Infecções Sexualmente Transmissíveis], sobre o HPV [Papiloma Vírus Humano], tudo com embasamento científico. Quando um paciente, um cliente ele chega ele pergunta o que é isso, para que você vai explicar, tem todo um embasamento científico. (P03)*

*(...) muitos adolescentes vêm aqui que nem na sala de vacina, ele vem com muita dúvida em relação ao HPV [Papiloma Vírus Humano] porque que eu tenho que tomar essa vacina, a gente vai explicar que é uma doença, que é uma vacina para evitar o câncer de colo de útero, que não é só a menina no homem também pega, os tipos de vírus mais agressivo, a gente explica o que está lá na vacina. (P04)*

*(...) de orientação, de orientação de dieta, de fio dental, como escovar, a gente sempre está orientando, então. (P06)*

*(...) uma disposição no dia que quiser, eles retornarem para esclarecer mais dúvidas, no dia que iniciar a relação sexual, quiser buscar realmente, me deixo a disposição qualquer dia qualquer horário, está certo, se tiver alguma questão de agenda qualquer coisa. (P15)*

As orientações como expressadas pelos participantes acima se configuram de fato como importante estratégia realizadas pelos profissionais no âmbito dos serviços de saúde e espaços sociais para viabilizar a promoção da saúde dos adolescentes, pois parte destes na maioria das vezes desconhecem ou pouco sabem sobre o fato de que as mudanças de hábitos de vida podem interferir direta ou indiretamente no processo saúde-doença. Além disso, as estratégias tradicionais utilizadas, na maioria das vezes, são pouco eficazes e eficientes nas intervenções e há necessidade de novas formas para conscientizar o usuário de forma individual ou coletiva sobre a importância das mudanças comportamentais em prol de uma vida mais saúde (COSTA et al., 2011).

Estudo que objetivou identificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas na ESF por meio de revisão de literatura entre os anos de 2015 e 2016, apresentou que dentre as estratégias organizadas pela equipe da ESF para promover a saúde deste público, a orientação para a população em geral foi a ação mais citada nas referenciais bibliografias estudadas. Tais

orientações incluíram a importância de uma alimentação saudável e da prática regular de atividade física, as questões de saúde sexual e reprodutiva, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, o consumo de bebida alcoólica e uso de tabaco e outras drogas ilícitas (BRIXNER et al., 2017).

Este cuidado ofertado pelo profissional de saúde tem extrapolado o adolescente e alcançado o familiar que o acompanha e participa também do atendimento, conforme relatado pelo participante no depoimento abaixo:

*(...) eu gostei muito dos atendimentos dela [profissional de saúde], porque assim, eles veem a gente muito como família, se sentem no lugar da gente, não é porque ele é um profissional e que a gente é um paciente que não vai ser assim. Eles têm um carinho pela gente, têm atenção, conversam com a gente, eu não tenho que falar deles não, até agora, não sei depois. (F02)*

Em casos como este que a consulta do adolescente envolve a presença de um parente ou responsável legal, não se pode considerar apenas o paciente que necessita de atendimento em relação ao processo saúde e doença, mas também esta pessoa que o acompanha durante este momento na unidade de saúde. Portanto, os serviços de saúde na esfera da APS devem se responsabilizar por esse indivíduo e lhe garantir acesso de forma ampla (SILVA; VIEIRA, 2014). Nesse contexto, percebe-se a importância da produção do cuidado inicializada na APS, pois nessa esfera de atenção há importantes elementos que se aliam a um cuidado em saúde ampliado, a partir de proximidade, responsabilização e humanização nas práticas com os usuários que a procuram tanto de modo direto como indireto (MENDES, 2012).

### **5.3.3 Deficiência no cuidado dos profissionais aos adolescentes da comunidade**

Em oposição ao que se apresentou acima, outros participantes do estudo evidenciaram em seus depoimentos uma deficiência de atenção e cuidado por parte dos profissionais aos adolescentes e familiares quando da busca por algum atendimento na unidade de saúde:

*(...) lá [unidade de saúde investigada] não dá atenção, as pessoas são grossas. Então, você está ali e, é mesmo que você não estar, não dão atenção não, não são educados, a maioria, a maioria, as vezes são muito grossas. (A03)*

(...) *eles [profissionais de saúde] não dão mais atenção, tem uns assim que mal falam, tem uns que ignoram, tem uns que são mais atenciosos.* (A05)

*Uma vez eu fui com essa menina no posto, ela acordou cansada, ela acordou de madrugada cansada, peguei vamos para o posto, eu fui e quando eu cheguei lá, tinha pessoal para atender, foi que eu falei com a moça ela olhou para mim, assim, puxa porque que a senhora ficou até essa hora com essa menina cansada desse jeito, eu disse, eu te trouxe ela para cá, eu não tinha como sair de madrugada de casa com ela não, trouxe para cá, pois o médico está atendendo muita gente e não pode atender a senhora, a senhora vai imediatamente na UPA [Unidade de Pronto Atendimento] com ela, não vá nem em casa não, vá imediatamente na UPA com ela, não tem atendimento aqui para a sua neta não, a senhora quer que a sua neta morra. Eu disse não, se eu quisesse que ela morresse, eu tinha trazido aqui não, eu trouxe ela para cá porque aqui tem médico, pois o médico não vai atender ela desse jeito não, vá correndo, pegue um carro e vá para o médico e como vou pegar um carro sem ter o dinheiro do carro. Eu vou ter que ir em casa para ver se eu arranjo o dinheiro, eu trouxe ela para cá porque eu não tenho nem o dinheiro do transporte, mesmo assim eu voltei com ela, quando eu cheguei aqui ajeitei meus documentos, ajeitei os documentos dela e arranjei o dinheiro e fui com ela de ônibus. Graças a Deus, quando eu cheguei lá foi num instante, fiz a ficha dela, a doutora chamou logo ela e eu saí de lá era sete horas da noite com ela, mas esse posto, foi desde desse dia que eu fui com ela muito cansada, desde desse dia eu fiquei muito chateada nesse posto.* (F04)

Estas situações envolvendo os adolescentes e seus familiares expressam indumentárias contrárias as necessárias ao processo de trabalho em saúde no âmbito da APS, pois o cuidado em saúde deve emergir como categoria central na prática de quaisquer profissionais, exigindo que todos aqueles que se dedicam à área compreendam os elementos constitutivos do cuidado (CARNUT, 2017). Este é conforme os autores Vale e Pagliuca (2011), parte e sinônimo de palavras como o zelo, a dedicação e a afeição com destaque para o preocupar-se com o outro. Neste sentido, o cuidado requer do profissional que deseja prestá-lo alguns atributos necessários, sendo eles a ética nas relações humanas, a solidariedade e a confiança.

Outro participante familiar expressou que no momento do atendimento o profissional não realiza exame de maior acurácia no paciente adolescente que representa, de certo modo, uma atenção frágil e imprecisa:

*(...) ela não vai ter aquela coisa de examinar ele, de tocar não, ela vai só olhar um exame e vai olhar se está tudo bem e se não tiver vai para casa e pronto, não tem aquela questão de atenção, de examinar, não tem aquele cuidado. (F05)*

Na verdade, o exame físico é o procedimento que representa o mais elevado grau de dificuldade para o profissional de saúde pouco habilitado. Isso, se justifica pelo fato de que na formação do enfermeiro ou médico, não existem disciplinas específicas que desenvolvem essa habilidade ao paciente adolescente, levando em consideração o desconforto causado ao profissional pela manipulação do corpo do indivíduo em pleno desenvolvimento físico e sexual. No entanto, sempre que possível, o profissional deve realizar o exame físico céfalo caudal ou céfalo podálico na primeira consulta, iniciando pelo exame da cabeça e terminando nos pés, incluindo um *screening* da acuidade visual, pesquisa de cáries dentárias, observação cuidadosa de pele e mucosas, exame da coluna vertebral, do aparelho genital, entre outros (BRASIL, 2017).

Caso contrário, encaminhamentos desnecessários do paciente adolescente a outro serviço podem possivelmente ocorrer para uma avaliação de saúde mais complexa, conforme demonstrado no depoimento que segue do participante do estudo:

*Eles não fazem na hora, é chato porque as vezes nem necessita daquele exame, eles passam para outro e vai ver é outra coisa mais leve entendeu. (A04)*

Compreende-se que situação como está retratada neste estudo representa um descompasso no cuidado ao paciente no âmbito da APS. Este nível de atenção ao se caracterizar como porta de entrada preferencial do SUS e gerenciadora do cuidado dos usuários na efetivação do ordenamento e da integralidade, deveria apresentar capacidade clínica e de cuidado entre as equipes, com grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) para a alta resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes e não ao contrário com o referenciamento do paciente com condição sensível a própria unidade básica (BERNARDINO et al., 2020).

A regulação da assistência também deveria servir como um filtro para os encaminhamentos desnecessários, selecionando o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando estes apresentassem alguma indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deveria provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos

desnecessários de prevenção quaternária. Isto, porque esses processos otimizam o uso dos recursos em saúde, impedem deslocamentos desnecessários e trazem maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (BRASIL, 2015).

Ademais, em seus depoimentos os participantes revelaram também a inexistência da realização de vistas domiciliares aos adolescentes da comunidade por parte dos profissionais de saúde, uma vez que o processo de trabalho em saúde se restringe exclusivamente aos espaços da referida unidade de saúde:

*(...) os profissionais nunca vieram aqui não, eu não posso dizer para ti que alguma vez a gente recebeu uma visita porque não. (F03)*

*Ela [Agente Comunitário de Saúde] é ótima, sempre tem vindo aqui, é ótima, mas nunca ninguém do posto veio aqui, aqui nunca veio ninguém. (F07)*

*Porque assim, a gente está mais aqui durante o dia, a gente não anda na comunidade, porque que anda mais são os agentes comunitários de saúde e estes estão com contato mais direto, o nosso [trabalho] é quando esse adolescente vem aqui na unidade de saúde. (P04)*

*(...) assim, porque primeiro, a gente [profissionais de saúde] não trabalha assim, saindo para vistas, a gente fica mais dentro, a gente fica mais interno, então, a gente atende as pessoas que nos procuram, a gente não sai à procura deles para de saber quem é quem, para a gente ter aquela certeza. (P05)*

Em outro estudo realizado por Vieira et al., (2014) conforme apresentado anteriormente, observou-se que as visitas domiciliares aos adolescentes ao contrário do encontrado neste estudo ainda se desenvolviam, especialmente quando as meninas da comunidade estavam gestantes ou puérperas ou quando eles apresentavam alguma doença ou agravo em saúde. Essa atividade também ocorria, em menor frequência, quando se queria identificar situações de risco, captar aqueles que não aderiram ao tratamento ou convidar os usuários para atividades educativas. Deste modo, esses elementos caracterizando a passividade dos usuários diante de tais atividades e a participação normativa da população adolescente.

Percebeu-se ainda no mesmo estudo que as atividades realizadas durante as visitas domiciliares na maior parte das vezes, possuíam caráter essencialmente individualista e curativista, apesar da proposta da ESF ser do cuidado estendido e ampliado ao âmbito familiar e domiciliar. Além disso, identificou-se durante as observações realizadas que a abordagem ao paciente adolescente, nesse cenário, era feita sempre ao indivíduo com queixa de uma doença

ou que necessitava de exames complementares ou procedimentos curativos, o que representa um entrave à promoção da saúde neste âmbito da APS.

Opostos as informações apresentadas acima, outros depoimentos evidenciaram que estas vistas são realizadas apenas pelos agentes comunitários de cada área de sua abrangência:

*(...) o único que tem é o José [nome fictício] assim, porque quem vem mais por aqui é o José. O José vem ele diz os dias das consultas, no dia que tem atendimento no posto, a gente só sabe mais das coisas por causa dele (...). (F01)*

*(...) quando acontece uma coisa, é uma vacina, está tendo isso, está tendo aquilo, o José [nome fictício] ele avisa, ele avisa, está tendo isso, já levou ela, está tendo prevenção, tu já levou ela, ele eu não tenho que falar dele não (...). (F02)*

*O agente da nossa área que é o José [nome fictício]. O José sempre está vindo, está perguntando como é que está, está perguntando se vacina está em dia, se a gente quer consulta e isso daí particularmente nós aqui a gente não tem do que reclamar não. (F03)*

*(...) eu tenho nas minhas visitas, sempre é o que, como a nossa unidade oferece, primeira coisa que eu faço é tentar quando eu vê-las tentar saber como é que está, a questão da vacinação dele, da imunização dele se está com as vacinas, qual a vacina que tomou, qual a vacina que não tomou, eu pergunto tem mais alguma coisa mais a desejar, falar, quando não, quando cita alguma situação que está passando, eu digo pois vamos no posto comigo, para tentar essa consulta quando quer fazer um teste, alguma coisa, um exame, vamos, e assim a gente vai tentando levar, é um jogo de cintura que a gente tentar resgatar e trazer, porque eles não vem aqui. (P01).*

Entre as intervenções desenvolvidas pelos agentes da unidade de saúde à população, de fato a realização da visita domiciliar como observado nos depoimentos dos participantes é parte de suas atribuições específicas, a qual tem como objetivo viabilizar o acompanhamento dos usuários, das famílias e da comunidade de forma integral (BRASIL, 2011). Diferentes autores atribuem à visita domiciliar a concepção de instrumento principal do trabalho do agente de saúde, sendo uma das suas atividades considerada como mais importante na área da saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2011). Além disso, a visita domiciliar é importante para o estabelecimento de comunicação entre os profissionais e as famílias, aumento da presença dos usuários aos serviços de saúde, maior acesso às informações sobre os serviços disponíveis e melhor

compreensão das necessidades e dos contextos das famílias acompanhadas (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

#### ***5.3.4 Relação estabelecida entre os profissionais com os adolescentes***

No cotidiano da ESF, as relações interpessoais estabelecidas entre os pares têm se revelado como uma parte de sua contextualidade. Nesse sentido, ao pertencerem a comunidade onde está inserida a unidade de saúde, os agentes comunitários parecem apresentar uma maior interação e vínculo com os adolescentes e seus familiares, conforme é destacado pelo profissional de saúde no excerto abaixo:

*(...) principalmente o agente de saúde porque eles visitam a casa e eles acaba tendo um vínculo, porque muitas vezes conhece a criança que vira adolescente, que vira adulto, tem agente de saúde mais antigo que acaba acompanhando toda esse processo da criança até conhece o adolescente até desde criança, eu acho que eles têm o maior vínculo com a população em si. (P14)*

Sabe-se que como integrante da equipe da ESF, o agente de saúde opera com habilidade específica a sua principal ferramenta assistencial: os vínculos interpessoais (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010) estabelecidos com os usuários e familiares como observado neste estudo. Nesse sentido, historicamente os agentes comunitários interpõem suas intervenções diárias no contexto da família pela aproximação social e afetiva que eles mantêm com todas as pessoas que a pertencem de sua área e que fazem parte de seu convívio. Este, portanto, reconhece as necessidades sociais vividas pela população adscrita e acompanha as condições de vida de toda a população do bairro, o que facilita ao membro da equipe o controle das questões de saúde presentes da comunidade (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Ao contrário dos demais profissionais de saúde que se revela falha, imprecisa ou ausente em determinados casos, pois além da baixa procura de atendimento por parte do adolescente, este ainda é direcionado apenas a realização de uma consulta e/ou um procedimento para resolução do problema, como descrito nos excertos de alguns participantes do estudo:

*(...) eu não sou chegada lá [unidade de saúde investigada], não vou direto. Tem gente que tem tipo ela [familiar avó], olha assim, olha essas*

*peessoas assim tem bastante proximidade, mas a gente assim não. Normal, assim eu acho normal, porque sim, eu não conheço quase ninguém então eu acho normal. (A04)*

*(...) porque a minha parte aqui é só para parte da medicação e eles acabam voltando mais para a parte da enfermagem ou da medicina em si. Eles vêm muito para cá muitas vezes conversam e alguns não, mas o que passa e faz aqui é mais medicação e sinais vitais. (P03)*

*(...) vínculo não temos, porque a gente trabalha aqui todos os dias e vem várias pessoas e não tem como termos vínculos com o adolescente, porque a demanda é pouca, não tem tanto adolescente assim, então, por isso a gente não pode dizer que tem vínculo não, não tem. (P05)*

*(...) para trabalhar mais com o adolescente, aumentar o vínculo que é mais complicado por conta da demanda de atendimento da gente, porque eu tenho um horário estabelecido, a filosofia da administração como eu falei mais voltado para aquele atendimento clínico que querem mais uma condição clínica, parece que isso é o mais importante do que o preventivo, então fica mais complicado, eu acho que isso é bem o que complica mais. (P10)*

*(...) a questão do vínculo é com eu estou falando, a nossa unidade, o volume de atendimento aqui ele é muito grande, ele é enorme. Inclusive a farmácia polo e tem outras coisas também e também atendemos entre outras coisas todos os programas do SUS [Sistema Único de Saúde]. Então assim é muito desafiador dizer que há e tem um vínculo. Porque assim todos os programas que são realizados com muita, com muito volume de trabalho então, essa coisa de dizer que a gente tem como estar acompanhando individualmente cada um não, necessariamente pelo volume de trabalho da gente. Na realidade não é perda de vínculo, na verdade é a manutenção desse vínculo mais próximo, porque existe uma comunidade, porque existe com o nosso entorno, mas um vínculo mais próximo, mais um vínculo mais acompanhado, mais um vínculo mais assistido (...). (P12)*

Notadamente nos depoimentos do adolescente como dos profissionais de saúde, identifica-se que há uma fragilidade no estabelecimento de relação interpessoal entre os pares para a construção de possíveis interações e vínculos. E, por isso, a linha da produção de cuidado ainda se apresenta fragmentada, estratificada e isolada nos serviços de saúde, pois o profissional visualiza na maioria das vezes o paciente apenas como um ser acometido por alguma doença ou agravo de maior ou menor problema e olvidam-se da intersubjetividade presente permeada por uma história de vida particular que é determinante no seu processo de saúde e doença (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2007).

Para que a integralidade seja de fato realizada na prática nos serviços de saúde, é imprescindível que os profissionais atuem de maneira interdisciplinar, atendendo às necessidades intrínsecas dos adolescentes e promovendo assistência qualificada que apresenta várias dimensões, essencialmente, o acesso, acolhimento e vínculo. É importante também que o adolescente se sinta aceito, confortado, ajudado e respeitado frente aos seus direitos para que possa confiar nos profissionais e retornar aos serviços de saúde, pois o modo como é recebido na unidade e acolhido pelo profissional de saúde definirá o vínculo a ser estabelecido (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Esta situação retratada acima para alguns participantes do estudo é parte da instabilidade na permanência dos profissionais na UAPS, considerando a grande rotatividade em razão do remanejamento para outros serviços e do encerramento de contratos temporários:

*(...) até porque vão trocando de enfermeiro, vão trocando de doutor e assim vai, não tem como você ter uma relação e um vínculo. Ficam trocando muitas vezes, a gente se dá mais com um doutor e às vezes ele sai e vem outro que você não teve tanta intimidade que é um doutor também, então às vezes você fica meio assim. Porque as vezes vem uma pessoa que você se sente confortável, que você consegue se abrir e outro que vem totalmente diferente e não é igual, eu sei que nem todas as pessoas são iguais, mas tem pessoas que você consegue ter uma relação boa. (A03)*

*É mais fraco porque os outros profissionais são muito rotativos. Eu por exemplo, o meu contrato vai vencer, eu passo um ano a cada um ano a renovado, mas geralmente o NASF [Núcleo de Apoio a Saúde da Família] só fica dois anos. Eu vou embora, vai vir outra equipe aqui para o posto, então é muito complicado estabelecer vínculo com qualquer população de qualquer idade, as enfermeiras também são muito rotativas. Então eu creio que esse vínculo seja maior com quem é concursando, porque eles têm mais tempo aqui na área, tanto as enfermeiras como as agentes de saúde, são as que ficam sempre ficam no mesmo posto raramente elas saem. Então é onde se tem um vínculo maior, com outros profissionais é bem rotativo e isso atrapalha muito porque às vezes o médico, enfermeira chega a estabelecer um vínculo com equipe com uma população, com pouco tempo sai e entra outra, fica difícil estabelecer esse vínculo. (P14)*

A rotatividade dos profissionais apresentada nos depoimentos dos participantes, na literatura caracteriza-se como a permanente saída e entrada de pessoas de uma organização, podendo ser de modo voluntário ou involuntário. Deste modo, dentro de uma instituição sempre

haverá alguma rotatividade que pode ser positiva ou não, desde que sejam de funcionários não essenciais que estejam executando determinada atividade e que venham deixar a organização. Entretanto, esta pode acarretar perdas de pessoas estratégicas para uma determinada vaga, causando assim o fator de interrupção das atividades e conseqüentemente prejudicando no desenvolvimento da organização (ROBBINS, 2002).

No caso da APS, a alta rotatividade de profissionais gera grandes impactos na saúde e vida dos usuários. Por exemplo, o comprometimento de vínculos entre a equipe com o usuário da comunidade que afeta também o objetivo dos resultados esperados dentro do serviço (TONELLI et al., 2018) e a dedicação dos usuários no cuidado com a saúde relacionada a saída repentina do profissional que colaborava. Além disso, no andamento do tratamento do usuário ao considerar o início da atividade e o término inacabado por conta da saída, o que gera um desamparo no processo até a chegada de outro profissional que pode ou não dar continuidade a atividade (CAMPOS; MALIK, 2008). Pode acarretar ainda em falta de profissionais qualificados, engajados e conhecedores do serviço no SUS (MEDEIROS et al., 2010).

Nesta conjuntura, a relação interpessoal conforme aponta participantes apenas se estabelecendo por meio das intervenções em saúde desenvolvidas no ambiente escolar, pois favorecem a aproximação do profissional de saúde da unidade com o adolescente da comunidade enquanto estudante:

*(...) o vínculo que eu tenho que, eu posso dizer é da escola, que eu vou na escola eles sabem que eu estou lá toda terça-feira, que eu conheço, eu digo que é o posto e tudo mais. Assim, da minha área que é a área que eu tenho, se você me perguntar quantos adolescentes é na minha área, eu não sei te dizer, eu acredito que não é sou uma realidade minha, é de todos porque a gente está trabalhando só com o pessoal que procura. (P06)*

*O vínculo que a gente tenta e consegue estabelecer com eles é através do PSF, o programa saúde na escola que a gente vai fazer os atendimentos uma vez por semana também, faz o atendimento preventivo, a escovação como eu disse, a aplicação de flúor, o vínculo que a gente consegue estabelecer com eles é através da escola. (P10)*

Na verdade, o cuidado em saúde aos adolescentes como expressado nos depoimentos nem sempre está vinculado aos serviços ofertados nos espaços da própria UAPS. Historicamente, a escola é reconhecida como cenário para abordar questões acerca da saúde com problematizações do dia a dia. No Brasil, diversos modelos foram elaborados e vem sendo

utilizados, desde aqueles mais arcaicos que visavam à domesticação, à orientação clínico-assistencial até os mais recentemente que estimulam a capacidade crítica e a autonomia dos sujeitos em sintonia com a promoção da saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016).

As ações em saúde podem ser desenvolvidas com a participação dos profissionais da saúde da equipe de Saúde Família em junção com educadores e gestores das escolas e familiares e adolescentes da comunidade (BRASIL et al., 2017). Nesta direção, a atuação dos profissionais de saúde pode ser centrada na tríade assistência, promoção e prevenção, destacando-se a Atenção Básica como espaço privilegiado na efetivação das práticas educativas e de promoção da saúde, observando a população adscrita e formando vínculo com a comunidade (SANTOS et al., 2012).

### ***5.3.5 Situação dos profissionais no atendimento ao adolescente***

Ante todo exposto envolvendo inclusive os problemas no atendimento à população adolescente, os participantes do estudo reconhecem que profissionais de saúde têm realizado suas atividades dentro de suas possibilidades e a partir do que é disponibilizado pela gestão municipal:

*(...) eu acho que eles são esforçados no trabalho deles para fazer atendimento. (A09).*

*(...) eu acho que se nós tivéssemos um apoio maior, a gestão nos desse mais, com certeza, porque nossos profissionais são muito top, para mim eu vejo, porque tem situações que eles passam e eles conseguem lidar, levar até onde dá. (P01)*

*(...) o profissional hoje em dia trabalha com o que tem, na medida do possível. É tipo procurar usar o modo mais profissional possível para não deixar o impacto negativo para o adolescente. (P02)*

O cuidado ao usuário no âmbito da APS em consonância aos depoimentos acima representa um grande desafio que vem sendo enfrentado há anos pelos profissionais de saúde, parte de uma gestão ainda ineficiente que não parece nem se preocupar com a situação e nem apresentar uma prioridade de recurso e gerência. Deste modo, as dificuldades são desafiadoras a todos os envolvidos e merecedoras de atenção pelos órgãos responsáveis (SILVA et al., 2021).

Nesse contexto, reconhece-se que os gestores públicos precisam reconhecer seus problemas e estudar os indicadores de saúde para que possam planejar, estruturar, organizar e

avaliar as ações de natureza político-institucionais e técnico-científica e estabelecer projetos que possam intervir sobre o estado de saúde da população (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015). Os gestores e os profissionais que prestam assistência à saúde devem repensar o trabalho realizado, tomando por base as necessidades dos usuários (LEITE et al., 2016).

Além do mais, os participantes do estudo acreditam que isto seja ainda resultado da sobrecarga de trabalho dos profissionais na UAPS, devido a uma grande população adscrita que gera uma grande demanda de atendimento somada a existência de vários programas específicos:

*(...) eles fazem o que eles podem, são prestativos pessoal do posto, faz o que eles estão conseguindo, mas eu acho muito sobrecarregado, que era para ter uma área sobre especializada para cada coisa, não enfermeiro tomar conta de tudo, da adolescente, da criança, do adulto, da gestante, do idoso, não era para ser assim. (F05)*

*(...) na verdade eu não considero falha do profissional, é uma demanda sobrecarregada do profissional, assim estou dizendo assim aumentou mais um programa, porque já tem o programa da criança, da gestante, do hipertenso, do diabético e vai surgir mais uma, o adolescente e a gente é só um, então não dar para dar conta, a acaba que não vai ficar bom para todo mundo. Não é nem mais uma sobrecarga que o profissional da atenção primária tem que tá absorvendo todo mundo e tem que dar conta de todo mundo, acaba que o adolescente é quem vem menos como é que nós vamos dar uma atenção se nós não damos conta nem de quem está procurando, é isso que a atenção primária sofre muito, tudo começa aqui e é só um e ainda tem mais o negócio de acolhimento, de urgência, os profissionais aqui até atende, o dentista a gente tem um dia determinado para ir a escola, pelo menos um dia a gente foi obrigado a ir, o médico não tem tempo para o tanto de aluno, um tempo para ir um período para ir na escola, a enfermeira não tem esse luxo, digo em um tipo de um luxo para ela mas é uma necessidade mas como é quem vai atender o pessoal que está doente e precisa de atendimento porque já está sobrecarregado. (P06)*

*(...) pela questão do tempo que nós não temos, nosso tempo é muito corrido. Então a gente trabalha de segunda a sexta e um horário muito puxado que é o dia todo e quando nós temos que se ausentar daqui ou é um curso ou então algum problema de saúde, é o que mais acontece aqui com a gente, então, nós somos uma classe praticamente assim doente. (P07)*

*(...) por conta de uma demanda que é muito alta, por conta que tem uma equipe que tem 10 mil na sua área para atender, então fica meio que impossível ele fazer um trabalho mais direcionado e de qualidade melhor para cada área assistencial que é preconizado pelo Ministério da Saúde na saúde do idoso, do hipertenso, do diabético, da saúde da*

*mulher, saúde da criança que são os programas assistenciais que a gente sabe que existem, mas a demanda é muito alta. (P08)*

*Tipo, a minha área vermelha que é o Jardim [nome fictício], eu tenho uma cobertura de 12 mil pacientes então assim eu e o doutor Fulano [nome fictício] e é um enfermeiro e um médico para esse tanto de gente, a gente não atende 20% da população não, e é assim em relação ao adolescente já é muito escasso isso, então o que o tempo que a gente tem nem para fazer uma busca ativa em relação a uma vacina a tudo, a orientação a tudo, porque o tempo que a gente tem ou é no acolhimento, atendendo demanda ou é no programa do hipertenso, do diabético, da gestante e ainda não dá tempo de cobrir todos esses pacientes, então o atendimento do adolescente é bem escasso em relação (...). (P13)*

Em realidade, como identificado neste estudo em meio aos depoimentos dos participantes, dependendo da forma de organização, o processo de trabalho de fato pode resultar em sobrecarga do profissional e refletir em prejuízo na assistência em saúde e até em aspectos da vida pessoal do trabalhador (PIRES et al., 2012). Pesquisa qualitativa desenvolvida nas cinco regiões geográficas do Brasil, apresentou que entre os profissionais de saúde no âmbito da APS há sobrecarga de trabalho como consequência do excesso de demanda e das inúmeras atividades que a circundam. Observou-se que a existência de áreas geográficas da ESF mal definidas, a sazonalidade e a cultura curativista presente na população fazem com que a demanda aumente. Isto, portanto, em muitas situações tornando difícil administração e exigindo uma ação mais ampla por parte dos profissionais para que os usuários possam ser acolhidos pela equipe (SORATTO et al., 2017).

Não obstante, em reconhecimento da existência destes possíveis problemas como identificado no presente estudo e para garantir a coordenação do cuidado ampliando ao acesso e resolutividade das equipes que atuam na APS, o Ministério da Saúde (2017) recomenda que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Ademais, a faixa populacional pode de fato ser alterada conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais com as equipes que atuam na unidade de saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro, podendo ser maior ou menor de acordo com as especificidades do território e assegurando a qualidade do cuidado prestado.

Apesar de tudo isso, os profissionais de saúde relataram em seus depoimentos que tem buscado trabalhar de forma colaborativa para ofertar atendimento qualificado aos adolescentes da comunidade:

*(...) porque até mesmo quando surge algumas dúvidas relacionada a algum medicamento, alguns profissionais que estão atendendo veem até nós perguntar o medicamento tal, como é que faz e tem alguns que precisam de formular documentos para solicitar o medicamento, então, a gente sabe porque tem essa procura contém alguma dúvida, tem essa procura pela gente. (...) nossa profissão que antes não era vista como uma profissão de lidar com paciente, é um ponto a mais, é uma escada mais, pensando na colaboração da equipe, o farmacêutico não está inserido numa equipe específica de saúde da família, mas ele ajuda todas elas independente que equipe seja. (P08)*

*(...) então a gente conseguiu resgatar essa paciente, então, o envolvimento da equipe multiprofissional como todo, quando chegam uma demanda quando chega uma situação, então isso eu acredito que é compromisso de todos assim tentar resolver aquela situação. Eu vejo isso de forma de como uma interação com a equipe multiprofissional realmente deve atuar dentro da unidade de saúde, dentro do serviço de saúde que é exatamente um ajudando o outro para melhoria da qualidade da assistência, aquele paciente de qualquer idade, de qualquer situação clínica, mas a gente já percebe isso que aqui no posto, a gente todo mundo interage, todo mundo vai, procura, eu quando eu estou com dúvida corro ali no médico, como na enfermeiro, encaminho aquele paciente que eu visualizei algumas situações que eu não tenho como resolver e a gente consegue fazer e dá essa melhoria para o paciente sim. (P09)*

*Tem sempre um trabalho multidisciplinar, dos enfermeiros, dos médicos, sempre eles fazem uma reunião, uma vez por semana ou uma vez em 15 em 15 dias para o atendimento. (P10)*

Não se pode negar que a APS como observado acima nos depoimentos tem sido o *locus* no qual mais se avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde, com base no trabalho em equipe e na prática colaborativa (PEDUZZI; AGRELI, 2018). O trabalho em equipe interprofissional tem sido definido como elemento que envolve diferentes profissionais e não apenas aqueles formados em alguma área da saúde, mas todos os que compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde (INTITUTE OF MEDICINE, 2015).

Este têm contribuído significativamente no processo de melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde e sinaliza a capacidade das equipes em responder às necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Em estudo da APS brasileira, observou-se que as equipes com melhor atmosfera de trabalho em equipe apresentaram participação mais intensa de seus membros para a tomada de decisões; atividades orientadas por mecanismos consolidados de avaliação do trabalho como feedback individual e encontros para reflexão da equipe; e apoio a novas ideias e atenção centrada no usuário, desenvolvendo ações de prevenção e promoção à saúde bem consolidadas e com participação de usuários e comunidade (PULLON et al., 2016).

### ***5.3.6 Qualificação dos profissionais para assistência ao adolescente***

Em relação à qualificação para atendimento à população adolescente, alguns participantes do estudo consideraram que os profissionais de saúde são capacitados em virtude do estudo à nível Ensino Superior:

*(...) eu acredito que eles são, eles estudaram para isso, porque é para eles fazerem isso assim, porque eles estudaram para isso e é para eles fazerem isso. (A01)*

*Eu acho que sim, eu acho que são [capacitados], porque eles estudam, eles são capacitados para tudo. (A06)*

*(...) porque eles estudaram para isso, a prefeitura não ia botar um profissional dentro do posto de saúde que não fosse qualificado. (F06)*

*(...) porque um médico ele, um médico, um enfermeiro, profissional de nível superior, eles são formados para atender toda população, tanto adolescente, adulto, criança, eu acho que estão aptos sim, então, tem qualificação. (P05)*

*Na minha área de educação física sim, porque nos estágios a gente acaba tendo acesso específico a esse público. A gente sempre tem aula de didática para trabalhar com esse público, é de como se comunicar, de fazer atividades que sejam mais do interesse deles, é dependendo da faixa etária, então, na minha área de educação física assim. (P14)*

*(...) na faculdade a gente aprende como lidar um pouco mais com adolescente, a questão tem muitas mudanças, a gente tem que atender também a questão da saúde mental dessa população. (P15)*

No entanto, fomentar a competência profissional no atendimento ao adolescente nos planos teóricos e práticos ainda permanece como um grande desafio no Ensino Superior. Por exemplo, na formação profissional de médicos e enfermeiros o processo é superficial e incipiente no âmbito da saúde do adolescente. Isso, porque, na graduação não há um componente curricular específico e as abordagens quando presentes na matriz curricular estão inseridas à saúde da criança. Além disso, a ênfase maior está no tópico relacionado à infância, sem um enfoque aprofundado acerca das singularidades da assistência a população adolescentes e as temáticas relacionadas à saúde do adolescente igualmente não transversalizavam os demais componentes curriculares, o que acaba se caracterizando como uma lacuna formativa (FERNANDES; SANTOS, 2020).

Nesse contexto, os participantes do estudo indicaram em seus depoimentos que os profissionais são qualificados para atender de maneira geral à Saúde da Família, mas não questões que envolvem em maior ou menor grau a fase da adolescência:

*Eu acredito que para a comunidade sim, mas para o adolescente eu acho que não (...). (F08)*

*(...) têm qualificação realmente para ter esse atendimento, mas para o adolescente, mas realmente não são realmente a questão direcionados para ter que esse atendimento realmente aconteça, mas realmente tem qualificação têm. (P01)*

*(...) mas nesse momento não, os profissionais não são qualificados para o adolescente, nesse momento não. (P2)*

*(...) assim no geral todo mundo tem, o básico, desde saber atender o paciente no início, lógico, claro que a gente vai direcionar para algumas coisas mais específicas, mas assim na forma de lidar, como chegar na escola, o que que eles gostam de ouvir e tudo, nem todos têm. Assim, as vezes eu realmente tenho dificuldade de chegar num adolescente no sentido da questão da escovação que ele acha muito besta essa coisa de escovar. Então, assim, alguma coisa que estimule além do simples ato de escovar, entendeu. Então, assim, não é que você não saiba, mas eu acho que ajuda. Assim, como você conseguiu seu objetivo, desde sensibilizar e motivar o adolescente. (P06)*

*(...) a gente, nós farmacêuticos, tem muito está questão de não está com o olhar voltado apenas a um público de pacientes, a gente aqui na farmácia clínica atendemos sim adolescentes com comorbidades, diabetes e também a outras faixas etárias, então eu acredito que um pouco do que a gente pode contribuir na nossa formação sim, mas tem muito o que melhorar. (P08)*

*(...) eu acredito que dentro das diretrizes do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Então os profissionais eles estão capacitados sim, estão aptos a fazer todos os atendimentos preconizados pelo Ministério da Saúde no que diz respeito às equipes saúde da família, certo, o que o que eu acho que não conseguimos às vezes atender melhor este público. (P09)*

*(...) é porque nós somos treinados para atender, é a família toda, então inclui criança, adolescente, adulto, idoso, então eu considero que sim. (P11)*

*No âmbito geral sim, agora especificamente, especificamente não, no âmbito geral no geral do que é o SUS [Sistema Único de Saúde] sim, mas vamos dizer assim um local, uma especialização não necessariamente, não necessariamente. (P12)*

*(...) a gente não tem nenhum curso ou capacitação específica para trabalhar com adolescente, a gente é mais assim uma capacitação geral e ele acaba incluindo esse geral. (P14)*

Apesar do ensino na saúde entre os cursos de graduação se apresentarem povoados por disciplinas, cujo escopo detém um modelo clínico-assistencial direcionado a doença ou agravo, com levantamento de diagnóstico para tratamento por meio de intervenção medicamentosa, atualmente, discussões vem sendo realizadas em defesa da reorientação do modelo educacional e de mudança na grade curricular vigente. Deste modo, novos conteúdos programáticos têm sido incluídos de modo a incitar que os profissionais estejam implicados com sistema de saúde com destaque para a APS e comprometidos em assegurar a saúde do usuário, família e comunidade por meio de ações assistenciais e promotoras de saúde (DEMARZO et al., 2011).

Outros participantes do estudo compostos pelos próprios profissionais de saúde, comentaram que a vasta experiência levando em conta o tempo de atuação em outros serviços possibilita a produção de um cuidado efetivo ao adolescente:

*(...) capacitados são os que estão atualmente na unidade, porque já tem bastante experiência de serviço. (P11)*

*(...) eu sou por conta da minha bagagem, eu sou enfermeira de formação e sou especialista em UTI [Unidade de Terapia Intensiva] Neo e Pediatria, então pediatria a engloba é até 17 anos, 11 meses e 29 dias e o adolescente está inserido nessa, agora se quiser saber assim, em relação se eu tenho reciclagem para desempenhar esse papel eu não tenho, é pela minha bagagem (...). (P13).*

Nesse sentido, as experiências anteriores dos profissionais da Atenção Básica como demonstrado nos depoimentos colhidos podem oportunizar o desenvolvimento e aprimoramento de competências e habilidades fundamentais e necessárias para o crescimento profissional neste campo de trabalho (DIAS et al., 2020). Sabe-se que a competência profissional inclui atividades, capacidades e contextos, envolvendo conhecimento, destreza e atitudes, bem como experiências e qualidades pessoais usadas de modo efetivo e apropriado em atos individuais e coletivos, como resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional (RIBEIRO et al., 2008).

Ou pode ser ainda resultado do próprio interesse dos profissionais como observado nos excertos abaixo em estudar questões que envolvem a saúde do adolescente:

*(...) é pelo que eu me interesse em ver, chega, chegou um livro aqui sobre IST [Infecções Sexualmente Transmissíveis], tem texto que tem abordando isso dentro, quando eu tenho tempo eu vou lá e fico, mais em relação à gestão impor para a gente, vamos fazer uma reciclagem tem aqui uma. (P13)*

*(...) eu tenho tido até umas leituras específicas, questão de métodos contraceptivos voltados para adolescente, eu tento me aprofundar para englobar mais essa parte dessa população que ainda eu acho um pouco negligenciada (...). (P15)*

Parece que situação como esta fazem parte da realidade dos profissionais de saúde no âmbito da APS ao envolver distintos grupos e condições. Estudo qualitativo desenvolvido em duas capitais brasileiras com a participação de 140 profissionais da atenção e 34 da gestão, no período de 2013 e 2014, evidenciou também que em casos de qualificação para atendimento à mulher em situação de violência sexual, os profissionais de saúde das unidades de saúde buscaram por iniciativa própria meios de capacitação. Portanto, esses fatos sinalizando que as lacunas do conhecimento transcendem os muros das instituições de ensino e se estendem para os espaços das unidades de saúde, em virtude de os temas permanecerem, na maioria das vezes, oculto nas ações de educação permanente em saúde (MOREIRA et al., 2018).

Sendo assim, alguns profissionais de saúde apresentam maior qualificação do que outros para atendimento ao adolescente, como apresentado nos depoimentos a seguir de alguns participantes do estudo:

*(...) tem muita gente qualificada, mas tem uns que uma qualificação a mais, que você percebe que elas têm um certo direcionamento maior. (P03)*

*Alguns profissionais sim e outros não tem capacitação, outros eu acho que teria que ter mais um preparo, porque as vezes eu vejo que alguns, alguém tem mais domínio de um determinado assunto. (P04)*

Isto, portando, podendo ser hiato da formação que reflete substancialmente no exercício das funções profissionais nos serviços de saúde. Sem capacitação para envolvimento no processo de trabalho, alguns se solidarizam com as situações presentes vividas na comunidade, desenvolvendo estratégias próprias e informais no atendimento ao paciente, mas outra parcela tende a se distanciar, negligenciando a atenção ou deixando as questões passarem despercebidas (MOREIRA et al., 2018).

Logo, considerando a existência de práticas em saúde desalinhadas e descompassadas entre os membros que compõem a equipe de saúde, torna-se importante efetuar nos serviços ações de educação permanente com os profissionais. Esta ao promover trocas de saberes e aprimoramento contínuo da equipe, constitui-se em ambiente para reflexão e crescimento coletivo, fortalecendo as relações interpessoais e proporcionando integração da equipe. Logo, sendo potencial para transformar práticas e modificar o cenário de intervenções assistemáticas e improvisadas (ANDRADE et al., 2016).

#### **5.4 Serviços ofertados aos adolescentes e repercussão, impacto e satisfação com APS**

Nesta terceira e última grande categoria, desenvolveu-se oito subcategorias com relação ao atendimento prestado ao adolescente na unidade de saúde; exames complementares ofertados aos adolescentes da comunidade; serviços específicos da rotina da unidade oferecidos aos adolescentes; ações para os adolescentes do trabalho intersetorial e da rede em saúde; deficiência na oferta de serviços para os adolescentes da comunidade; repercussão dos serviços na saúde da população adolescente; estado geral e problemas de saúde dos adolescentes da comunidade; (in)satisfação com a unidade de saúde para atendimento ao adolescente, apresentadas na sequência descrita abaixo.

##### **5.4.1 Atendimento prestado ao adolescente na unidade de saúde**

A UAPS se configura como importante componente para a oferta de serviços básicos a população adscrita, no entanto, os profissionais apresentaram em seus depoimentos que esta não oferece atendimento direcionado e exclusivo ao adolescente, mas a toda população em geral de sua área de abrangência incluindo o referido grupo:

*Diretamente ao adolescente não, o acontecimento do atendimento é geral a toda população, mas direcionado ao adolescente não existe. (P01)*

*(...) o adolescente é colocado nas consultas, a gente não tem aquela separação de adolescente, quando a gente tem criança, idoso, hipertensos, diabéticos, o adolescente ele vem incluído e entra como um adulto, ele não é como criança, a criança tem as consultas de puericultura até os dois anos de idade, a partir daí é a doutor ou a doutora atende criança a partir de dois anos, mas a partir dos dois anos não temos essa iniciativa de diferenciar não. O adolescente é incluso como um adulto como outra pessoa, como um adulto qualquer. (P02)*

*(...) só que não tem um dia definido só para adolescente, eles vêm com uma demanda no posto, com a mãe, com alguma demanda, mas assim, vendo essa necessidade, assim, essa assim, sem esse olhar mais direcionado. (P06)*

*(...) a gente tem muito a questão demandas, demandas espontâneas e eu tenho um visto cuidado que muitos profissionais têm nesse atendimento ao adolescente (...). (P09)*

*Especificadamente para o adolescente não, no caso é a população geral, que isso também inclui o adolescente. (P12)*

*Especificamente do adolescente eu acho que ele acaba sendo assim mais no geral, se ele chegar aqui, sempre vai ter atendimento como qualquer outra pessoa, mas assim voltada específico para o adolescente eu não conheço. (P14)*

Em consonância com os depoimentos acima apresentados por alguns participantes, estudo de abordagem qualitativa desenvolvido com adolescentes de Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES), situado na Secretaria Executiva da Regional IV a partir do Projeto Nascente do município de Fortaleza-CE, evidenciou também que o cuidado em saúde a este grupo se materializa por meio dos dispositivos organizacionais e das ações dos atores sociais. Logo, a oferta de serviços de saúde a população adolescente sendo na maioria das vezes por meio da porta de entrada da unidade de saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Nesse sentido, a atenção à saúde do adolescente na unidade de saúde tendo como ponto de partida a prestação dos serviços por demanda espontânea. A partir dessa procura, identifica a necessidade do paciente adolescente e procedem a encaminhamentos caso este seja necessário. Deste modo, constata-se que ainda existem muitas lacunas nas práticas de cuidados direcionadas a população adolescente da área adscrita a APS, de forma que não atendem as peculiaridades e particularidades desta etapa da vida humana. Não há um atendimento específico ou sistematizado, mas de acordo com a demanda do serviço de saúde, pois existem outras prioridades de determinados grupos populacionais, razão pela qual a organização de trabalho com esse grupo etário fica aquém (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE; 2012).

Isso, portanto, reverbera em uma atenção à saúde insuficiente que não leva em conta a oferta de atendimento com base nas necessidades de saúde da população, tornando o serviço primário falho devido à inexistência de um direcionamento de intervenções para os adolescentes. Tal fato se constata pela afirmação da inexistência de atendimento específicos para o atendimento aos adolescentes, assim, como de atividades programadas que contemplassem essa faixa etária. Aponta-se, portanto, o potencial prejuízo que a ausência de tais atividades pode representar, considerando que ocorre o impedimento da criação de mais oportunidades para se abordar questões importantes relativas à adolescência, como o autocuidado, o planejamento familiar e a prevenção de infecções (QUEIROZ et al., 2011).

Nesse contexto, o cuidado em saúde ao adolescente como apresentado nos depoimentos abaixo está direcionado ao modelo assistencial na identificação da queixa com levantamento de diagnóstico e resolução do problema por meio da prescrição de medicamento:

*(...) têm me atendido, passado diagnósticos, passado remédios de um médico. (A02)*

*(...) antes dela ser encaminhada para onde hoje ela é tratada, as primeiras consultas dela foram na unidade e nesse tempo que o problema dela era cansaço na época do cansaço dela, às vezes que ela foi no posto, ela foi bem atendida, recebi os remédios. É teve uma participação do posto, teve uma participação no posto porque assim eu acredito que no tempo que ela era assistida aqui no posto, se lá no posto não tivessem profissionais assim mesmo porreta como diz o matuto eu acho que ele não tinha chegado onde ela chegou não. (F03)*

*(...) apesar que é pouco o atendimento ao adolescente, é mais a questão mesmo assistencial (...) (P07)*

À vista do exposto, parece que a APS ainda tem efetuado um cuidado em saúde com intervenções impulsionadas por uma lógica pautada na fragmentação da análise do fenômeno do adoecimento e uma atuação com atenção maior na dimensão biológica do ser humano. Logo, esse panorama sendo sustentado pelo foco no paciente e seu corpo doente e disfuncional no qual cabe apenas ações com viés curativista e intervenções medicamentosas, inserindo o indivíduo em uma posição de assujeitamento que reflete negativamente em seus processos de subjetivação e autonomia (RAIMUNDO; SILVA, 2020).

Com efeito, políticas públicas que se propagam na área da saúde corroboram com a possibilidade de um cuidado integral no âmbito da unidade de saúde. Portanto, as estratégias de humanização têm sido convocadas a tentar dirimir a tecnicidade constitutiva da produção do cuidado e têm como desafio promover integralidade nesse microcosmo. A clínica ampliada, por exemplo, busca considerar o indivíduo ao máximo possível em sua dimensão biopsicossocial, identificando as correlações entre seus modos de produção de vida e trabalho em relação ao processo saúde-doença. É a não padronização diagnóstica que se contrapõem ao cuidado biomédico ao considerar o sujeito em si, ou seja, é um constante neoartesanato que de tanto se realizar, amplia a capacidade de considerar o humano como um holos (CARNUT, 2017).

Além disso, os participantes do estudo ainda relataram que a oferta de serviços em saúde se efetua por meio de ações programadas implantadas na unidade direcionadas aos grupos específicos, como o planejamento familiar e a consulta de pré-natal:

*(...) a minha filha ela já precisou mais do posto, a minha filha sim, a minha filha engravidou na adolescência e ela foi para o posto e eles acompanharam a gravidez dela e encaminharam ela para um hospital mais especializado, ela precisou mais de consulta. Então, ela teve mais cuidados agora. Eu acho que se preocupa muito com a menina, tipo a minha filha foi gravidez na adolescência, a gente foi bem acompanhada, foi bem acompanhada e ela foi encaminhada, mas menino não, menino a gente não tem essa preocupação, porque se visa muito a mulher e o homem é mais um pouquinho esquecido. (F08)*

*(...) eu aqui eu tenho agenda até separada por turno, de hoje pela manhã segunda-feira pela manhã eu tenho um planejamento familiar nessas vagas do planejamento familiar, sempre tem um ou dois adolescentes. Eu não tenho na agenda voltada para o adolescente, mas ele insere nas minhas outras agendas como pré-natal, sempre tem um paciente adolescente. (P13)*

É bem verdade que desde da implementação da ESF em 2006 antes denominada de Programa Saúde da Família (PSF) com implantação em 1994, diversas estratégias, programas e ações foram e vem sendo elaborados, instituídos e modificados ao longo de sua trajetória de Atenção Básica para garantir o direito e o acesso os serviços de saúde à nível primário à população (ALMEIDA et al., 2018). A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma de suas áreas de atuação prioritária, devendo ser ofertada observando como princípio o respeito aos direitos das pessoas. Em âmbito nacional, entre os marcos referenciais em relação a estes direitos para homens e mulheres, destaca-se a rede cegonha, a política de atenção à saúde da mulher, a lei que estabelece o planejamento familiar, entre outros (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, observa-se que a produção do cuidado aos adolescentes em determinadas situações tem sido realizada neste âmbito, conforme identificado também em outros estudos com base no que é estabelecido por meio de programas específicos reconhecidos pelos profissionais de saúde (QUEIROZ et al., 2011). Ou seja, as ações em saúde parecem ter o predomínio de um caráter técnico no que é preconizado pelos programas oficiais devido à escassez na concretização de políticas públicas no país dirigidas às especificidades e particularidades desse grupo populacional (DOURADO et al., 2020).

Corroborando com estas mesmas asserções, pesquisa desenvolvida em uma cidade do interior da Bahia acerca da atenção a gestante adolescente na APS a partir de profissionais que integravam a equipe de Saúde da Família, identificou por meio dos discursos uma abordagem de modo impessoal e uma relação distante entre os participantes. A consulta era orientada pelo modelo normativo em cumprimento aos protocolos gerais que sobrepueram às especificidades da adolescência e da gravidez nesta fase. A dissociação entre o modo de perceber a gravidez na adolescência e a prática concreta revelou uma negligência no profissional de inscrever atos de cuidado na dimensão integral no processo de atenção (MELO; COELHO, 2011).

#### ***5.4.2 Exames complementares ofertados aos adolescentes da comunidade***

Ao passo do que se discute sobre o atendimento prestado a população adolescente, em depoimento apresentado abaixo o participante do grupo familiar revela que a UAPS tem oferecido os exames complementares de maior complexidade e de alto custo para avaliação de questões específicas de saúde dos adolescentes, conforme solicitado pelo profissional:

*De alguma maneira, eu acredito que sim, da forma através de exames está entendendo. Nessa forma, o posto tem prestado serviço a ela e eu avalio da seguinte forma, acredito que seja um bom trabalho. Porque assim, é sempre muito difícil a gente conseguir um exame encaminhado de um lugar em outro lugar, que isso por duas vezes aconteceu e digamos até sem nenhuma dificuldade. Porque tem gente que demasia, fala que é difícil a pessoa tem que ir de madrugada, tem que ser uma espera enorme e muitas vagas e as duas vezes que ela precisou fazer, desde a vez que seguiu o horário certo ficou na fila, deu bom. Até aí eu não vi nada demais de nada. (F03)*

Entende-se que a ESF por se apresentar como um novo paradigma na atenção à saúde no país, com a intenção maior de realizar intervenções considerando o processo saúde e doença e favorecendo a corresponsabilidade entre profissional e paciente no cuidado com a saúde, tem requerido o uso dos recursos diagnósticos complementares. Deste modo, os profissionais de saúde que atuam na unidade com competência para tal, especialmente médicos de família tem realizado de forma consciente e com a indicação adequada a prática de solicitação de exames, com vistas a minimizar os riscos relacionados à iatrogenia, às repercussões econômicas e à sustentabilidade do sistema de saúde (FIGUEIREDO et al., 2017).

Todavia, outros participantes do estudo reclamaram ainda da dificuldade para a marcação e recebimento dos exames indicados aos adolescentes da unidade de saúde:

*(...) eles pedem o exame, eles pedem, eles pedem o exame, mas só que tem uma coisa a gente marca, mas fica na fila de espera e não sai de jeito nenhum, já tem tanto exame na fila de espera que ainda não recebi e isso está do mês passado (...) (F04).*

*(...) se eu quiser conseguir um exame para ele [adolescente] eu consigo, um exame, um hemograma completo, mas eu marco hoje para daqui a três meses. (F05)*

Durante uma consulta em geral na unidade de saúde como observado neste estudo, o profissional de saúde pode solicitar entre outros exames aqueles considerados como complementares e de rotina. O paciente pode optar a depender do exame indicado entre realizá-lo em um laboratório particular, conveniado ou no municipal. A maioria dos pacientes prefere fazer os exames no laboratório conveniado ou municipal, pois além do exame ser gratuito devido ao financiamento ofertado pelo SUS, a coleta do material biológico pode ser realizada

na própria unidade de saúde e nesse caso o usuário não precisa custear gastos com o transporte pelo seu deslocamento.

No entanto, várias são entraves ainda presentes enfrentados pelos pacientes para o acesso como parte de um processo que pertence a organização do serviço. Para realizar o exame o usuário em realidade precisa fazer o agendamento de forma antecipada, sendo a marcação dos exames para o laboratório municipal efetuada uma vez por mês, pois toda unidade possui uma cota específica de exames de patologia clínica. O usuário permeia ainda uma segunda fila para conseguir seu atendimento, pois idosos e gestantes por serem priorizados no agendamento, não precisam enfrentar a fila e agendam seus exames a qualquer momento. Deste modo, situação como esta no serviço corroborando para a iniquidade em saúde de acesso aos exames laboratoriais e a insatisfação entre os usuários (SOUSA et al., 2014), além da possibilidade um diagnóstico tardio que pode comprometer o estado de saúde e a vida do paciente adolescente.

#### ***5.4.3 Serviços específicos da rotina da unidade oferecidos ao adolescente***

Os participantes do estudo evidenciaram também que a unidade de saúde oferece serviços específicos a população adolescente. Por exemplo, a administração de vacinas específicas para a faixa etária ou campanha contra a Covid-19:

*Foi bom, porque da última vez que eu fui para tomar a vacina da gripe e foi rápido. Eu acho bom que eu tomei a vacina eu não tenho nada a julgar. (A02)*

*Só vacina mesmo, só mesmo a vacina porque quando a gente procura outra coisa nunca tem. (F06)*

*Cuidado no atendimento principalmente agora na questão do Covid-19, eles têm feito na questão da dengue, chikungunya e hoje em dia principalmente a vacina do covid-19. (A07)*

Na política de saúde brasileira, a vacinação é considerada como uma atividade executada preferencialmente pela APS e especificamente na ESF, ao se constituída por uma equipe multiprofissional responsável por um território definido e uma população adscrita. Além disso, visa a ampliação da clínica por ações de prevenção de riscos e agravos, promoção e manutenção da saúde, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação (VIEGAS; PENNA, 2013). Por sua vez, a população adolescente como identificada no presente estudo está entre os grupos prioritários no Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil, devido à alta

suscetibilidade a algumas doenças preveníveis por meio da imunização e pela baixa cobertura vacinal apresentada por essa faixa etária (ARAÚJO et al., 2010).

O Ministério da Saúde (2014) preconiza e disponibiliza a imunização dos adolescentes contra a Hepatite B (efetuadas em três doses), contra a difteria e tétano (uma dose a cada 10 anos), contra a febre amarela (duas doses), tríplice viral (duas doses) e contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) para meninas entre 9 e 13 anos em 2017 e, para meninos entre 12 e 13 anos esta faixa etária foi ampliada até 2020 ao serem incluídos os de 9 a 13 anos. Deste modo, o Brasil disponibilizando cerca de 300 milhões de doses de vacina anualmente e representando um dos países que possui o maior número de vacinas ofertadas na rede pública (VIEGAS et al., 2019).

No que se refere a vacinação contra a Covid-19, em junho de 2021 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou de fato a vacinação de pessoas maiores de 12 anos no Brasil com a vacina Pfizer/BioNTech e, por conseguinte, a Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021, incluindo artigos na lei nº 14.124 de 10 de março de 2021, passou a considerar adolescentes com comorbidade ou privados de liberdade. Por outro lado, discussões foram realizadas sobre a temática, visto que o Ministério da Saúde emitiu notas informativas que restringia a vacinação dos adolescentes e, ao final divulgou nova orientação indicando que todos fossem vacinados considerando a ordem de prioridade apenas com a vacina Pfizer/BioNTech.

Outros participantes revelaram que a UAPS disponibiliza ainda aos adolescentes vários métodos contraceptivos, a exemplo, do anticoncepcional injetável e do preservativo masculino:

*(...) por exemplo, é eu acabei de fazer uma aplicação de um anticoncepcional em uma adolescente. A mãe vem com ela e a gente administra ou uso da caminha que ela tem que usar. (P04)*

*(...) então, um método contraceptivo que existe, então a gente sabe que ali tem disponível ao paciente para tirar o adolescente (...). (P08)*

*(...) até pensando na questão da saúde do adolescente no quesito da prevenção, a gente tem vários insumos que contempla, tem de preservativos, então a gente tem isso que possa atender. (P09)*

*(...) tem a caminha também, a gente dá a injeção ou outros métodos concepcionais também disponíveis (...). (P14)*

*(...) aqui a gente tem métodos contraceptivos, existem como a gente fazer encaminhamentos, existem métodos contraceptivos disponíveis na unidade né. (P15)*

Reconhece-se que nas duas últimas décadas, houveram grandes avanços com a publicação de legislações e políticas internacionais e nacionais para garantir os direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos da população, incluindo, os adolescentes e os jovens como sujeitos desses direitos. Em especial, a Atenção Básica por ser considerada como espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade, além de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, tem possibilitado garantir a atenção à saúde sexual e reprodutiva a este público-alvo (BRASIL, 2010).

Entre os serviços, inclui-se a distribuição de insumos para a prevenção de IST/HIV/Aids e métodos contraceptivos, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos. Deste modo, disponibiliza materiais de prevenção, como preservativos masculinos e femininos. A pílula anticoncepcional de emergência está disponível desde 2001, além da pílula anticoncepcional combinada, minipílula anticoncepcional, anticoncepcionais injetáveis, diafragma e dispositivo intrauterino (DIU). Entretanto, deve ser evitado o uso de anticoncepcionais com apenas progestogênio (injetável trimestral e minipílula) antes dos 18 anos pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea (BRASIL, 2013).

#### ***5.4.4 Ações para os adolescentes do trabalho intersetorial e da rede em saúde***

Como parte de suas atribuições, a UAPS mensalmente desenvolve também ações para os adolescentes em espaços da comunidade, a depender dos profissionais das equipes de saúde, conforme esclarecido pelos participantes do estudo:

*Por exemplo, na minha equipe a gente faz reunião no Bolsa Família, foi programado com o coordenador para uma vez por mês, se a gente faria isso. Agora que voltou e nesse atendimento não é só aquela questão do peso do paciente e nem a questão de você fazer a altura, não, a gente faz tratamento para verminose, ver se tem alguma manchinha na pele com suspeita, é enfim tenta fazer um atendimento também lá e se possível trazer um pouco para o posto para resolver. A gente vai para a igreja no caso da minha equipe, porque é o local que a gente tem disponível aqui que consiga atender muitas pessoas e com*

*o espaço físico adequado para o distanciamento é na igreja, então a gente coloca uma vez por mês o atendimento na igreja. (P11)*

*(...) se a gestão chegasse vamos, por exemplo doutor Francisco [nome fictício] e o dentista fazer uma atividade, não tem como, se eu for fazer uma, a minha agenda está lotada até janeiro e a do doutor Francisco até fevereiro, não teria como. Teria que trazer mais profissionais para a gente poder trabalhar mais focado nisso daí, mas agora a gente que já está sobrecarregado aqui de desempenhar esse papel de ir na igreja, de ir a comunidade, de fazer uma roda de adolescente não teria como, mas isso não ia partir da gente não, mas na regional um profissional que venha ou que fique no lugar da enfermeira que está aqui ou então que vai desempenhar esse papel. (P13)*

É sabido que a proposta de olhar para a saúde da população assegurando tanto a equidade quanto a integralidade, vem exigindo que a atuação dos profissionais de saúde que compõem a equipe da Atenção Básica não se limite apenas às intervenções realizadas nos espaços das unidades de saúde. Esses novos formatos de produção de ações de saúde indicam que as práticas devem ocorrer também nos domicílios e demais espaços comunitários (MARTINS et al., 2010). Além disso, entre as atribuições comuns de todos os profissionais das equipes está o cuidado em saúde da população adscrita, especialmente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e no espaço comunitário (BRASIL, 2017).

Estudo realizado nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina como parte da região Sul e de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí da região Nordeste do Brasil, apresentou que entre as práticas desenvolvidas na comunidade no último ano, a maioria dos profissionais destacaram realizar atividades de educação em saúde com a população. Seguido disso, encontros para palestras e reuniões em grupos, envolvimento em atividades não especificadas e atividades e procedimentos específicos, tais como aplicação de vacinas, escovação e aplicação de flúor e atividade do Programa Bolsa Família (MARTINS et al., 2010).

Nesse contexto, reconhece-se que a programação de intervenções extramuros representa uma empreitada em articular promoção da saúde e prevenção de agravos, avançando assim na constituição de práticas de atenção integral à saúde da população adolescente. Contudo, a sua não realização como evidenciada no presente estudo pode se representar como um problema no cuidado em saúde, uma vez que segrega o profissional da realidade local dificultando a identificação das necessidades inerentes a comunidade, inviabilizando que se desenvolva práticas as quais propiciem investigação, orientação e

intervenção na saúde dos usuários que poderiam ter sido levantadas *a priori*. Além disso, representa uma lacuna no potencial das práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais, tornando-se relevante um direcionamento de suas práticas, no intuito de favorecer mudanças com relação às ações no contexto da ESF.

Outros participantes do estudo destacaram que a unidade oferece ainda intervenções em saúde por meio de outros dispositivos da comunidade, a exemplo, dos Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (CUCA) presentes no referido município:

*Como a gente não tem esse espaço, acaba que a gente tem que ir para comunidade, no caso o nosso posto ele tem uma vantagem que é o CUCA [Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte], que é o CUCA do Ararenda [nome fictício] que antes da pandemia a gente conseguia abrir o espaço lá no CUCA para levar o profissional, fazer palestra, fazer consultas. No entanto, com a pandemia, o CUCA fechou e depois voltou só com as vacinas e agora é que ele está voltando a desempenhar atividades com adolescentes, mas o nosso relacionamento também foi porque sempre, sempre foi bom, porque lá a gente tem um tem enfermeira, técnico de enfermagem, tinha um médico também, mas agora não tem, mas sempre tem um profissional de saúde sentinela, se houver um problema muito sério, a gente consegue trazer o adolescente por questão de proximidade também, então a gente tem esse link com o CUCA, acaba tendo que a gente tem um ponto de apoio lá. Porque tem um grande número de adolescentes lá fazendo atividades é e se houver algum problema, se for detectado alguma demanda ou também traz para a gente. (P11)*

*Aqui nós temos um diferencial, porque nós temos o CUCA, que era onde a gente pensa em entrar forte como um ponto de apoio para esse pessoal, realmente que faz a parceria realmente muito bonita, a gente realmente tem uma assim uma simpatia, uma empatia também muito grande, nessa novamente parceria muito bonita, nós estamos com o pessoal do CUCA. (P12)*

A Rede Cuca evidenciada nos depoimentos dos profissionais acima é uma iniciativa mantida pela Prefeitura de Fortaleza como rede de proteção social e oportunidades formada por três CUCAS, sendo gerenciado pela Coordenadoria Especial de Políticas Públicas de Juventude. Estes espaços atendem prioritariamente adolescentes e jovens com idade entre 15 a 29 anos, oferecendo cursos, práticas esportivas, difusão cultural, formações e produções na área de comunicação e atividades que fortalecem o protagonismo juvenil e realizam a promoção e garantia dos direitos humanos. Além disso, também visa trazer para a periferia do município

possibilidades e alternativas de fruição cultural por meio da realização de eventos estratégicos, festivais, mostras, exposições e programação permanente de shows, espetáculos e cinema (FORTALEZA, 2022).

Logo, nesses ambientes os adolescentes desenvolvem suas competências sociais, experimentam novos papéis, definem a sua identidade, discutem temas de seu interesse e aprendem uns com os outros. Por tudo isso, acredita-se que espaços públicos como estes são mais valorizados do que outros pelos adolescentes e, consecutivamente propícios para a implementação de ações (DOURADO et al., 2021) inclusive de saúde com eles pelos profissionais de saúde.

Além destes cenários, as ações em saúde são realizadas no ambiente escolar por meio do Programa Saúde na Escola como acrescido pelos profissionais nos excertos abaixo:

*Eu atendo também nas escolas, eu atendo as escolas que a maioria é adolescente e a gente faz orientação de escovação, assim, aplicação de flúor, voltamos agora, teve a questão da história da parada da pandemia, mas assim, tem o Programa Saúde na Escola, que dependendo da escola, do perfil da escola, também a gente trabalha com o adolescente, uma escola aqui escola municipal Jose Airton, ela é quase toda de adolescente (...). (P06)*

*(...) é tem o atendimento que a gente faz nas escolas também, então, os alunos que precisam de atendimento, a gente faz a marcação, basicamente, é isso. Nosso trabalho é preventivo, aplicação de flúor, passar informação e orientação. (P10)*

O Programa Saúde na Escola (PSE) conforme mencionado nos depoimentos anteriores é uma estratégia que integra de fato as intervenções de educação e saúde com a finalidade de contribuir para a formação integral dos adolescentes enquanto estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Este possibilita ainda o fortalecimento de ações na articulação dos setores da saúde e da educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades presentes na comunidade que podem comprometer este grupo populacional. Assim, deve ser implementado com a participação efetiva dos profissionais que compõem as equipes da ESF e integrado com as escolas dentro do mesmo território, respeitando os princípios do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Em meio aos depoimentos dos participantes pareceu que os cirurgiões dentistas estavam mais presentes nas atividades preventivas escolares, em comparação aos demais profissionais que compõem a equipe de saúde. Fato este evidenciado também em outro estudo

desenvolvido em Fortaleza, Ceará, o qual aponta que a vinculação das equipes de saúde ao PSE ainda não é bem delimitada no município, pois os participantes desconhecem o vínculo de sua equipe ao programa e os profissionais nunca participaram de capacitações. Ao contrário dos dentistas que atuam no programa, essencialmente, desenvolvendo ações de prevenção de doenças bucais, como escovação bucal supervisionada e aplicação tópica do flúor, além de atividades preventivas com outros enfoques (LIMA, 2016).

No entanto, com a pandemia causada pela Covid-19 em meio as medidas sanitárias que orientaram a realização das aulas de forma online ou híbrida, estas intervenções estiveram inoperantes com o retorno ainda sendo de modo gradual, como se pode observar no excerto abaixo de participante do estudo:

*Atualmente, com a pandemia a gente não conseguiu mais fazer atividades dentro da escola, primeiro porque para fazer uma atividade, às vezes as aulas elas não estão acontecendo ainda normalmente tem pouco aluno indo, sistema ainda híbrido, alguns ficam na sala e outros ficam online, então não deu ainda por conta da pandemia para voltar, até porque agora que as consultas estão voltando, a nossa rotina e as agendas estão sobrecarregadas. Eu consegui fazer uma atividade com adolescente no mês e quando eu saí do posto, mas assim para voltar para a escola atualmente ainda não deu certo por causa da pandemia.*  
(P11)

Em virtude da pandemia causada pelo novo coronavírus com a suspensão das aulas de forma presencial, a rotina do referido programa precisou de fato ser desacelerada e readaptada para um novo contexto. No entanto, ao contrário do que se encontrou neste estudo com as atividades totalmente paralisadas, outro desenvolvido na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul com a equipe do PSE vinculada às Secretarias de Saúde e Educação do município, evidenciou a preparação de materiais com orientações de prevenção ao coronavírus e dicas para a tornar a quarentena de modo mais leve e saudável. Assim sendo, como forma de proporcionar o cuidado em saúde à população escolar do município, foram organizadas ações respeitando as medidas preventivas nas escolas ao longo dos últimos meses (FETTERMANN et al., 2021).

O estudo reconhece que mesmo nesta situação de pandemia imbricada com vários empecilhos, a aprendizagem acerca de questões de saúde aconteceu com a utilização de recursos em vários lugares a partir das atividades previstas pelo PSE. Deste modo, essa aproximação auxiliando que a escola juntamente com a unidade de saúde pudesse criar mecanismos que favorecessem a promoção da saúde e a prevenção de agravos em estudantes, especialmente em

tempos de pandemia com uma articulação maior de ações em relação as medidas prevenção contra o coronavírus e a divulgação de informações sobre a pandemia.

Além de tudo isso, os familiares e profissionais acrescentaram que a UAPS realiza também quando necessário encaminhamento de adolescentes aos serviços especializados da rede de saúde:

*(...) a gente tem situações complicadas que a gente, nós precisamos de um atendimento mais contínuo, a gente ver que as vezes ele vem e tem feito a consulta e é encaminhado para Albert Sab, para um local que possa dar um atendimento ao adolescente, que tenha realmente um material que possa dar uma qualidade melhor para esse atendimento, já que na Atenção Básica não tem, é só aquela básico. (F01)*

*O médico deve ter a consulta, encaminhar conforme entre outras coisas, conforme sua necessidade, encaminhar para um psicólogo, se precisar, eles sempre assim se importam. Eu assim quando preciso e eu não tenho aqui, eu encaminho para uma atenção secundária e tudo. (P06)*

*(...) o que a gente não consegue fazer aqui, a gente encaminha para o CEO [Centro de Especialidades Odontológicas] que é um atendimento secundário, é um atendimento especializado dependendo da demanda (...). (P10)*

*(...) a não ser que seja uma demanda de saúde mental que a gente tem que encaminhar para um serviço especializado. Isso só acontece quando o médico da equipe não consegue resolver o problema. (P11)*

A integração dos diferentes níveis existentes de atenção à saúde como exemplificado nos excertos anteriores é um tema bastante presente no debate da política de saúde de municípios brasileiros e considerada relevante para a construção de uma atenção integral à saúde da população. Compreende-se que somente a expansão da ESF não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado, o que vem exigindo a articulação dos demais níveis de serviços do sistema com as políticas públicas de saúde. Deste modo, reconhece que a implantação da ESF na medida em que objetiva organizar a porta de entrada, impulsiona a utilização e a necessidade da organização da rede, da regulação e da coordenação dos cuidados (ALMEIDA et al., 2013).

Em contraposição aos resultados encontrados neste estudo em relação a existência de uma rede de apoio à saúde dos adolescentes, outro apresenta que os profissionais de saúde se queixam da precariedade da rede de serviços especializados para referência. A falta de

parcerias ou articulações intersetoriais gera preocupação principalmente em relação à referência e contra referência. O encaminhamento à rede foi considerado deficitário pelos participantes, com exceção do CAPS que se apresenta como serviço de referência para as demandas de saúde mental (BARROS et al., 2021).

Isso, possivelmente, para alguns autores pode estar relacionado aos processos de gestão na organização regional da atenção especializada, pois no estado do Ceará em que o município deste estudo se encontra localizado, há uma tradição no planejamento territorial da saúde, possuindo estruturas de gestão e pactuação regional consolidada. Logo, o forte protagonismo do governo do estado e de suas instâncias regionais sendo os principais fatores que contribuem para o estágio avançado da regionalização (LIMA et al., 2012).

#### ***5.4.5 Deficiência na oferta de serviços para os adolescentes da comunidade***

Em oposição os comentários acima apresentados, outros participantes deste estudo com destaque para os familiares trouxeram ainda em seus depoimentos a deficiência de atendimento na UAPS quando da procura para o adolescente:

*Tem dia que tem atendimento, tem dia que não tem. Eu me lembro que eu fiquei com a minha mãe, a gente chegou e disseram que o atendimento já tinha acabado e era de manhã e disseram não tem. Nunca tem, marca e nunca é chamada, eu nem vou. Eu fui uma vez lá para o dentista foi com a mãe, a moça falou que ia fazer todo o meu tratamento e esperei, esperei lá nunca me chamaram. (A01)*

*(...) nunca não tem, tipo a gente chega com um problema de uma adolescente lá e às vezes nem tem atendimento e às vezes as pessoas que têm nem dão atenção, é muito ruim. (A03)*

*(...) ela está com dente para extrair, a mulher me prometeu no dia ajeitar o tratamento do dente dela e até hoje não deram notícia de nada (...). (F01)*

*(...) atendimento não tem não, não tem não, porque a gente vai no posto, não consegue nada. Então consegue não nesse posto, a gente vai não sei quantas maneiras e o tanto de viagem e o atendimento ainda é bom não. É a pior humilhação quando a gente chega e não tem atendimento nenhum. (F04)*

*(...) é muito difícil a gente conseguir, não tem, a gente tem que pagar para conseguir um procedimento. Esta questão de higiene bucal, é muito precário e para conseguir é questão assim a gente marca hoje questão de três meses (...). (F05)*

*(...) às vezes sim as vezes não atendimento, muitas vezes a gente procura o atendimento e as vezes não têm médico e as vezes tem aí assim. (F06)*

*(...) a gente nunca consegue no posto, é difícil dentista, já busquei para ele e já para minha filha também, para outro também não consegui, eu pago dentista dele, eu pago. Vai atrás, só que não tem agenda, não tem, não tem disponibilidade para a cor, não dá certo no posto. É difícil, é difícil, a minha filha ela procurou várias vezes também não, não tem dentista é precário. (F08)*

Vários estudos desenvolvidos a nível nacional evidenciam que o acesso de modo amplo aos serviços primários de saúde é uma realidade da população brasileira, demonstrando o importante avanço na implantação e implementação dos princípios e das diretrizes do SUS. Além do mais, garantir o acesso a estes serviços de saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado brasileiro e, nessa linha de raciocínio os adolescentes ao terem procurado o atendimento deveriam ter sido de fato atendidos na unidade por algum profissional (NUNES et al., 2015). Destaca-se que independente da razão com a qual o adolescente procure o serviço, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de identificar, refletir e auxiliar na resolução de questões distintas do motivo principal do atendimento (BRASIL, 2017).

Essa realidade é parte também de outros cenários do país como do município de Camaçari, localizado na região metropolitana de Salvador, que a partir de estudo realizado no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012, evidenciou que 7,7% dos participantes relataram dificuldade de encontrar atendimento e 3,3% ausência da oferta do serviço que precisavam (MARTINS et al., 2019). No entanto, salienta-se que os acessos a serviços de saúde não podem ser negligenciados, pois indicam que os usuários necessitantes de cuidados em saúde não conseguiram entrar no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, que no caso da ESF tem conformação de um serviço de porta de entrada preferencial (OLIVEIRA et al., 2012).

Isso, por um lado, segundo o participante está relacionado com a agenda lotada de atendimento dos profissionais da unidade de saúde:

*(...) então, normalmente é muito rala, porque se o adolescente vier, muitas vezes tem atendimento, pode também acontecer que as vezes não tenha por questão de falta de como pode se dizer, de falta de atendimento, as vezes não tem espaço na agenda das enfermeiras, não tem espaço na agenda dos médicos para atender, aí eles acabam tendo que voltar de novo para ser atendido. (P03)*

O acesso aos serviços de saúde conforme observado neste estudo permanece como um nó crítico na APS brasileira associado aos vários problemas que o compromete (TESSER; NORMAM; VIDAL, 2018), entre os quais, destaca-se a grande sobrecarga de trabalho dos profissionais das equipes de família relacionada a quantidade elevada de usuários adscritos ou não em cada área que demanda um maior atendimento na unidade de saúde. Logo, esse problema gerando um aumento no tempo para a população conseguir atendimento, além da qualidade da consulta não corresponder às necessidades do paciente (LIMA et al., 2015).

Frente a este contexto, em alguns casos a oferta de serviço apenas ocorre quando há alguma situação de emergência envolvendo o paciente adolescente, conforme apontam os participantes deste estudo:

*Agora assim, quando é uma emergência, as vezes está com a febre com coisa assim eu ia, aí sim, eu era atendida faz tanto tempo, mas agora a minha mãe paga plano. A gente vai assim para o plano porque ela a gente não encontra. Eu acho a falta de respeito, porque a gente paga o nosso imposto para ter a o nosso direito à saúde. (A01)*

*(...) a gente procura e nunca tem um atendimento lá, ali só mesmo se a gente for na emergência a gente, a gente é atendida pela enfermeira, mas assim a gente procurasse uma consulta uma coisa assim não. (F06)*

O acesso dos adolescentes como observado neste estudo em alguns casos está vinculado ao momento em que a família procura a unidade com sinais e sintomas apresentados pelo paciente familiar. Isto é, os profissionais de saúde percebem que o paciente não se apresenta bem quanto o estado de saúde e, dessa forma incluem no rol para a oferta de um algum atendimento por meio de consulta. Logo, nessa situação a equipe de saúde não se responsabiliza pela saúde destes cidadãos e tampouco apresenta sinais de vinculação com os mesmos (OLIVEIRA et al., 2012).

Além disso, os profissionais perdem a possibilidade de uma aproximação direta com o usuário e a construção de vínculo e cumplicidade na unidade. Outrossim, a proposta de integralidade, acesso e escuta qualificada que são tão necessários e urgentes durante o processo de cuidado ampliado em saúde, para reduzir o acolhimento apenas a uma prática clínica pontual de queixa-conduta direcionado ao quadro de saúde com a presença de uma situação de emergência e urgência (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Os participantes apresentaram também que na UAPS há uma lacuna na realização das atividades educativas voltadas a promoção da saúde e a prevenção de agravos:

*(...) não faz nenhuma ação assim para alguns jovens essas coisas, não fazem nada, nada, eles não fazem nada. (A01)*

*(...) não tem um suporte em relação a educação, uma educação, informação como entregar aquelas cartilhinhas, não tem, eu ainda não vi, existia mais eu no momento, eu não estou vendo. (F04)*

*(...) não temos um certo direcionamento, por exemplo, vamos supor, palestras, você percebe que falta muita palestra direcionada ao adolescente para adolescência, é tudo na verdade. (P03)*

*Não dar para eu chegar e pegar, não tem um grupo lá fora de adolescente, hoje nós vamos falar sobre carie no adolescente, mau hálito no adolescente, não, a gente não faz esse tipo de atividade aqui na unidade, não tem espaço, mas já foi feito em escola, é assim na escola essa parte, assim, de educação em saúde e promoção de saúde. A gente faz na escola, eu pelo menos assim é meu público atingido nos grupos de educação permanente e nas capacitações dos grupos pelo município é na escola, no posto normalmente assim é difícil, porque não tem espaço, então fica mais restrito ao clínico e orientação do que precisa. (P06)*

*(...) eu acredito assim que faltam a parte mais a questão da parte da educação em saúde. Eu acho que é um ponto assim, que falta para esse olhar mais ao tratamento ao cuidado aos adolescentes, a questão de temas que aborda o universo da adolescência e a gente não vê tão presente aqui na unidade. (P08)*

*(...) agora aqui dentro do posto mesmo não tem não ações educativas, eu não sei das outras áreas porque na nossa área a gente trabalha dessa forma. (P10)*

Parece que a atenção dispensada ao grupo adolescente inclusive do presente estudo se apresenta fragmentada, com práticas voltadas para ao assistencialismo que se opõem às concepções promotoras. Todavia, esta deve ser superada ao levar em conta que ESF atende a família como linha de cuidado em seu ciclo vital, podendo privilegiar a saúde do adolescente inserida nas práticas de promoção realizadas pelos profissionais. Deste modo, as ações centradas na tríade promoção, prevenção e assistência devem fazer parte, ao considerar que as duas primeiras são de maior relevância no processo de cuidar e vão de encontro dos princípios e diretrizes do SUS (SANTOS et al., 2012).

O estudo realizado por Martins et al., (2019) mostra resultado diferente do encontrado neste estudo com os adolescentes, ao constatar diferenças marcantes a respeito do acesso às intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvida, sendo três

vezes maior a participação deles em atividades educativas nos serviços da própria ESF. Houveram maiores percentuais de indivíduos que procuraram por esses serviços para ações preventivas e que conheciam os agentes comunitários nas áreas cobertas pela ESF.

Isto, portanto, segundo os autores está relacionado a cobertura das áreas pela ESF que possibilitou os serviços de APS serem identificados e utilizados pelos adolescentes e jovens. Além disso, indica que as unidades de saúde investigadas não atende apenas as necessidades de atenção aos problemas do setor, mas funcionam como serviços capaz de responder a demandas por prevenção de doenças e promoção da saúde, o que deve ser destacado como fortemente positivo e condizente com as diretrizes e os propósitos da ESF.

Esta carência de serviço se mostrou presente na UAPS inclusive durante a pandemia da Covid-19, em que as intervenções foram necessárias para conscientizar a população sobre a importância da adesão as medidas preventivas para a manutenção da saúde e preservação da vida, conforme evidenciado pelo familiar participante deste estudo:

*(...) aqui no Ararenda [nome fictício] eu vejo o caso de muitos adolescentes carentes de atenção no setor da saúde está entendendo, aqui nessa época de Covid-19, o bairro atravessou e chegou até alguns adolescentes que foram contaminados e não tiveram resposta nenhuma não, aí o que acontece é o seguinte, a minha forma de avaliar isso aí eu acho que chega a ser uma falta, porque numa crise, numa pandemia desta como a gente atravessou, principalmente referente a adolescente que é mais cabeça dura, não quis tomar todo cuidado, tipo máscara, lavar a mão, ficar dentro de casa e evitar aglomeração, eu acho que deveria ter tido por parte da unidade de saúde do bairro um trabalho maior de conscientização desse povo principalmente. (F03)*

Esta situação expressa no depoimento acima não vai de encontro com o que a Secretária de Atenção Primária à Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde publicou por meio da Nota Técnica de nº 4/2020. Entre os elementos contidos no documento oficial, havia recomendações às coordenações de saúde de adolescentes e jovens a nível estadual e municipal e demais gestores da APS e equipes de SF atuantes no SUS, para a manutenção e/ou adequação das intervenções no atendimento as necessidades de saúde de adolescentes e jovens no cenário da pandemia da Covid-19 e mesmo após esse período.

Entre outras sugestões, considerando que população adolescente em condições sanitárias normais se depara com obstáculos para acessar os serviços de saúde por questões do imaginário social e cultural associado à sua geração, o documento pontuava a importância da

divulgação em meios acessíveis e familiares aos adolescentes e jovens quando houvessem casos de sintomas a procurar a unidade. Além disso, o levantamento de adolescentes com comorbidades que pudesse evoluir para formas mais graves da infecção, a busca de formas objetivas que apoiassem os adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidade na prevenção individual do comprometimento de sua capacidade e a priorização de estratégias de teleatendimento durante o período de pandemia para manter a continuidade do cuidado, as quais aparentemente não foram efetuadas pela unidade de saúde investigada.

Nesse contexto, parece a UAPS está direcionada a ofertar serviços a outros grupos populacionais da comunidade vistos como prioritários, conforme destacaram os participantes deste estudo:

*(...) eu acho que não é mais para os adolescentes, é mais para os idosos, mas na minha opinião é mais para os idosos. (A09)*

*(...) eu vejo mais assim, criança para o idoso e isso eu vejo, mais o adolescente em si não. Tem para criança mas para adolescente não. Eu acho que é um ponto que a gente não pensa muito, não pensa muito no adolescente, a gente pensa mais muito no idoso, hoje pensa mais na criança, mas no adolescente nem tanto assim. Porque a gente tem programa voltado para criança, para o idoso na comunidade mas para o adolescente em si não. (F08)*

*(...) tem outras pessoas que a gestão dá mais prioridade certo, idosos, gestantes e as pessoas com doenças crônicas. É porque as políticas públicas para o adolescente realmente não estão acontecendo, entendeu, no meu ver. (P01)*

Na verdade, a discussão acerca da atenção à saúde do adolescente como identificado nos excertos acima ainda é muito incipiente nos espaços de saúde que, por um lado, pode ser reflexo das políticas nacionais que durante décadas vem priorizando em suas diretrizes gerais a assistência ao grupo materno-infantil, e, por outro, do baixo interesse de investimento do setor público considerando este público como bastante saudável. Logo, observa-se a fragilidade nas ações voltadas à saúde do adolescente em comparação as da saúde da criança, do adulto e do idoso (TEIXEIRA et al., 2014).

Estudo realizado em municípios Barbalha, Crato e Juazeiro do Norte da Região do Cariri, sul do estado do Ceará, a partir de profissionais que integravam as equipes mínimas das ESF dos municípios supracitados, evidenciou que as mulheres com 70,9%, seguidas de idosos com 64,8% e crianças com 56,3% representaram os grupos populacionais mais atendidos no

interior da unidade ou em até atividades fora dela. Em contrapartida, os adolescentes com 27,2% se incluindo juntamente com os homens com 11,7%, se apresentando como grupos que menos são atendidos no referido serviço de saúde (VIEIRA et al., 2014).

Logo, considerando a situação do atendimento ao adolescente e a necessidade de maior investimento à nível de cuidado primário, a gestão do município vem elaborando uma proposta em forma de programa com ações direcionadas a este público:

*(...) atualmente, assim, a própria instituição, a própria prefeitura está criando o programa do adolescente, a gente está em fase de piloto aqui, inclusive eu faço parte da equipe e eles estão assim na fase inicial, a gente está até com um programa na fase inicial de preparar o nome, escolher o nome. Então está tendo um concurso nas escolas municipais para os adolescentes escolherem o nome do programa que ele que eles querem que tenha, assim, para partir deles. Eu acredito que a partir de agora, quando surgir esse programa, vai ter um horário mais assim definido, tenha um atendimento, mas não aquele definido como um programa como tem o da criança, gestantes, assim mais nós estamos nessa fase inicial. (P06)*

*(...) o objetivo da prefeitura agora é exatamente esse, fazer um programa que está sendo lançado pelo governo, que é exatamente a gente conseguir alcançar esse jovem, já exatamente a gente poder começar a fazer um trabalho. Exatamente, o que acontece que a gente está fazendo uma parceria da unidade com a escola e a gente aqui com esse diferencial do CUCA, que a gente pode começar a desenvolver um trabalho, fazer uma divulgação, sabe chamar palestras, aí sim a gente vai conseguir realmente alcançar um pouco realmente, maravilhoso, entendeu. Eu realmente eu acho muito válido, acho muito louvável da parte dos nossos governantes está fazendo esse projeto que realmente estava precisando há muito tempo. (P12)*

À vista do exposto, acredita-se que a ampliação do acesso por meio de um programa como este no serviço pode proporcionar a consolidação da atenção integral à saúde desse público, ao passo que também estimula a participação deles na Atenção Básica, contribuindo para melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente modificando o perfil de saúde da comunidade (VIEIRA et al., 2014). Ademais, o desenvolvimento de um programa específico como este por iniciativa da gestão do próprio município, representa uma grande empreitada na atenção à saúde da população adolescente no referido cenário antes não vista, ao passo que em uma rápida busca realizada na literatura nacional sobre o tema em questão nas bases de dados,

não se encontrou pesquisas disponíveis até o momento acerca de projetos semelhantes inclusive no país.

#### **5.4.6 Repercussão dos serviços na saúde da população adolescente**

Embora se tenha na UAPS uma fragilidade na oferta de intervenções em atenção à população adolescente, os participantes do estudo em seus depoimentos acentuaram que os serviços de algum modo têm possibilitado o reestabelecimento deste público:

*(...) porque eu já me vacinei lá, eu já tive uma consulta, meio que isso me curou de doenças de forma em geral. (A07)*

*(...) você vai promover saúde, você vai resolver o problema que poderia ter sido evitado. (P06)*

Em concordância com os excertos dos participantes apresentados acima neste estudo, alguns autores acreditam que estes resultados são de fato parte do processo de trabalho desenvolvido na Atenção Básica (MARTINS et al., 2019). Esta como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, assume funções e características específicas desenvolvidas em âmbito individual e coletivo. Deste modo, considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico e tratamento de doenças, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a autonomia do paciente (BRASIL, 2017).

Nesse molde, apresenta recursos tecnológicos de elevada complexidade e baixa densidade comprovadamente eficazes, eficientes e resolutivos para realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à população adscrita brasileira, além de fazer o levantamento de diagnósticos e intervenções precoces de vários agravos presentes na comunidade, reduzindo as incidências de patologias com suas complicações e reabilitação do estado de saúde do paciente (CASTRO et al., 2020).

Isto, é parte também como apresenta os participantes das orientações realizadas pelos profissionais no momento da consulta que favorecem o autocuidado do adolescente para a manutenção e promoção da saúde e prevenção de agravos

*Porque assim, se você vai com um médico, ele disse que você tem que fazer isso e isso, é as regrinhas, então faz, eu acho que por isso que ela não precisa mais, o cuidado, não se você não quer ir para médico, não*

*quer ir para o hospital, não quer se cuidar, faça em casa, se cuide e ela já está com um bom tempo que não precisa graças a Deus, agora faz assim é exame de rotina. (F02)*

*(...) por conta dessas informações mesmo, principalmente sobre esta questão das informações ou de informações que ele tem dos profissionais, das próprias enfermeiras que eles têm, parte de uma forma boa, por conta disso das informações, porque ele não vão está fazendo um sexo desprotegido ou menos vezes, é está acontecendo, pronto, ultimamente, está acontecendo nessa sala aqui que eu estou percebendo que eu estou fazendo menos bezetacil, estou fazendo menos em adolescente, ultimamente, ultimamente deu um queda nessa relação de adolescente. Claro, que eu não tenho, não estou fazendo, não tenho uma base para poder dizer exatamente, mas eu percebo que ultimamente está tendo, está mais linha mais adulta mesmo do que em adolescente em si. (P03)*

*Alguns pacientes a gente ver algumas melhoras, alguns com mais dificuldade mais outros a gente acaba evoluindo e vendo que há sim uma melhora a partir do momento que paciente não deixa de tomar o medicamento porque ele atende ou saiu daquela condição ou então tinha diminuído a dose, então a gente então acho que nesse ponto sim. (...) porque eu entendo que tudo que uma coisa esteja ligada a outra, se realmente está caminhando com a situação de melhora é porque está tendo um atendimento adequado. (P08)*

*(...) eu já tenho um atendido adolescente com diabetes e a gente consegue sabe, eu tenho um paciente com 11 anos já 10, tipo 1, a gente começou a acompanhar quando ele estava na UTI [Unidade de Terapia Intensiva] do Barreto [nome fictício] e hoje esse menino é muito disciplinado totalmente compensado. Então, assim ele é aquele menino que anota na agenda quantas vezes ele tem que verificar glicemia capilar, bota o celular para despertar, anota os resultados das aferições, então, a gente consegue, é colocar a ideia para o paciente da importância do autocuidado, dele assumir aquela responsabilidade, autonomia todo dia e conhecimento da sua condição clínica. (P09)*

*Eu acho que sim, porque a gente faz o trabalho preventivo de aconselhar e de conscientização do adolescente, a gente faz as palestras. Então, eu acho que isso tem impacto, porque eles vão aprendendo, valorizando sua saúde, é tem mais cuidado através do aconselhamento de nutrição, de hábitos em tudo isso influência na formação do paciente adolescente. A gente avalia isso a partir de índice de carie que a gente faz o levantamento, como eu falei aqui como no caso a odontologia, a gente vai acompanhando se está aumentando o número de caries, os problemas bucais se está diminuindo, então a gente nota que com o tempo que a gente já faz isso de 2006 está reduzindo, tem menos problemas os adolescentes, vão tendo*

*consciência, então vão tendo mais um maior cuidado com a sua saúde.*  
(P10)

Ao que se apresenta acima com relação ao cuidado dos adolescentes consigo, a literatura científica apresenta que o autocuidado tem sido entendido como a capacidade que uma pessoa tem de distinguir fatores que devem ser controlados ou administrados para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Este permite que os indivíduos desempenhem de forma autônoma as atividades que visam à prevenção de agravos, a promoção da saúde, o cuidado com a doença; envolvendo os aspectos físicos, mentais, sociais e espirituais e proporcionando a qualidade de vida (MOURÃO et al., 2010).

E, o profissional de saúde como identificado neste estudo ocupa importante espaço na promoção do autocuidado do paciente ao ampliar suas práticas assistenciais e educativas ao usuário, família e comunidade, pontos de apoio fundamentais a estes que vivenciam um processo de adoecimento. Ao identificar as potencialidades e dificuldades que carecem serem trabalhadas nesses indivíduos, baseada no encontro da necessidade que se estabelece no cuidado considerando as singularidades, esses realizam orientações sobre questões de saúde que podem impulsionar a construção de possibilidades para os indivíduos (TOSSIN et al., 2016).

Todavia, os participantes deste estudo acrescentaram nas entrevistas que os problemas que afetam à saúde da referida população, tanto são parte de comportamentos deletérios dos adolescentes como da deficiência de intervenções da unidade:

*(...) totalmente a unidade não, porque também eu procuro, porque se a gente quer uma saúde, é saudável, a gente tem que fazer tudo saudável, então se eu me empurro em coisas que não são saudáveis vai me ocorrer algumas coisas, problemas cardíacos, é problema de respiração e assim vai. Acredito que também não é tanto posto, porque ele está ali para ajudar na saúde assim, para gente cuidar, a gente também não procura, tem isso tem esse descontrole do corpo. Não, ele não é totalmente, mas de certa forma ele é. Porque eu acredito assim que os médicos estão ali para lhe consultar e se eles não estão tendo atendimento, se eu vou, vamos supor, tenho um problema de cardíaco, eu vou lá para me consultar, só que eles não estão e isso pode me piorar porque eu sempre vou adiando, vai adiando, nunca tem consulta e eu posso ter ali um problema assim e entupir uma veia alguma coisa e porque eu fui no médico só que eles não tiveram atendimento e atrapalha nisso. Eu acredito assim que ele não tem culpa de eu ter, de eu não está bem não, então não é não também totalmente, é por consequência minha que tipo às vezes não procuro é sou sedentária, não procuro correr, não procuro fazer uma coisa para minha saúde,*

*ficar bem minha saúde. Então, eu acredito que isso também é consequência minha entendeu. (A01)*

*Uma é uma parte sim e uma parte não, porque depende muito da pessoa. Ela, ela está assim bem, porque ela está trabalhando psicológico dela. Olha eu quero está assim, eu não quero está afim direto do posto, eu não quero está tomando medicamento direto (...). (F02)*

*(...) não, só com o posto não, o mundo está um caos, botar uma coisa, uma culpa dessa no posto, no profissional da primária, pelo amor de Deus. Olha como é que está aí o mundo, o adolescente com o celular na mão o tempo todo. (P02)*

*(...) com o mundo, com a família, com tudo, não só a unidade não, é com tudo. A unidade um pontinho, ela teria um papel de estar consciente disso e tentar intervir de alguma forma na área de abrangência dela, porque a perturbação, essa insegurança não é só da área da saúde, é na vida deles com um todo, mas que a saúde tem um papel importante claro que tem. (P06)*

*(...) muitos casos são da estrutura familiar, a estrutura familiar eu percebi que sabe que interfere muito, porque sempre quando eles chegam eles chegam com um problema, aí nesse problema tem o culpado a ou b ou c com a família ou com alguma coisa. (P07)*

*(...) o planejamento familiar, a gente pode empatar uma gestação não desejada, como eu falei, em uma gestação indesejável, no uso precipitado de droga, um nessas em relação a isso, a gente aborda também a questão da marginalidade, mesmo do roubo, de tudo. (P13)*

Os problemas que lesionam de algum modo a saúde da população adolescente como revelado nos fragmentos acima deste estudo, são de fato parte de vários fatores intrínsecos e extrínsecos ao universo ao qual estão inseridos. Por um lado, observa-se a existência de comportamentos de risco que podem ser definidos como aqueles potencialmente capazes de ameaçar a saúde física ou mental no presente como no futuro (ZAPPE; ALVES; DELL'AGLIO, 2018). Entre tais, percebe-se indumentárias que contribuem para as lesões acidentais e casos de violência, uso de tabaco, álcool e outras drogas que geram agravos em saúde e na vida, atividades sexuais desprotegidas que contribuem para gravidez indesejada e contaminação as infecções sexualmente transmissíveis, hábitos alimentares pouco saudáveis e inatividade física (ZAPPE; ALVES; DELL'AGLIO, 2018; DOURADO et al., 2020).

Por outro, consta-se a insuficiência de atividades assistências essenciais desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da APS, que podem também ser impulsionadoras para a ocorrência de problemas entre a população adolescente. Isto, porque os pacientes

desconhecem algumas questões sobre cuidados em saúde que, por sua vez, podem ser obtidas na unidade de saúde ao atender às necessidades mais comuns. No entanto, em determinados casos em que há a ausência de intervenção, o paciente não se beneficia dos serviços implicando paulatinamente em atitudes imprecisas que, de certa forma, podem comprometer à saúde em razão de comportamentos deletérios. Nesse sentido, para melhorar ou manter a qualidade da saúde e de vida, os pacientes mesmo que não conheçam o assunto cientificamente, precisam ter acesso aos conhecimentos básicos de saúde (LUNA; KUTIASKI, 2018).

Caso contrário, os adolescentes podem estar vulneráveis aos problemas de saúde considerados como preveníveis por meio do acesso as orientações e informações, conforme apresenta os profissionais de saúde:

*(...) isso é ruim para a gente, porque, porque o que está acontecendo as consequências, quais são as consequências que está, uma consequência que para numa gravidez, numa doença que as vezes eles mesmos tem dúvida, eles ficam com aquilo guardado. (P01)*

*(...) a falta de informação, a desinformação leva erro, é início de vida sexual precoce, IST [Infecções Sexualmente Transmissíveis], gravidez, drogas e aí vai, o contexto geral que a gente já está cansado já de escutar a respeito dessa fase adolescente. (P12)*

*(...) isso aí vai reverbera um futuro, a questão da promoção, da prevenção, mais doenças, o uso de ilícito, a dependência química, a questão também da depressão e aí é um efeito dominó. (P15)*

De fato, o acesso à informação e a realização de orientações sobre saúde, suas fontes e utilização ao paciente como revelado neste estudo, são de extrema importância para a saúde em geral, qualidade de vida e exercício da cidadania. No Brasil, há a Política Nacional de Promoção da Saúde que norteia diversas estratégias, propostas e programas voltados a ações promotoras de saúde. Esta tem como objetivo possibilitar que o indivíduo seja capaz de gerenciar o cuidado de sua saúde, com o apoio dos serviços e profissionais de saúde e com suas vontades e possibilidades dentro do contexto no qual está inserido (BRASIL, 2010).

Frente ao exposto, a Atenção Básica como porta preferencial de atendimento a nível primário que reconhece a promoção da saúde como um princípio para o cuidado em saúde, parece que ainda precisa efetuar a oferta de informação num sentido amplo, possibilitando ao adolescente dispor de conhecimentos necessários que lhe permitam tomar decisões conscientes

e assertivas quanto a sua conduta, em lugar de ser submetido a valores e normas que o impedem de exercer seu direito de escolha na administração de sua própria vida (BRASIL, 2017).

Nesse enquadramento, o profissional precisa também repensar as práticas de saúde desempenhadas neste âmbito da APS, ao passo que segundo os participantes do estudo a forma como o atendimento acontece repercute notadamente no retorno do adolescente a unidade:

*(...) até mesmo para que ele tenha confiança de procurar a unidade de saúde, porque senão ele não vai vim, aí é que ele não vem mesmo. (P01)*

*Se você não tiver aquela relação, claro o ele não voltar, você saber acolher o adolescente, saber conversar, mesmo que ele venha meio assim assustado, você sabendo acolher, sabendo conversar, a próxima vez que ele vier, ele já vem mais tranquilo, já vem com mais à vontade, já fica mais à vontade de lhe ouvir, de lhe dar mais atenção. Porque se ele chegar num ambiente que que ele está com muito medo e que você não transmite a segurança para ele, ele não vem mais voltar, então, eu acho que impacta sim. (P05)*

*Eu julgo isso também pelo retorno dele, porque uma vez que o paciente ele é bem acolhido na unidade ele volta, então é essa resposta que eu vejo positiva, aquele paciente, independente, da idade de que não é bem recebido na unidade, que não tem a demanda resolvida, ele não volta certo. (P11)*

*(...) eu acho que é isso aí a onde a gente consegue provar, é produzir o vínculo de confiança e muitas vezes com o adolescente, a grande maioria das vezes ele quer ser escutado, ele tem suas queixas pessoais, particulares individuais, porque não quer compartilhar com a família, mas ele sim que resolver o problema, sim ele quer ele quer informação, sim ele quer progredir, ele quer avançar, ele quer conhecer, ele quer dominar o assunto. Então realmente é o trabalho, ele é muito interessante, é muito interessante de trabalhar com jovens adolescentes. (P12)*

*(...) eu acho que esse primeiro contato, essa primeira questão aí do acolhimento do paciente adolescente, quando a busca é o serviço de saúde essencial, traz buscas futuras para esse cuidado longitudinal e integral do paciente adolescente no momento que tem uma questão, falta de empatia com esse público que o profissional não sabe acolher as dúvidas, as transformações, transições, a gente coloca uma barreira nisso aí dificulta novos acessos. (P15)*

Sabe-se que a forma como o profissional aborda o paciente no momento do atendimento conforme apresentado nos depoimentos acima, envolvendo entre outros elementos

a empatia, atenção, diálogo e respeito como prática de uma atenção humanizada e integral, torna-se decisivo para a construção de relação, estabelecimento de confiança, cuidado contínuo e retorno ao serviço em busca de novos atendimentos. Em casos em que isto não ocorre, o acolhimento e o vínculo do profissional e unidade de saúde com o usuário ficam de fato prejudicados, apresentando-se de modo bastante superficiais, frágeis, imprecisos (GOMIDE et al., 2018).

#### **5.4.7 Estado geral e problemas de saúde dos adolescentes da comunidade**

De forma geral, alguns participantes do estudo classificaram o estado de saúde dos adolescentes como satisfatório devido à ausência de sinais e sintomas de doença e agravos em saúde:

*Eu acho que está normal, está normal, eu não tenho problema dessas coisas, de saúde, problema do coração, de diabetes, tenho nada não. (A06)*

*Minha saúde está bem, está bem. Ela está bem, porque eu já fui vacinado, eu já tomei os remédios, eu não tive doença e nem tantas doenças nos últimos dias assim. (A07)*

*Está bem graças a Deus, está bem, porque eu não sinto nada, eu não estou sentindo nada, não estou precisando de nada, está bem, na minha opinião está bem. (A09)*

*Saúde está bem, está melhor do que eu dez vezes, melhor do que eu dez vezes, não sente nada, não sente nada, nem uma dor na unha, ela nunca adoeceu, ela está ótima. (F07)*

Bem como outros participantes apesar dos adolescentes apresentarem algum problema de saúde considerados de menor risco à saúde:

*Assim, a saúde está boa, mas não está tanto mais está bom, graças a Deus. Porque assim, eu acredito que todos nós temos um problema de saúde, então a gente precisa sempre estar ali se consultando. Eu também só não como estou sem por cento, eu tenho eu tenho é coisas alguns problemas para mim examinar e saber se eu estou bem mesmo ou não mas assim de saúde assim vendo, graças a Deus eu estou bem. (A01)*

*Minha saúde está maravilhosa, porque já que eu não fico doente, as vezes eu tenho uma gripe mas passa é um, dois dias, então é boa,*

*porque para quem cansava que tinha que ir para o hospital e ser internada e agora não sou mais, então é maravilhosa. (A03)*

*Graças a Deus é até agora graças a Deus ela está bem, não só mesmo esse problema desses dentes dela, mas de saúde graças a Deus deu nada não, ela não está sentindo nada não. (F01)*

*Está bom de saúde dele, ele não teve mais nenhuma doença mais assim, só mesmo uma virose aqui e ali mesmo, por causa do tempo, mas está bem. (F06)*

*Tem adolescente que vem até com um estado de saúde boa, mas tem adolescentes que chegam com uma necessidade muito grande de cuidados, de cuidados mesmo, questão de limpeza, questão de boca, os dentes estragados e tem adolescente que chegam bem cuidados. (P05)*

A auto avaliação do estado de saúde evidenciada nos depoimentos anteriores dos participantes ainda é considerada como um conceito impreciso, sendo representado na literatura científica por uma gama de medidas que podem ser agrupadas em duas grandes categorias: o estado de saúde percebido de modo individual pelo paciente e o avaliado pelo profissional de saúde no momento do atendimento. No entanto, tem se mostrado associada à avaliação clínica quanto à presença ou ausência de uma condição especialmente aquela considerada crônica, sendo encontradas taxas de concordância de até 80% em alguns estudos (CLARO et al., 2006).

Esta auto percepção positiva representou ainda para o adolescente que não há uma necessidade de cuidado ou intervenção em saúde por meio do atendimento com profissional na UAPS:

*Atualmente a saúde está bem, eu estou saudável, porque eu estou saudável, não estou precisando ir ao médico e nem no posto. Não preciso ir a um médico, nem um posto, nem nada mais não, porque por enquanto ainda está tudo em ordem, está tudo bem, não está precisando de nada. (A02)*

Na verdade, a busca pelos serviços de saúde como pensa o adolescente não se deve restringir apenas quando da presença de um problema ou agravo já instalado, uma vez que se pode definir a APS como um inextricável conjunto de propostas assistenciais divididas de forma equitativa a toda população brasileira. Entre os serviços de saúde que devem ser ofertados conforme a política para resolver uma diversidade de problemas comuns, destaca-se as

consultas regulares, os exames complementares, as atividades educativas, as ações de cunho preventivo, entre outras intervenções em saúde (SILVA; VIEIRA, 2014).

Ao contrário do que alguns adolescentes apresentaram acima, outros participantes deste estudo trouxeram à tona a presença de problemas de psicológico na referida população que se tem agravado de forma substancial após a pandemia da Covid-19:

*Minha saúde está bem, só o meu psicológico que está abalado, mas estou bem, mas para mim é normal. (A04)*

*Meio mais perturbado o adolescente, é um adolescente, é uma geração meio que muito informada, mas não preparada para agir com as informações que eles têm, então são meio aborrecidos mesmo em alguns aspectos. Vejo porque as informações estão bem fáceis, mas como ele lidam com essa informação é que é o diferencial, é o que eu vejo muitos pacientes que tem muitos casos de suicídio assim, coisas no adolescente que a gente cite. A enfermeira quando a gente começou nesse programa, ela deu testemunho que ela tinha um grupo que os adolescentes estão adoecidos mentalmente, eles tão sozinhos, solitários num mundo bem conectado. (P06)*

*(...) hoje em dia nos estamos com muitos adolescentes com problemas psicológicos, muito e muito até é considerado hoje em dia uma das primeiras doenças. (P07)*

*Hoje, é de modo geral, eu vejo os adolescentes é socialmente, abalados, talvez, a mente está muito confusa. A gente tem número de pacientes novos jovens fazendo uso de antidepressivos. Então depois, a pandemia só aumentou isso daí. (P09)*

*(...) depois da pandemia, a gente tem recebido muito adolescente com ansiedade, alguns poucos casos estão com alguns sinais de depressão, de pânico também, mas a maioria da adolescente que vem aqui é com crise de ansiedade, tudo gerado por outros motivos, mas que a pandemia ela veio trazer uma complicação. (P11)*

*(...) o que chega muito mais a questão emocional desses adolescentes com depressão, com muita ansiedade, tem muita agora na época da pandemia, veio muito adolescente com o ataque de pânico contar que ataque cardíaca dizendo que tem ansiedade. (P14)*

*(...) existe ainda uma questão de uma aflição e um angustia relacionada à questão do isolamento da pandemia que eu tenho visto bastante. Os poucos que eu atendi é uma repercussão como se fosse um transtorno de ansiedade gerado, eles sentem muita falta do contato na escola, eu acho que essa questão das aulas online muitos relataram para mim sobre o que eu atendi dessa barreira que não estão gostando de ficar dentro de casa e gostava do convívio social, acho que essa questão é*

*importante, do desenvolvimento, dos movimentos comunicação, de tudo, eu acho que isso aí foi uma barreira que a gente vai ter que saber controlar isso depois como os frutos aí da pandemia. (P15)*

É bem verdade que os problemas de ordem mental como identificado nos depoimentos são temas frequentes na literatura sobre a saúde dos adolescentes. Em geral, documentou-se em estudo uma prevalência de 30% de transtornos mentais comuns presentes entre adolescentes brasileiros (LOPES et al., 2016). Os mais comuns são caracterizados por sintomas ligados à depressão, ansiedade, queixas inespecíficas e somatização. A relação com a família pode desencadear processos de crise, especialmente quando a dinâmica familiar é marcada por casos de violência (ROSSI et al., 2019).

Com a chegada da pandemia causada pela Covid-19 e aplicação de medidas preventivas para a mitigação da infecção, o fechamento das instituições de ensino se tornou necessário como iniciativa para a contenção de casos, retirando cerca de 1,5 bilhão de crianças e adolescentes das escolas (MARQUES et al., 2020). Nesse contexto, exames e provas foram adiados e houve suspensão da conclusão de ciclos ou períodos escolares, o que causou uma interrupção nas rotinas e o confinamento em casa. Isto, portanto, gerando nos adolescentes medos, incertezas, ansiedades e distanciamento social dos pares ou amigos, os quais afetaram o bem-estar e a qualidade de vida e aumentaram a vulnerabilidade em saúde (IMRAN; ZESAHN; PERVAIZ, 2020), além da busca por atendimento nos serviços de saúde.

Soma-se com estes problemas acima os casos de gravidez não planejada e contaminação às Infecções Sexualmente Transmissíveis presentes entre os adolescentes, conforme apresentado abaixo pelos participantes deste estudo:

*É por isso que nós temos na nossa área muitas adolescentes com questão de gestantes, adolescentes com doenças sexualmente transmitidos, outros questionamentos (...) (P01)*

*(...) a gente chega aqui tem muita adolescente grávida, muita novinha e às vezes eu já cheguei a atender porque eu atendi o compartilhado com psicóloga a adolescente que já estava, já tinha saído da fase da fase mais na adolescência, ela teve três filhos e ela não tinha a menor noção de educação sexual, ela achava que ela engravidava quando queria, um rapaz disse para ela que não fazia filha, ela acreditou e ele fez um filho, a menina totalmente inocente do mundo sem nenhuma noção de educação sexual (...). (P14)*

Em geral, a vivência da sexualidade nesse período se apresenta mais evidente e se manifesta através de atividades sexuais desprotegidas devido à falta de informação, de comunicação entre familiares e da existência de mitos e tabus ou até mesmo pelo fato do receio em assumir a própria sexualidade (CARLETO et al., 2010). Dessa forma, a procura e a curiosidade por novas experiências e a deficiência de orientações sobre as mudanças pelas quais estão passando, tornando os adolescentes vulneráveis a situações de risco, dentre as quais, observa a gravidez na adolescência possivelmente não planejada ou indesejada e a contaminação as IST (DOURADO et al., 2020).

No entanto, considerando que depois dos adolescentes somado aos seus familiares, são os profissionais de saúde da APS que complementam o cuidado em saúde, destaca-se que estes têm uma imensa corresponsabilidade na promoção da saúde de seus pacientes. Nos espaços sociais e de saúde da comunidade, estes devem oportunizar por meio de ações educativas a construção do conhecimento de forma a possibilitar a tomada de decisões conscientes e livre de risco. Deste modo, fica a cargo do profissional a realização de ações em saúde por meio de discussões e orientação relacionadas ao tema e da unidade a oferta de espaço como uma parte de seu compromisso com o acesso da população.

#### ***5.4.8 (In)satisfação com a unidade de saúde para atendimento ao adolescente***

À vista da atenção primária ofertada ao adolescente, em seu depoimento o participante familiar apresenta entusiasmo pelo privilégio da existência de uma UAPS na comunidade:

*O posto ele é um órgão muito necessário, é uma necessidade que a comunidade tem e a gente tem esse privilégio de ter um posto próximo à nossa casa (...)* (F08)

É bem verdade que a APS como evidenciado no excerto acima é um espaço privilegiado para acesso da população aos serviços de saúde, como parte do resultado da grande aposta realizada pelo SUS que desponta a um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico. Esta garante acesso à saúde por ser o primeiro contato com porta de entrada para as questões de saúde, cuidado linear com aporte regular de modo consistente ao tempo, assistência integral na prestação de

serviços que atendam às necessidades da população e continuidade do cuidado para garantir a atenção de modo integrado e organizado (STARFIELD, 2002).

Outro participante familiar demonstrou contentamento pela qualidade dos serviços da UAPS que são prestados pelos profissionais ao adolescente da comunidade:

*(...) então, assim, eu não tenho muito o que falar deles não, porque eles, pelo profissionalismo deles, eles são as pessoas que são umas pessoas legais, pessoas que a gente cria afeto com eles. (F02)*

Compreende-se que a satisfação do participante como no caso do familiar do adolescente, representa um potente indicador do resultado do trabalho desenvolvido pelo profissional no momento do atendimento ao paciente no âmbito da Atenção Básica (GOMIDE et al., 2018). Outro estudo desenvolvido a partir de dados qualitativos e quantitativos com participantes adolescentes, demonstra que estes foram também muito bem atendidos nos serviços de saúde. Logo, parece que a atenção dada pelos profissionais aos adolescentes durante as consultas parece modular uma avaliação positiva da unidade de saúde (GRAÇA, 2016).

Por sua vez, os adolescentes do estudo demonstraram satisfação com os componentes da unidade de saúde:

*O posto é bom, porque como eu falei lá é bem estruturado e lá atende bem e é isso. (A06)*

*Os serviços do posto eu acho muito bom, porque tem um ótimo atendimento, uns ótimos profissionais, disponibilização de remédios e uma boa estrutura também, eu acho os profissionais muito bem e muito profissionais. (A07)*

*Os serviços são ótimos não tenho nada a falar sobre isso, porque atende super bem, não faz igual aos outros lugares que nem atendimento tem. (A02)*

A avaliação em geral recebida de forma positiva dos adolescentes em relação à unidade de saúde, revela que de fato esta atendeu às necessidades de saúde e apresentou condições fundamentais para o cuidado em saúde. No entanto, estudos apresentam que apesar da ESF demonstrar a oferta de serviços em geral à população inclusive adolescente, constata-se ainda que as unidades básicas ainda são inadequadas quanto estrutura física e organizacional, recursos humanos, materiais, insumos, equipamentos, entre outros (CESAR et al., 2014). Deste

modo, para alguns autores a expressão de satisfação não necessariamente reflete uma avaliação positiva. Os pacientes sentem-se satisfeitos independentemente da boa qualidade do cuidado recebido e a insatisfação é manifesta apenas em eventos extremamente negativos (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018).

Nesse sentido, os familiares ao contrário dos adolescentes como identificado abaixo apresentaram insatisfação com a referida unidade de saúde:

*(...) porque esse posto aí do Ararenda [nome fictício] é péssimo mesmo, é péssimo mesmo (...). Porque esse posto do Ararenda é péssimo os atendimentos, péssimo, eu nunca vou lá para poder conseguir uma ficha para poder consultar. (F01)*

*(...) os outros cantos atende tão bem, atende o adolescente bem, atende o idoso, mas nesse posto aí é péssimo, o atendimento aí eu não gosto não, eu vou aí porque enfim. Essa outra daí ela vai sozinha, aí quando ela chega aqui, ela fica reclamando que não fui atendida, me atenderam desse jeito, um dia você será atendida direito. Ela sempre chega reclamando porque quando ela vai, ela não vai comigo, aí eu quando eu vou com ele, eu fico prestando lá atenção, aí quando ela chega, aí ela chega pega esse papel, eu não vou mais lá, me atenderam assim e assim, é porque ela não quer dizer o que que passa lá, ela é tímida, ela não quer dizer, mas eu gosto de dizer o que eu sinto, eu gosto de dizer, eu não gosto de atendimento desse posto aí, para melhor dizer eu não gosto do atendimento deste posto aí. (F04)*

*Porque quando a gente procura uma consulta não tem, não tem médico na nossa área e isso é péssimo, porque quando a gente procura mesmo, não tem, aí fica difícil. É ruim você procurar um atendimento, além de não ter os profissionais ainda destratar gente, fica ruim. (F06)*

Esta discrepância de considerações entre familiares e adolescentes pode sugerir níveis diferentes de expectativas entre os participantes e suposta carência de conhecimento sobre os aspectos técnicos dos serviços, o que leva alguns avaliarem de forma negativa e outros de forma positiva (REIS et al., 2013). Além do mais, são os familiares que estão mais presentes na unidade de saúde e envolvidos na busca por algum atendimento, portanto, por experiência própria reconhecem em realidade as limitações e lacunas presentes no serviço primário ao adolescente.

O trabalho que os profissionais de saúde vêm desenvolvendo na UAPS também se apresentou como outro elemento insatisfatório, pois ainda há uma fragilidade na oferta de atendimento e necessidade de melhoria nos processos:

*Eu avalio um péssimo trabalho e por mim poderia melhorar, muito, muito mesmo. Eu acho que eles não, não estão fazendo muito bem trabalho deles, porque era para ter um atendimento melhor você ir lá e ter consulta. (A01)*

Este resultado é um importante elemento na avaliação dos serviços em saúde, considerando que para esta análise é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado para daí repensar as práticas profissionais e a forma da organização dos serviços de saúde (MISHIMA et al., 2010) e viabilizar o aperfeiçoamento das ações de cuidado em saúde no nível da Atenção Básica. Portanto, é um componente essencial para consolidação do modelo, ao investir na responsabilidade de reorganizar práticas promocionais, preventivas, assistenciais e gerenciais dirigidas às populações de territórios delimitados (ANDRADE et al., 2013).

Para o participante do grupo familiar esta atenção ainda de certa forma omissa do profissional desperta uma grande sensação de abandono:

*(...) é porque a gente nunca viu isso não, aqui não tem isso não, isso é ruim, isso é péssimo. A gente se sente meio abandonado, na área da saúde a gente se sente meio que abandonado. (F06)*

Pode-se evidenciar claramente a insatisfação deste participante com o cuidado que tem sido prestado ao adolescente e ao familiar da área adscrita, ao ponto que este pareceu não ser produzido como esperado pelos profissionais de compõem a equipe de saúde. Deste modo, compreende-se que a APS precisa responder a pluralidade das necessidades existentes, desde as demandas com intervenções na unidade de saúde até a atuação nos espaços onde as pessoas vivem seu cotidiano, de modo a proporcionar o cuidado em saúde, a construção de vínculo e a promoção da saúde de pacientes e famílias da comunidade (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Outra insatisfação demonstrada por participante do grupo adolescente é referente a demora na espera por um atendimento na unidade de saúde:

*Tem sido péssimo, uma vez que cheguei lá para ser atendida, cheguei lá era uma hora da tarde e saí seis horas da noite, povo demora no atendimento, às vezes o doutor demora todo essa demora, às vezes nem consulta e quando uma vez eu passei mal lá não prestaram socorro, foi tanto que eu tive que voltar para casa passando mal, horrível. Que não deveria nem existir esse posto, nem presta assistência nenhuma. (A03)*

O tempo de espera como retratada acima neste estudo tem sido avaliada também em outras pesquisas no país e os resultados são em geral negativos, identificando queixas sobre esta dimensão. Em geral, as queixas dos participantes se referem ao tempo de espera demorado, a necessidade de receber atendimento mais rápido e as dificuldades para a marcação das consultas (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Em uma pesquisa observou-se que o tempo de espera para consulta dentro dos serviços esteve em torno de 30 minutos, logo, dentro do período recomendado por estudiosos da qualidade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Assim sendo, na unidade básica o tempo médio razoável da duração de uma consulta deve ser em torno de 20 minutos para um atendimento. Entende-se que o momento da consulta é central no processo diagnóstico e terapêutico, sendo necessário o entendimento da subjetividade do paciente e a influência das queixas clínicas dos aspectos sociais, culturais e religiosos. Logo, o tempo no modelo centrado no paciente deve permitir a abordagem de questões do médico relacionada aos sintomas e à doença e do paciente que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer e a integração entre de ambas (BALLESTER et al., 2010).

Embora exista (in)satisfação por parte de adolescentes, familiares e profissionais frente aos serviço da unidade de saúde, estes últimos demonstraram em seus depoimentos conformação com as situações complexas e indesejáveis vivenciadas:

*Tem que se conformar, tem que ficar calada, porque ninguém pode dizer nada, tem que ficar calado, eu fico calada, muitas vezes eu fico calada, mas só Deus sabe porque, vai no posto porque precisa, tem que estar precisando, quando chegar direitinho, mas você tem que ficar calada. (F04)*

*(...) eu acho que porque é o que nós temos, não tem como você exigir a mais do que isso. (P05)*

Estudo desenvolvido por Gomide et al., (2018), identificou também que apesar das diversas debilidades presentes nas UAPS investigadas, os participantes apresentaram com frequência uma satisfação com os atendimentos ofertados e um certo conformismo quanto aos serviços prestados. Nesse contexto, percebe-se que entre os adolescentes e os familiares, em especial, há uma necessidade de apreensão sobre os seus direitos e o envolvimento no controle social da comunidade para que possam participar dos processos de gestão pública em busca de

melhorias, a partir do que é garantido a sociedade de meio e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços de saúde (COTTA et al., 2011).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que os objetivos tanto geral como específicos traçados inicialmente neste estudo foram alcançados em meio as informações obtidas no referido cenário, tendo em vista a avaliação da atenção primária ofertada à saúde do adolescente posteriormente apresentada nos resultados em meio a discussão realizada com literatura, a partir das condições existentes da unidade de saúde, dos processos de trabalho desenvolvido pelos profissionais das equipes e das repercussões no estado saúde da população adolescente.

As informações obtidas colocadas em evidência por meio dos depoimentos dos participantes, são parte inicialmente das relações estabelecidas entre os adolescentes e familiares com os profissionais de saúde e a UAPS investigada e, posteriormente da participação deles na presente pesquisa por meio das entrevistas efetuadas. Assim sendo, houveram grupos que oscilaram entre a aprovação e a desaprovação dos serviços e, ainda, grupos que não possuíam uma opinião mais precisa da unidade, o que não anula os resultados encontrados neste estudo, mas apresenta as distintas concepções existentes entre os participantes quanto aos serviços ofertados pela unidade como reflexo do processo de uma avaliação em saúde.

Os participantes do estudo em questão foram adolescentes, familiares e profissionais de saúde que estavam implicados com o serviço primário, sendo identificado distintas características de perfil que incluiu ambos os sexos, faixa etária de pessoas jovens e mais velhas, diferentes situações de estado civil e auto declaração de raças pertencentes a realidade do país. Além disso, uma variação de renda entre menos e mais de cinco salários mínimos, ocupação com atividades domésticas, estudantis e profissionais, adeptos as várias religiões existentes, escolaridade que envolvia pessoas analfabeta e com ensino superior incluindo experiência laboral.

Verificou-se por meio dos depoimentos que o acesso da população adolescente à UAPS ainda é deficiente e escasso. Por um lado, há desinteresse do próprio grupo em buscar o serviço devido a concepção da ausência de uma doença ou um agravo em saúde ou de aspectos da fase da adolescência que negligência a atenção à saúde e, por outro, da ausência de serviços de saúde quando da procura que implica em recorrer aos planos de saúde e a outras unidades de saúde. Nesse contexto, a procura acontece apenas quando da presença de um problema instalado ou da necessidade de procedimento e insumos, sendo este impulsionado recentemente com a pandemia causada pelo coronavírus. Isto, portanto, representa uma fragilidade de

intervenções que favoreçam a participação do público na referida e um descompasso ao que propõe as políticas de saúde do país.

Quanto aos aspectos estruturais e materiais, percebeu-se que o espaço da unidade em comparação a anterior se apresenta satisfatório com a presença de equipamentos, ainda que não disponibilize salas para todos os profissionais e seja pequeno para a quantidade da população que a procura. A organização da unidade busca direcionar os processos assistenciais e os profissionais de saúde para a oferta de atendimento que, no entanto, ainda não é adequada da visão dos participantes por demonstrar falhas quando na procura do serviço e o modo como se disponibiliza os preservativos. Por sua vez, os materiais, insumos e medicamentos são insuficientes, a oferta de EPI para os profissionais precária e os materiais educativos ausentes, situação esta que em sua maioria não vai de encontro com o que regulamenta os manuais normativos do Ministério da Saúde para o funcionamento de uma APS.

Identificou-se ainda que os participantes reconhecem os profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde, embora haja a deficiência de médicos e enfermeiros para a oferta de atendimento, mas que se destaca este último no cuidado a população adolescente. A atenção dispensada pareceu apresentar uma certa variação quando da presença do familiar na UAPS, ao contrário do que ocorre com os adolescentes onde é permeada por diálogo e escuta que elevam a qualidade do atendimento, somado as questões de cunho ética do profissional em respeito ao paciente. Além disso, os profissionais têm buscado no momento do atendimento, garantir a integralidade do cuidado, utilizar protocolos clínicos e dispensar informações em gerais. Logo, evidências como estas em parte sendo reflexo do que de fato é esperado na APS brasileira, como parte dos objetivos traçados e alcançados em meio aos projetos que vem sendo realizado dentro de um sistema que dá certo.

No entanto, em outros casos conforme os participantes deste estudo a realidade da atenção à saúde oferta ao adolescente como também ao seu familiar no serviço é bastante diferente. Deste modo, identificou-se a carência de cuidado à saúde por parte dos profissionais, ausência na realização do exame físico, encaminhamentos desnecessários e inexistência de vistas domiciliares que, por sua vez, apenas é realizada pelos agentes de saúde que apresentam maior vínculo em comparação aos outros profissionais. Isto, possivelmente, estando relacionado com a rotatividade e a sobrecarga de trabalho na UAPS, embora estes venham realizando as atividades dentro de suas possibilidades e de forma colaborativa entre os colegas que compõem a equipe e tenham de certa forma uma qualificação para atenção ao adolescente.

Notou-se também em meio aos depoimentos que a unidade de saúde não oferece serviços específicos e sistematizados para os adolescentes, apenas por meio de demanda

espontânea e programa conforme sua rotina geral, sendo este mais voltado ao modelo assistencial com identificação do problema e busca pela sua resolução de modo pontual. Além disso, entre os serviços disponíveis há oferta de atendimento através de programas específicos, administração de imunizantes, solicitação de exames complementares, encaminhamento para serviços especializados, disponibilização de métodos contraceptivos e realização de atividades promotoras em diferentes espaços da comunidade, os quais de fato fazem parte do SUS para garantir o acesso a saúde da população brasileira incluindo os adolescentes.

De algum modo, a unidade tem possibilitado reestabelecer a saúde dos adolescentes através de atendimentos pontuais, bem como a promoção da saúde em meio as orientações realizadas pelos profissionais. Ademais, os problemas de saúde que afetam os adolescentes, ora são provenientes de comportamento deletérios do próprio grupo, ora são da deficiência de cuidado em saúde do serviço que viabilizam também a adoção destas práticas. De forma geral, o estado geral de saúde do adolescente foi classificado como satisfatório embora o grupo investigado apresente algum agravo em saúde de menor grau e risco, estando presente de forma mais acentuada os problemas psicológicos, gravidez e IST, retrato este que em sua maioria faz parte da realidade e do universo da população adolescente.

Os participantes do estudo ainda demonstram em meio aos depoimentos uma certa (in)satisfação com serviços ofertados aos adolescentes. De um lado, observou-se a satisfação pela presença de uma unidade de APS na comunidade para a oferta de serviços e a qualidade do cuidado do profissional dispensado ao adolescente e, por outro, a insatisfação com os serviços da referida unidade de saúde e também com o trabalho desenvolvido pelos profissionais, demonstrando ainda um certo grau de conformação com as situações complexas enfrentadas.

Nesse contexto, as evidências são sugestivas de que há necessidade de maior investimento na APS no que diz respeito a inclusão de questões que envolvem à saúde da população adolescente, de forma a implantar e implementar processos de trabalho, práticas de cuidado e ações em saúde que contemplem as especificidades deste grupo para acesso aos serviços primários. Acredita-se que intervenções como estas possivelmente estimularão a presença dos adolescentes na unidade de saúde em busca de algum atendimento no cuidado com a saúde e favorecerão o desenvolvimento de atividades assistenciais para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Espera-se que este estudo possa contribuir de alguma forma na atenção à saúde ofertada a população adolescente pela APS. Deste modo, que este favoreça a reorientação do modelo de atenção em saúde a esse público ainda vigente na unidade de saúde, a partir da

reflexão de gestores e profissionais quanto realidade das práticas de cuidado desempenhadas que não atendem por completo as necessidades em saúde e particularidades e peculiaridades desta população. Além disso, o desenvolvimento de novo estudos por pesquisadores através de outras abordagens metodológicas que permitam desvelar situações não evidenciadas neste estudo sobre o tema ora investigado e, deste modo, apresentar as outras realidades semelhantes ou divergentes nos diferentes cenários de saúde a nível primário do país.

Entre as várias dificuldades superadas para o desenvolvimento deste estudo, destaca-se a realização da coleta de informações com adolescentes, familiares e profissionais de saúde. Para que fosse possível acessar os adolescentes e familiares em suas residências, foi necessário inicialmente sensibilizar os agentes de saúde para a obtenção de apoio na pesquisa, pois ao conhecerem as famílias da comunidade se apresentavam como os mais propícios para repassar informações sobre os possíveis participantes elegíveis e efetuar o contato na apresentação da pesquisa, agendamento e sensibilização prévia dos participantes com vistas a realização dos encontros conforme a sua disponibilidade.

Além disso, pela grande demanda de pacientes em busca de algum atendimento na unidade de saúde, a participação dos profissionais de saúde que compõem a equipe no momento da entrevista, uma vez que estes requeriam muito tempo para a realização das consultas inviabilizando na maioria das vezes a disponibilidade deles para participar. Soma-se isso aos estudos sobre os serviços de atenção primária entre adolescentes que são pouco frequentes no Brasil, sendo a maioria voltados para um determinado tema, como gravidez na adolescência, contaminação as IST, uso de drogas lícitas e ilícitas, envolvimento em situação de violência, entre outros, o que tornou por vezes limitada as possibilidades de discussão com literatura pertinente sobre a referida temática no presente estudo.

Aponta-se algumas limitações do estudo que, por sua vez, não comprometem a contribuição das informações elencadas, pois se reconhece que a realidade apresentada é análoga aos outros diferentes cenários do país. A primeira está relacionada às entrevistas semiestruturada ao considerar que os participantes em algum momento podem ter omitido informações para preservar a unidade ou se preservar. A segunda é o fato de a coleta de informações ter ocorrido apenas em unidade de saúde, o que não possibilita generalizar as informações obtidas. E, por fim, a terceira quanto às fontes que não houve a inclusão de dados da análise de documentos institucionais acerca das atividades desenvolvidas no serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

ACESUS. **Fortaleza**. São Paulo: UNICAMP, 2022. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/acessus/municipios-pesquisados/fortaleza>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2020. Disponível em: <[https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims\\_ggtes\\_anvisa-04\\_2020-25-02-para-o-site.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada n. 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20conferir%20o%20art](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20conferir%20o%20art)>. Acesso em: 12 dez. 2021.

AGUIAR, F. A. R. et al. Experiência da gravidez entre adolescentes gestantes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1986-96, jul., 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236243/29490>>. Acesso em: 27 jul. 2021. Acesso em: 15 ago. 2021.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes; 1994.

ALMEIDA, D. S. et al. Reincidência da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. **Adolesc Saude**, v. 13, n. Supl.2, p. 124-32, 2016. <[https://www.researchgate.net/publication/309237119\\_Reincidencia\\_da\\_gravidez\\_na\\_adolescencia\\_uma\\_revisao\\_integrativa](https://www.researchgate.net/publication/309237119_Reincidencia_da_gravidez_na_adolescencia_uma_revisao_integrativa)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

ALMEIDA, E. R. de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018, Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

ALMEIDA, P. F. de et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BwsMVwPVx4PTNY3VcRDgbyC/?lang=pt>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

ÁLVARES, J. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. supl 2, p. 1-5, 2017. <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

ANDRADE, R. S. et al. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505-521, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/xx5cW9Cmkc4LXr4MqzyHygH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 set. 2021.

ANDRADE, S. R. de et al. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 620-627, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130004>>. Acesso em: 16 set. 2021.

ANTUNES, B. S.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/hm7mbF9H7DgR7P7msTWc4ZG/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ARAÚJO, M. S. et al. Difficulties faced by nurses to develop direct actions to adolescents in primary care. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. supl. 5, p. 4219-25, nov. 2016. Disponível em: <[https://redib.org/Record/oai\\_articulo1354281-difficulties-faced-nurses-develop-direct-actions-adolescents-primary-care](https://redib.org/Record/oai_articulo1354281-difficulties-faced-nurses-develop-direct-actions-adolescents-primary-care)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ARAÚJO, T. M. E. et al. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 502-10, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6934/7869>>. Acesso em: 14 nov. 2021.

ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Conv. Ciênc. Inform.** v. 3, n. 2, p. 100-134, mai./ago. 2020. Disponível em: <[https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/52993/1/2020\\_art\\_wcoaraujo.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/52993/1/2020_art_wcoaraujo.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2021.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar; 1986.

ARNETT, J. J. Adolescent storm and stress, reconsidered. **American Psychologist**, v. 54, n. 5, p. 317-326, 1999. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/1999-13451-001>>. Acesso em: 27 jul. 2021. Acesso em: 18 dez. 2021.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500037>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

AUFA, B. A. et al. Using the Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance Framework in the Evaluation of Community-Based Adolescent Care Pilot Program. **Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional**, v. 15, n. 4, p. 175-181, 2020. Disponível em: <<https://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/3812>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

AYEHU, A.; KASSAW, T.; HAILU, G. Level of Young People Sexual and Reproductive Health Service Utilization and Its Associated Factors among Young People in Awabel District, Northwest Ethiopia. **PLOS ONE**, v. 11, n. 3, 2016. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0151613#:~:text=This%20>>

[study%20showed%20that%20less,primary%20level%20of%20educational%20attainment>](#).

Acesso em: 15 fev. 2021.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 4, p. 598-606, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/jJKr4ZwwsL7NvVxDKMmVddJ/?lang=pt>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, 21, n. 1, p. 31-46, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a02.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 855-68, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300855](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300855)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BARROS, R. P, et al. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 02, p. 425-434, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40812020>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

BARROS. M. B. A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. Supl. 2, p. 27-37, 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/rsp/a/VLrQr5MDVmL6c7TgrxFZT8z/?lang=pt#:~:text=regress%C3%A3o%20de%20Poisson,-\\_RESULTADOS%3A%20Sa%C3%BAde%20auto%2Davaliada%20como%20ruim%20foi%20mais%20freq%C3%BCente%20em,regi%C3%A3o%20Sudeste%20comparativamente%20%C3%A0%20Sul](https://www.scielo.br/j/rsp/a/VLrQr5MDVmL6c7TgrxFZT8z/?lang=pt#:~:text=regress%C3%A3o%20de%20Poisson,-_RESULTADOS%3A%20Sa%C3%BAde%20auto%2Davaliada%20como%20ruim%20foi%20mais%20freq%C3%BCente%20em,regi%C3%A3o%20Sudeste%20comparativamente%20%C3%A0%20Sul)>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BELZUNEGUI-ERASO, A. et al. Substance use among Spanish adolescents: the information paradox. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph17020627>>. Acesso em: 27 jul. 2021. Acesso em: 02 dez. 2021.

BERNARDINO, S. V. et al. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vSrhK3rBgy7WqdRfHCNRRJG/?lang=pt>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde**. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde, 2022. Disponível em: <<https://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BLAGDEN, S.; HUNGERFORD, D.; LIMMER, M. Meningococcal vaccination in primary care amongst adolescents in North West England: an ecological study investigating associations with general practice characteristics. **Journal of Public Health**, v. 41, n. 1, p. 149–157, mar. 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jpubhealth/article/41/1/149/4827060>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BOMFIM, E. et al. Quality assessment in primary health care: Adolescent and Youth Friendly Service, a Mozambican case study. **Pan Afr Med J**, v. 37, n. 1, set. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7501751/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BONFADA, D. **Gasto com a internação de idosos em unidades de terapia intensiva** [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015. Disponível em: <[https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/20588/1/DiegoBonfada\\_TESE.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/20588/1/DiegoBonfada_TESE.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 3, p. 68-80, 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/18027-Texto%20do%20Artigo-56348-1-10-20110215.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/1220-Texto%20do%20artigo-4530-1-10-20111202.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Q6nnJvR4fXrmsmJGHFzcRWG/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BRASIL, C. C. P.; FROTA, M. A. **Reflexões introdutória sobre a pesquisa qualitativa no mundo contemporâneo**. In: BRANDÃO, C. et al. A prática na investigação qualitativa: exemplos de estudos. 2 ed. Portugal: Ludomedia; 2019.

BRASIL, E. G. M. et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03276, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2007.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências**. Diário Oficial da União 2000; 28 jan.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidando de adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando\\_adolescentes\\_saude\\_sexual\\_reproduativa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reproduativa.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 4/2020-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179881/recomendacoes-as-coordenacoes-de-saude-de-adolescentes-e-joven\\_3UZh7u6.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179881/recomendacoes-as-coordenacoes-de-saude-de-adolescentes-e-joven_3UZh7u6.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao\\_basica\\_saude\\_adolescente.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.748 de 30 agosto de 2011.** Aprova a NR 32-Segurança e Saúde no trabalho em serviços de saúde. Diário Oficial da União, 31 de setembro de 2011. Disponível em: <[http://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/legislacao\\_-\\_leis\\_2011\\_181220131646115795186.pdf](http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/legislacao_-_leis_2011_181220131646115795186.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 21 out 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 06 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_atencao\\_especializada\\_endocrinologia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Requalifica UBS: manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ubs/requalifica\\_ubs\\_manual\\_instrutivo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ubs/requalifica_ubs_manual_instrutivo.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde e Reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abacad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad26.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil.** Brasília; 2010. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE: Programa de Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo\\_a\\_passo\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2021

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BRIXNER, B. et al. Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. supl. 1, p. 386-390, dez. 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/11182-Texto%20do%20Artigo-48128-2-10-20180424.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social Development**, n. 9, p. 115-125, 2000.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). **Handbook of child psychology**, Vol. 1: Theoretical models of human development. New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.

BRYSON, G. L.; TURGEON, A. F.; CHOI, P. T. The science of opinion: survey methods in research. **Can J Anesth Can Anesth**, v. 59, p. 8, n. 736-42, 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-012-9727-3>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BUSINESS SOURCE COMPLETE. **CINAHL Complete**. Estados Unidos da América: Business Source Complete, 2022. Disponível em: <<https://www.ebsco.com/pt/produtos/bases-de-dados/cinahl-complete>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAFFERTY, R. et al. Adolescent Pride Festival Attendees Assessing Their Interactions With Primary Care Physicians. **Journal of Adolescent Health**, v. 66 n. 6, 666-671, jun. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31983512/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CAIRNS, R. B.; ELDER, G. H.; COSTELLO, E. J. (Org.). **Developmental science**. New York: Cambridge University Press, 1996.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**, v. 42, n. 2, p.347-368, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CANO-CABALLERO, M. G. et al. Opiniones de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Andalucía acerca del virus del papiloma humano y su vacun. **An. Sist. Sanit. Navar.** v. 41, n. 1, p. 27-34, 2018. Disponível em: <[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1137-66272018000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272018000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 1.509-1.520, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hsr99LMMzsRkWvqtsYfNWdc/?lang=pt>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CARLOS, D. M. I.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. das G. C. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 511-8, mai./jun. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28562798/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CARNEIRO, J. L. S.; AYRES, J. R. C. M. Older adult health and primary care: autonomy, vulnerabilities and challenges of care. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

CARVALHO, S. R. C.; GASTÃO, W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200021>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CASTRO, D. M. de et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, p. e00209819, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CASTRO, E. G. M; SEVERINE, C. Estatuto da Criança e Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 2, p. 1214-1238, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40670>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CASTRO, F. et al. Adolescent Access to Information on Contraceptives: A Mystery Client Study in Mexico. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, v. 3, p. 265-272, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29055646/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009)**. 2009. Disponível em: <<https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CESAR, M. de C. et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 296-306, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

CLARIVATE. **Web of Science Confident research begins here**. 2021. Disponível em: <<https://clarivate.com/webofsciencegroup/solutions/web-of-science/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CLARK, B. A. et al. Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. **International Journal of Transgenderism**, v. 19, n. 2, p. 158-169, 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2017.1394954?journalCode=wijt20>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CLARK, B. A. et al. Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults. **Family Practice**, v. 35, n. 3, p. 302-306, jun. 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/35/3/302/4644938>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CORDOVA, D. et al. Adolescent Experiences of Clinician–Patient HIV/STI Communication in Primary Care. **Health Commun**, v. 33, n. 9, p. 1177–1183, set. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5756695/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CORRY, D. A. S.; LEAVEY, G. Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. **Journal of Adolescence**, v. 54, p. 1-8, jan. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27838545/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

COSTA, J. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vBpWtTWZhRMGk87hsJW7GNn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 dez. 2021.

COSTA, R. F. da; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300006>>. Acesso em: 24 dez. 2021.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: Rev. de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/19.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2021.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

DALEY, A. M. et al. The Essential Elements of Adolescent-friendly Care in School-based Health Centers: A Mixed Methods Study of the Perspectives of Nurse Practitioners and Adolescent. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 47, n. 7, p. 7-17, ju./Ago. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30981090/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, p. 2961-2973, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DAVIM, R. M. B. et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4787>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DECKE, S. et al. “We’re in good hands there.” - Acceptance, barriers and facilitators of a primary carebased health coaching programme for children and adolescents with mental health problems: a qualitative study (PrimA-QuO). **BMC Family Practice**, v. 21, n. 273, 2020. Disponível em: <<https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01344-1>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata.** União Soviética: Ministério da Saúde, 1978. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2021.

DEJONCKHEERE, M. Results of a National Text Message Poll of Youth: Perspectives on Primary Care. **Journal of Adolescent Health**, v. 67, n. 6, p. 814-820, dez. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32620346/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 145-50, Abr./Jun. 2011. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/116/316>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

DIÁRIO DO NORDESTE. **36 postos de saúde de Fortaleza passarão por reformas até setembro de 2020, diz Prefeitura.** Fortaleza: Diário do Nordeste; 2020. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/36-postos-de-saude-de-fortaleza-passarao-por-reformas-ate-setembro-de-2020-diz-prefeitura-1.2216476>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DIAS, E. G. et al. A primeira experiência profissional do enfermeiro na Atenção Básica. **Rev. Enferm. Contemp**, Salvador, v. 9, n. 2, p. 218-224, out. 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/2914-Texto%20do%20Artigo-20855-1-10-20201027.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

DOMMETT, R. M. et al. Achieving a timely diagnosis for teenagers and young adults with cancer: the ACE “too young to get cancer?” study. **BMC Cancer**, v. 19, n. 616, 2019. Disponível em: <<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-5776-0>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

DONABEDIAN, A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, v. 25, p. 173-192, 1988. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966122/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. **Northfield**, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, p. 1115-1119, 1990. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DOURADO, J. V. L. et al. Tecnologias para a educação em saúde com adolescentes: revisão integrativa. **av.enferm**, Bogotá, v. 39, n. 2, p. 235-254, ago. 2021. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002021000200235&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000200235&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2021.

DOURADO, J. V. L. et al. Definições, critérios e indicadores da adolescência. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 14, p. e245827, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/245827/35755>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DOURADO, J. V. L. et al. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, v. 28, n. 2, p. 356-364, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020282397>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

DOYLE, A. D. et al. Primary healthcare and school health service utilisation by adolescents and young adults in KwaZulu-Natal, South Africa. Doyle et al. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 905, 2019. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4559-2>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

EDDY, D.M. **Assessing Health Practices & Designing Practice Policies: The Explicit Approach**. Philadelphia: American College of Physicians, 1992.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Adolesc Saúde, v. 2, n. 2, p. 6-7. Apr./Jun., 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/abr-451>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

ELDER, G. H. **Human lives in changing societies: Life course and developmental insights**. In: CAIRNS, R. B.; ELDER, G. H.; COSTELLO, E. J. (Org.). Developmental science. New York: Cambridge University Press, 1996.

ELDER, G. H., SHANAHAN, M. J. **The life course and human development**. In: LERNER, R. M.; DAMON, W. (Org.). Handbook of child psychology - Theoretical models of human development. New York: Wiley, 2006.

ELSERVIER. **Scopus: Expertly curated abstract & citation database**. 2021. Disponível em: <<https://www.elsevier.com/solutions/scopus>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

ESPERIDIÃO, M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp., p. 331-340, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S223>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

FALK, M. L. R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev APS**, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14277>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

FARIA, R. et al. Association between alcohol advertising and beer drinking among adolescents. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 3, p. 441-7, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32975>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FARIA, S. C. R. B.; MOURA, A. D. A. Atuação de equipes da Estratégia Saúde da Família frente à epidemia de sarampo em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, e2018208, jun. 2020. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742020000300045&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000300045&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. Modelos de atenção e a saúde da família. Coleção Educação 143 Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Reflexões sobre a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez**. São Paulo: FEBRASGO: 2021. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1210-reflexoes-sobre-a-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-2021>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FERNANDES, E. S. F.; SANTOS, A. M. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 24, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/YsjbnM9ZBthk4spbdz8xRxK/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FERNANDES, E. S. F.; SANTOS, A. M. dos. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190049, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190049>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FERNANDES, L. T. B. et al. Ações de autocuidado apoiado a crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/HmGzFpdKXvP36DD3zxVhWBy/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. et al. Percepções de adolescentes acerca do enfrentamento da violência na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 397-409 jul./set. 2018. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2838/2512>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FERREIRA, J. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. **av.enferm**, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 63-73, abr. 2021. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002021000100063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000100063&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 dez. 2021.

FERRER, A. P. S.; GRISI, S. J. F. E. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Rev Assoc Med Bras**, v. 62,

n. 6, p. 513-523, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/KPw83W5XbBYs9TR98s43Y3F/?lang=en>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FETTERMANN, F. A. et al. Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. **Research, Society and Development**, v.10, n.5, p. e37810514686, 2021. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14686/13187>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

FIGUEIREDO, M. F. S. et al. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 729-740, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711405>>. Acesso em: 21 dez. 2021.

FIGUEIREDO, S. V. et al. Experiências de acesso à atenção primária de crianças e adolescentes com deficiências. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. Supl. 12, p. 5197-206, dez., 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/22617-76757-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

FISHE, R. et al. Provision of Contraception in New York City School-Based Health Centers: Impact on Teenage Pregnancy and Avoided Costs, 2008–2017. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 51, n. 4, dez. 2019. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Provision-of-Contraception-in-New-York-City-Health-Fisher-Danza/3735c47d2194e94cc144563ecd30035e2455555a>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FONTANA, R. T.; SANTOS, A. V.; BRUM, Z. P. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. **Rev Pesqui**, v. 5, n. 4, p. 529-36, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2084/pdf\\_973](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2084/pdf_973)>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FONTANELLA B. J. B.; RICAS J.; TURATO E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2008.v24n1/17-27/pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FORTALEZA. Canal Juventude. **Rede Cuca**. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2022. Disponível em: <<https://juventude.fortaleza.ce.gov.br/rede-cuca>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 125-33.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação Mundial da Infância 2011**. Nova York: Fundo das Nações Unidas para A Infância, 2011. Disponível em: <[https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef\\_sowc/sit\\_mund\\_inf\\_2011\\_adolescencia.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2011_adolescencia.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. **Relatório da ONU diz que 7,3 milhões são mãe antes dos 18 anos**. Nações Unidas: ONU News; 2013. Disponível em:

<<https://news.un.org/pt/story/2013/10/1455021-relatorio-da-onu-diz-que-73-milhoes-sao-mae-antes-dos-18-anos>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA. **Gravidez na Adolescência no Brasil: Vozes de Meninas e de Especialistas**. Brasília: Fundo Das Nações Unidas para Infância, 2017. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/gravidez-na-adolescencia-no-brasil-vozes-de-meninas-e-de-especialistas>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiol serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GARBUTT, J. M. et al. Barriers and facilitators to HPV vaccination in primary care practices: a mixed methods study using the Consolidated Framework for Implementation Research. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, mai. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29734944/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe. 1, p. 81-99, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Talsa multiplicadores: avaliação e qualidade (módulo 2)**. 2006. Disponível em: <<http://www.onaeducare.org.br>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOICOLEA, I. et al. Accessibility and factors associated with utilization of mental health services in youth health centers. A qualitative comparative analysis in northern Sweden. **Int J Ment Health Syst**, v. 12, n. 69, 2018. Disponível em: <<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0249-4>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOLDENBERG, T. et al. Stigma, Gender Affirmation, and Primary Healthcare Use Among Black Transgender Youth. **J Adolesc Health**, v. 65, n. 4, p. 483-490, out. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303554/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOMES, R. N. S. et al. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Rev Rene**, v. 16, n. 5, p. 624-30, set./out. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2777/2157>>. Acesso em: 2 dez. 2021.

GOMIDE, M. F. S. et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 65, p. 387-

398, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

GOOSENS, L. **Adolescent development: Putting Europe on the map.** In: JACKSON, S.; GOOSENS, L. Handbook of adolescent development. New York: Psychology Press; 2006.

GRAÇA, M. da G. V. da. **Perspectivas dos adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde: preferências, barreiras e satisfação.** Tese de Doutorado. (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia: Universidade de Lisboa: 2016. <[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25371/1/ulsd730030\\_td\\_Maria\\_Graca.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/25371/1/ulsd730030_td_Maria_Graca.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2021.

GROSSMAN, E. La adolescencia cruzando los siglos. *Adolescencia Latinoamericana*, v. 1, n. 2, p. 68-74, 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=292030&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GUSS, C. E. et al. Transgender Adolescents' Experiences in Primary Care: A Qualitative Study. *Journal of Adolescent Health*, v. 65, n. 3, p. 344-349, set. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31227384/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HALLUM-MONTES, R. et al. Barriers and Facilitators to Health Center Implementation of Evidence-Based Clinical Practices in Adolescent Reproductive Health Services. *J Adolesc Health*, v. 58, n. 3, p. 276-83, mar. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26903427/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HARRISON, S. New labour, modernisation and the medical labour process. *J Soc Policy*, v. 31, n. 3, p. 465-85, 2002. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/new-labour-modernisation-and-the-medical-labour-process/AD7687EB2F1B76C16AB719779CBAC158>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

HART, L. C. et al. What Care Models Have Generalists Implemented to Address Transition from Pediatric to Adult Care?: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*, v. 34, n. 10, p. 2083-90, 2019. Disponível em: <[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31410810/#:~:text=Practice%20structures%20fell%20into%20four,4\)%20a%20transition%20consultative%20service](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31410810/#:~:text=Practice%20structures%20fell%20into%20four,4)%20a%20transition%20consultative%20service)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HIRATSUKA, V. Y. et al. Patient and Provider Factors Associated With American Indian and Alaska Native Adolescent Tobacco Use Screenin. *Journal of Primary Care & Community Health*, v. 7, n. 1, p. 2-9, 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131915602469>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HOGERZEIL, H. V.; MIRZA, Z. **The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health.** 3 ed. Geneva: World Health Organization; 2011.

IMRAN, N.; ZESHAN, M.; PERVAIZ, Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 pandemic. *Pak J Med Sci*, v. 36, sup. 4, p. 67-72, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306970/>>. Acesso em: 18 dez. 2021.

INHELDER, B.; PIAGET, J. **Da lógica da criança a lógica da adolescente: ensaio sobre a construção das estruturas operatórias formais**. São Paulo: Pioneira; 1976.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes**. Washington: National Academy Press; 2015. Disponível em: ><https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22suppl2>>. Acesso em: 24 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do Brasil 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

INSTITUTO DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Fundo das Nações Unidas para Infância. Fundo de População das Nações Unidas. **Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas**. Brasília: INDICA, 2017. 108 p. Disponível em: <[http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

JAMES, S. et al. Assessment of adolescent and youth friendly services in primary healthcare facilities in two provinces in South Africa. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 809, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6198437/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

JANSEN, D. E. M. C. et al. Organization and content of primary care for adolescents – comparison of actual and desired situation. **European Journal of Public Health**, v. 29, n. supp. 4, ckz185.191, 2019. Disponível em: <[https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supplement\\_4/ckz185.191/5624387](https://academic.oup.com/eurpub/article/29/Supplement_4/ckz185.191/5624387)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **GLOBAL COMMITMENTS, LOCAL ACTION: After 40 years of AIDS, charting a course to end the pandemic**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2021. Disponível em: <<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/global-commitments-local-action>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

JONES, L. F. et al. Chlamydia and HIV testing, contraception advice, and free condoms offered in general practice: a qualitative interview study of young adults' perceptions of this initiative. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 660, p. 490-500, jul. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28533198/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

JONES, R. Development of a Questionnaire and Cross-Sectional Survey of Patient eHealth Readiness and eHealth Inequalities. **Med** 20, v. 2, n. 2, p. e9, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084763/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

KASSEBAUM N. et al. Child and adolescent health from 1990 to 2015: findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2015 study. **JAMA pediatrics**, v. 171, n. 6, p. 573-592, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0250>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev Enferm UERJ**, v. 19, n. 3, p. 403-409, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LANDGRAF, A. Incorporating Adolescent Sexual and Reproductive Health in Pediatric Primary Care. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 15, n. 4, 2019. Disponível em: <[https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(18\)31020-1/fulltext](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(18)31020-1/fulltext)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LEAL, I. et al. Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de salud para la prevención del embarazo adolescente según marco legal chileno. **Rev Med Chile**, v. 144, n. 5, p. 577-584, mai. 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000500004](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500004)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LEITE, J. T. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 2, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8N8zMXdndv6GyctNT4rVN5K/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LELAURIN, J. H. et al. Tobacco-Related Counseling and Documentation in Adolescent Primary Care Practice: Challenges and Opportunities. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 22, n. 6, p. 1023-1029, mai. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31074792/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LERNER, R. M., FISHER, C. B., WEINBERG, R. A. Applying developmental science in the 21st century: International scholarship for our times. **International Journal of Behavioral Development**, v. 24, p. 24-29, Mar. 2000. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/016502500383430>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LERNER, R. M., WERTLIEB, D., JACOBS, F. **Historical and theoretical bases of applied developmental science**. In: LERNER, R. M.; JACOBS, F.; WERTLIEB, D. (Org.). *Applied developmental science: An advanced textbook*. Thousand Oaks: Sage; 2005.

LIMA, E. M. C. **Atuação do cirurgião dentista no Programa Saúde na Escola no município de Fortaleza-CE**. Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem: Universidade Federal do Ceará; 2016. Disponível em: <[https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21381/1/2016\\_dis\\_emclima.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21381/1/2016_dis_emclima.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2021.

LIMA, J. G. et al. Essential attributes of Primary Health Care: National results of PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 52-66, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018s104>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TBsNKBwxKQpy9drdzST6ZdS/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

LIMA, R. A. F. et al. Gravidez na adolescência e condição de vida: diferenciais na distribuição espacial. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 278-94, 2015. Disponível em: <<https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/719>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>>. Acesso em: 28 dez. 2021.

LOPES, S. et al. ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. supl, p. 1-14, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/vwSmjXbN4pDggk8X7CTVdwC/?lang=en>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

LOURENÇO, T. G.; FONSECA, R. M. G. S. da. Primary Health Care and the Third Sector in the face of violence between intimate adolescent partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/n7yqr6cPD7TjxnFqyZXgTKP/?lang=en>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LUNA, T.; KUTIANSKI, A. O consumo de informações sobre saúde por adolescentes do 8º ano do ensino fundamental. **E-Mosaicos Revista Multidisciplinar de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura**, v. 7, n. 15, p. 89-100, ago. 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/e-mosaicos/article/view/34185/26166>>. Acesso em: 29 dez. 2021.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. **N Engl J Med**, v. 372, v. 23, p. 2177-81, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26039598/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MAGALHÃES, S. R. C.; DESSEN, S. M. A. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28 n. 1, p. 101-108, Jan./Mar., 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/fpKByLWpTT8BY4Yv9kRH6pB/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MAHDIKHANI, Z; OVEISI, S.; OLFATI, F. Clarifying the criteria for reproductive health counselling for adolescent girls by service providers: A qualitative study. **Biomed Res**, v. 29, n. 11, p. 2257-2264, 2018. Disponível em: <<https://www.alliedacademies.org/articles/clarifying-the-criteria-for-reproductive-health-counselling-for-adolescent-girls-by-service-providers-a-qualitative-study.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MALLET, A. L. R. M. Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, v. 18, b. 5, p. 449-456, set./out. 2005. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005\\_05/a2005\\_v18\\_n05\\_art08.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_05/a2005_v18_n05_art08.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MALTA, D. C et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. **Ciêns Saúde Colet**, v. 22, n. 9, p. 2899-908, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002902899&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902899&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MALTA, D. C. et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-190, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MAPELLI, L. D. et al. Inter-sectoral network to face violence against children and adolescents in a rural context. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QCbVZhFQsqKN4QmhBw9dJ4P/?lang=en>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MARCELL, A. V. et al. Sexual and Reproductive Health Care Receipt Among Young Males Aged 15–24. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, n. 4, p. 382–389, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29128296/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

MARQUES, E. S et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cad Saúde Pública**, v. 36, p. e00074420, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpq6sxJsX6Sftx/?lang=pt>>. Acesso em: 30 dez. 2021.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300009>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

MARTINS, A. da R. et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2279-2295, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200007>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Rev Gest Sist Saúde**, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/157>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. e00044718, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

MCCALL, S. J. et al. Evaluating the social determinants of teenage pregnancy: a temporal analysis using a UK obstetric database from 1950 to 2010. **J Epidemiol Community Health**, v. 69, n. 1, p. 49-54, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25227769/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MCKEOWN, T. **The Role of Medicine: dreams, mirage or nemesis**. Londres: The Nuffiel Provincial Hospital Trust, 1976.

MEAD, M. **Coming of age in Samoa: A psychological study of primitive youth for Western civilization**. New York: Norton; 1979.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n3/402-413/pt>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

MEDEIROS, S. B. et al. A qualidade dos produtos e serviços em licitações do tipo menor preço: um estudo em uma câmara de vereadores do rio grande do sul. **REGE**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 469-486, out./dez. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/99955-Article%20Text-174227-1-10-20150702.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MEDLINE. **MEDLINE: Overview**. 2021. Disponível em: <[https://www.nlm.nih.gov/medline/medline\\_overview.html](https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MELO, J. R. R. et al. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00053221>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MELO, M. C. P. de; COELHO, E. de A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2549-2558, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500025>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MENDES, E. V. A APS no Brasil. In: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-137. Disponível em: <[https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana; 2012. Disponível em: >[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MENEGUSSI, J. M.; OGATA, M. N.; ROSALINI, M. H. P. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 87-106, abr. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/y59XT3jg6xZMTRNRDyr5Qzt/?lang=pt>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

MEREDITH, L. S. et al. Influence of mental health and alcohol or other drug use risk on adolescent reported care received in primary care settings. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 10, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759885/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2021.

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 436-43, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YL4DJ33hmPMn3jMmWb75fXb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

MOKDAD, A. H, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 387, p. 2383-401, 2016. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00648-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00648-6)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MONTEIRO, D. L. M. et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. **Rev Assoc Med Bras**, v. 65, n. 9, p. 1209-15, v. 65, n. 9, p. 1209-1215, 2019, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.9.1209>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

MOREIRA, G. A. R. et al. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1039-1055, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>>. Acesso em: 13 nov. 2021.

MOREIRA, S. K. et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. e51283, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4836/483654815019/html/#B10>>. Acesso em: 14 nov. 2021.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. suppl 1, p. 69-81, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MOURÃO, S. M. et al. A visita domiciliar como instrumento para a promoção de práticas de higiene: uma revisão bibliográfica. **Sanare**, Sobral, v. 9, n. 2, p. 86-92, 2010. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/10/7>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

NASCIMENTO, L. et al. Quality of Primary Health Care for children and adolescents living with HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CyCrNKxSnLnPBZYXcMk8WmF/?lang=en>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

NASCIMENTO, M. O.; AVALLONE, D. M. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares. **Rev. Adolesc. Saúde**, v. 10. N. 4, p. 41-49, 2013. Disponível em: <[http://adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=424](http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=424)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **MEDLINE: Overview**. Estados Unidos da América: National Library of Medicine, 2021. Disponível em: <[https://www.nlm.nih.gov/medline/medline\\_overview.html](https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html)>. Acesso em: 28 nov. 2021.

NEVES, R. G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00072317, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/qLrXpkBm9ZyrwBhBzm8T7Kr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NGWENYA, N. et al. Behavioural and socio-ecological factors that influence access and utilisation of health services by young people living in rural KwaZulu-Natal, South Africa: Implications for intervention. **PLOS ONE**, 14, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32287276/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Humanization policy in primary health care: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-2000, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, p. 411-20, 2015. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742015000300007&lng=pt&nrm=is&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300007&lng=pt&nrm=is&tlng=pt)>. Acesso em: 16 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. P. C. de et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 332-42, 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027981010.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. V. L. et al. Atendimento de adolescentes na atenção básica de saúde durante a pandemia de Covid 19. **Rev. Enferm. Contemp**, Salvador, v. 10, n. 2, p. 315-323, out. 2021. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/4043>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3047-56, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bQzMpnPMsBqp6K36QGzyTgS/?lang=pt>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. spe, p. 158-64, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 427-436, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200022>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

OLIVEIRA, W. A. et al. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>>. Acesso em:

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1965.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **O que você precisa saber sobre a política de controle do álcool**. Brasília: OPAS; 2005.

PACKER, A. A Rede SciELO publica mais de 500 mil artigos em acesso aberto em 17 anos de operação. **SciELO em Perspectiva**, 2015. Disponível em: <<https://blog.scielo.org/blog/2015/02/06/a-rede-scielo-publica-mais-de-500-mil-artigos-em-acesso-aberto-em-17-anos-de-operacao/>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saude Debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012. <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PASCHALL, M. J.; BERSAMIN, M. School-Based Health Centers, Depression, and Suicide Risk Among Adolescents. **Am J Prev Med**, v. 54, n. 1, p. 44-50, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132951/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PAULA, C. C. et al. Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 2, p. 136-43, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/mbK3mzTRmXGBjBtjZrckHhp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PEDROSA, I. C. F; CORRÊA, A. C. P. MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 1, p. 058-065, Jan/Mar. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/13288-Texto%20do%20artigo-59296-1-10-20111027.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

PENNA, C. M. de M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. de. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 4, p. 815-822, Out./Dez. 2014. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n4a04.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

PENSO, M. A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude Soc**, v. 22, n. 2, p. 542-53, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HqsZ9KWgXNRXncJZ5kw6RMh/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PEREIRA, V. O. M. et al. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. supl. 1, p. e200004, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000200402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000200402&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PERSEGONA, M. F. M.; OLIVEIRA, E. S.; PANTOJA, V. J. C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 56, p. 19-35, dez. 2016. Disponível em: <[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o\\_56\\_Cofen.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em: <[https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/80/Bioethikos\\_423-430\\_.pdf](https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf)>. Acesso em: 26 nov. 2021.

PIGOZI, P. L.; MACHADO, A. L. Os cuidados da Estratégia Saúde da Família a um adolescente vítima de bullying: uma cartografia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 353-363, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/pqktTKYXMrhJxd9RT3WKXXM/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PINTO, V. M. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.2060201>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 45-59, 2012. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1113>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762006000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Prefeitura de Fortaleza restabelece atendimentos de rotina na Rede de Atenção Primária**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza; 2020. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-restabelece-atendimentos-de-rotina-na-rede-de-atencao-primaria>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **SMS - Secretaria Municipal da Saúde**. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-327>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PRODANOV, C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PULLON, S et al. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. **J Interprof Care**, v. 30, n. 6, p. 787-94, 2016.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp, p. 1036-44, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4446/3373>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. R. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Revista Mosaico**, v. 11, n. 2, p. 109-116, jul./dez. 2020. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2184/1456>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

RAIZEL, R. et al. Comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, 2011. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 291-299, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/p9KKwKrXNsjfnJ98PhJb9fL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

RAMALHO, E. L. R. et al. Discursividade de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na atenção primária. **Rev Min Enferm**, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1206.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

RATES, S. M. M. et al. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. **Ciêñ Saúde Colet**, v. 20, n. 3, p. 655-65, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300655&lng=en&tlng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300655&lng=en&tlng=em)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fRhLYRvC6TprFLcbzHGQ8pb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

RIBEIRO, A. F. et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14210/7687>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 9 ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

ROEMER, M. I. **National Strategies for Health Care Organization: a world overview**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

ROMERO, L. M. et al. Efforts to Increase Implementation of Evidence-Based Clinical Practices to Improve Adolescent-Friendly Reproductive Health Services. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n. 3, p. 30-37, mar. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28235433/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ROSSI, L. M. et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cad Saúde Pública**, v. 35, p. e00125018, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/BNyxgYRcypMMDTkLdF5PDN/?lang=pt>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RUSSO, K.; ARREGUY, M. E. Projeto "Saúde e Prevenção nas Escolas": percepções de professores e alunos sobre a distribuição de preservativos masculinos no ambiente escolar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 501-523, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200010>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

SANTOS, A. A. G. dos et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n5/1275-1284/pt>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

SANTOS, F. P. A. et al. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1124-1131, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

SANTOS, F. P. A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 107-14, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/en\\_a14v47n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n1/en_a14v47n1.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2021.

SANTOS, R. L. dos et al. Community Health Agents: health promotion skills for adolescent. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. supl. 4, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/NccHKkZBgktJrnvcXmRb9Cc/?lang=en#:~:text=Regarding%20the%20domains%20of%20health,implementing%20intersectoral%20actions%20and%20establishing>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SARAIVA, E. M. S. et al. Impacto da pandemia pelo Covid-19 na provisão de equipamentos de proteção individual. **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43751-43762, jul. 2020. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12731/10688>>. Acesso em: 21 nov. 2021.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: FMUSP; 2015.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005, v. 10, n. 3, p. 707-717. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos Séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26 n. 2, p. 227-234, Abr./Jun., 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SCHRAEDER, K et al. Perspectives from primary health care providers on their roles for supporting adolescents and young adults transitioning from pediatric services. **BMC Family Practice**, v. 21, n. 140, 2020. Disponível em: <<https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01189-8>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SCHRAEDER, K. et al. Perspectives from primary health care providers on their roles for supporting adolescents and young adults transitioning from pediatric services. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 21, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32660598/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicol Saude Doenças**, v. 16, n. 2, p. 217-29, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128008>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, C. B. et al. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 522-31, mai./jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/4r933tVR6Ckg7mzDVfkWpXy/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVA, C. R.; LOPES, R. E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 17, n. 2, p. 87-106, 2010. Disponível em: <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/100>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1777-88, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5QXfQJVsrDVPZY9WwDhmT8z/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SILVA, L. M. V. da. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. COSTA, E. A (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009.

SILVA, M. C. L. dos S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SILVA, M. C. N. da; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 07-13, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, R. A. **Protocolo de atendimento ao adolescente na unidade de saúde da família em Santa Bárbara-MG: uma organização de serviço de saúde**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3190.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, supl. 1, p. e190548, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190548>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, R. M. da et al. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 01, p. 89-98, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, R. M. da et al. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 135-145, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28902019>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, R. M. M. da; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670518>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. The nurse as the protagonist of care management in the Estratégia Saúde da Família: different analysis perspectives. **Texto & Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p. e1090016, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Z8HvTPNDjv9MjLQHvKwQdTn/?lang=en>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVA; M. O. da; VASCONCELOS, E. M; SOUZA, S. A escuta sensível como potente ferramenta na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 55704-55721, jun. 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/30903/pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 12-9, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/YsRJDL4rwzT5Bx7xWnVD98y/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GncB9NFWLmGbZq8cVC5vQ8S/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SMETANA, J. G.; CAMPIONE-BARR, N.; METZGER, A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. **Annu Rev Psychol**. v. 57, p. 255-84, Jan. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16318596/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SNYDER, B. K. et al. LGBTQ Youth's Perceptions of Primary Care. **Clinical Pediatrics**, v. 56, n. 5, p. 443-450, 2017. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0009922816673306>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOARES NETO, J. J.; MACHADO, M. H.; ALVES, C. B. The Mais Médicos (More Doctors) Program, the infrastructure of primary health units and the municipal human development index. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2709-2718, 2016. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16432016>>.\_Acesso em: 08 nov. 2021.

SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>>. Acesso em: 07 nov. 2021.

SOTOLONGO, J. et al. Integrated Community Strategies for Linking Youth to Adolescent Reproductive Health Services: A Case Study. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n. 3, p. 40-50, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28235435/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SOUSA, F. de O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 04, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SOUZA JUNIOR, P. R. B. de et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2529-2541, jun. 2021. Disponível em: <[http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232021001502529&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021001502529&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2021.

SOUZA, C.; SILVA, D. N. H. Adolescência em debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, v. 23, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e35751>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

SOUZA, E. C. F, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. Supl. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/FfXvbyY4mGmKMzmWb75DTwn/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SOUZA, N. A.; HOMET, R. Los viejos y la vejez en la Edad Media. Sociedad e imaginario. **Revista Brasileira de História**, v. 19, n. 38, 313-318, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbh/a/jKWz7g6R3LKfKmPhTNDhHJp/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SOUZA, P. R. B. et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 1, p. 2529-2541, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SOUZA, V. R. S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 725p. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 6-11, jan. 2010. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v7n1a02.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

TAQUETTE, S. R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 6, p. 1717-25, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/rxJmVBSJ78DkLQtshxv863J/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

TAVARES, P. D. F. **Avaliação da estrutura física das unidades básicas de saúde pelos profissionais da estratégia saúde da família.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem: Universidade Federal do Ceará; 2019. Disponível em: <[https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/47701/1/2019\\_tcc\\_pdftavares.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/47701/1/2019_tcc_pdftavares.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2021.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 52-68, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/esc/2017.v22n6/1933-1942/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361-378, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

THEOKAS, C. et al. Conceptualizing and modeling individual and ecological asset components of thriving in early adolescence. **Journal of Early Adolescence**, v. 25, p. 113-143, 2005.

THOMAS, D. B., OENNING, N. S. X.; GOULART, B. N. G. Essential aspects in the design of data collection instruments in primary health research. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 5, p. 657-664, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-021620182053218>>. Acesso em: 27 jul. 2021. Acesso em: 27 jul. 2021.

THOMAS, R. et al. Factors Associated With HPV Vaccine Initiation, Vaccine Completion, and Accuracy of Self-Reported Vaccination Status Among 13- to 26-Year-Old Men. **American Journal of Men's Health**, v. 12, n. 4, p. 819–827, jul. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27106515/#:~:text=Teen%20health%20center%20attendance%2C%20public,with%20accurate%20vaccination%20self%2Dreport>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

THWAITES, D. B.; MURDOCH-EATON, D. Questionnaire design: the good, the bad and the pitfalls. **Arch Dis Child - Educ Pract Ed**, v. 101, n. 4, p. 210-2, 2016. Disponível em: <<https://ep.bmj.com/content/101/4/210>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

TONELLI, B. Q. et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018. Disponível: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314/114114300>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

TOOMEY, S. L. et al. Relationship Between Adolescent Report of: Patient-Centered Care and of Quality of Primary Care. **Academic Pediatrics**, v. 16, n. 8, p. 770-776, nov./dez. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802684/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

TOSSIN, B. R. et al. As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Rev Min Enferm**, v. 20, p. e940, 2016. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e940.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

TOULANY, A. et al. Association of Primary Care Continuity With Outcomes Following Transition to Adult Care for Adolescents With Severe Mental Illness. **JAMA Netw Open**, v. 2, n. 8, ago. 2019. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/toulany\\_2019\\_oi\\_190337.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/toulany_2019_oi_190337.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2021.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saude Publica**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/jsNy8jWBKbwmggFQM6t5DHQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

UNITED NATIONS POPULATION FUNDATION. **Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy**. New York: United Nations Population Fundation; 2013. Available from:< <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/EN-SWOP2013.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VALE, E. G.; PAGLUICA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado em enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/tKdjzqfTy7vLbd6tbm6BpGp/?lang=pt#:~:text=RESUMO-Objetivou%2Dse%20construir%20um%20conceito%20de%20cuidado%20de%20enfermagem%2C%20a,utilizado%20no%20ensino%20de%20gradua%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

VAZ, E. M. C. et al. Challenges in Primary Care Regarding Children and Adolescents With Chronic Conditions in Brazil. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 13, p. 1978–1987, 2019. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732319847961>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

VIEGAS, S. M. da F. et al. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 351-360, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30812016>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

VIEIRA, A. N. et al. Uso dos equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. supl. 10,

p. 1376-83, dez., 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/10848-23377-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

VIEIRA, L. M. S. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.

VIEIRA, R. P. et al. Participation of adolescents in the Family Health Strategy from the theoretical-methodological structure of an enabler to participation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 02, p. 309-316, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3182.2417>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

VOLPATO, L. F. et al. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o Desdobramento da Função Qualidade (QFD). **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1561-72, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/fqx6C94xVz5BYTgtj9hsgWf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WARD, E.; ASHLEY, D. The new imperative: reducing adolescent-related violence by building resilient adolescents. **J Adolesc Health**, v. 52, n. 2 Supl. 2, p. S43-5, 2013. Disponível em: <[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(12\)00230-3/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(12)00230-3/fulltext)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WARMLING; C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. da. Acolhimento e acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180398, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Lyf7Jgz8rGS7YphkXxWyTQt/?lang=pt>>. Acesso em: 21 nov. 2021.

WHEELER, N. J. et al. Missed opportunities to address pregnancy prevention with young men in primary care. *Clin Pediatr (Phila)*. **Clin Pediatr (Phila)**, v. 57, n. 13, p. 1558–1566, nov. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6631036/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescents: health risks and solutions**. Fact sheets. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation**. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/)>. Acesso em: 27 jul. 2021.

YASSAEE, A. A. et al. Experience of Primary Care Services Among Early Adolescents in England and Association With Health Outcomes. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n. 4, p. 388-394, abr. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27914972/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ZAPPE, J. G.; ALVES, C. F.; DELL AGLIO, D. D. Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 79-100, jan. 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682018000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 nov. 2021.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS NA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

<b>AUTOR(ES)</b>	<b>ANO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>PERIÓDICO</b>
THOMAS et al.,	2018	América do Norte (EUA)	American Journal of Men's Health
HIRATSUKA et al.,	2016	Ásia (Índia)	Journal of Primary Care & Community Health
CORDOVA, D. et al.,	2018	América do Norte (Estados Unidos)	Health Commun.
PASCHALL, M. J.; BERSAMIN, M.	2018	América do Norte (Estados Unidos)	Am J Prev Med.
HALLUM-MONTES, R. et al.	2016	América do Norte (Estados Unidos)	J Adolesc Health
GOLDENBERG, T. et al.	2019	América do Norte (Estados Unidos)	J Adolesc Health
AYEHU, A.; KASSAW, T.; HAILU, G.	2016	África (Etiópia)	PLoS ONE
SILVA et al.,	2016	América do Sul (Brasil)	Rev. Bras. Enferm
LOURENÇO; FONSECA	2020	América do Sul (Brasil)	Rev. Latino-Am. Enfermagem
HART et al.,	2019	América do Norte (Carolina do Norte)	J Gen Intern Med
GARBUTT et al.,	2018	América do Norte (Estados Unidos da América)	BMC Family Practice
DOMMETT et al.,	2019	Europa (Inglaterra)	BMC Cancer
CANO-CABALLERO et al.,	2018	Europa (Espanha)	An. Syst. Sanit. Navar.
LEAL, I. et al.	2016	América do Sul (Chile)	Rev. Med. Chile
TOULANY, A. et al.,	2019	América do Norte (Canadá)	JAMA Netw Open
ARAÚJO, M. S. et al.	2016	América do Sul (Brasil)	Revista de Enfermagem da UFPE
TOOMEY, S. L. et al.	2016	América do Norte (Birmingham, Alabama, Houston, Texas, Los Angeles e Califórnia)	Academic Pediatrics
SNYDER, B. K.; BURAK, G. D.; PETROVA, A.	2016	América do Norte (Estados Unidos)	Clinical Pediatrics
CLARK, B. A. et al.	2018	América do Norte (Canadá)	Family Practice
ROMERO, L. M. et al.	2017	América do Norte	Journal of Adolescent Health
YASSAE, A. A. et al.	2017	Europa e América do Norte	Journal of Adolescent Health

CORRY, D. A. S.; LEAVY, G.	2017	Europa	Jornal of Adolescence
MEREDITH, L. S. et al.	2018	América do Norte (Los Angeles, Pittsburgh)	BMC Family Practice
GUSS, E. C et al.	2019	América do Norte	Jornal of Adolescent Health
DALEY, A. M. et al.	2019	América do Norte (Estados Unidos)	Journal of Pediatric Nursing
LANDGRAF, A. et al.	2019	América do Norte (Estados Unidos)	The Journal for Nurse Practitioners
VAZ, E. M. C. et al.	2019	América do Sul (Brasil)	Qualitative Health Research
BLAGDEN, S.; HUNGERFORD, D.; LIMMER, M	2019	Europa (Inglaterra)	Journal of Public Health
FISHE, R. et al.	2019	América do Norte (Nova York)	Perspectives on Sexual and Reproductive Health
DOYLE, A. M. et al.	2019	África	BMC Health Services Research
DEJONCKHEERE, M. et al.	2020	América do Norte	Jornal of Adolescent Health
CAFETTY, R. et al.	2020	América do Norte	Jornal of Adolescent Health
DECKE, S. et al.	2020	Europa (Alemanha)	BMC Family Practice
SCHRAEDER, K. et al.	2020	América do Norte (Canada)	BMC Family Practice
MAPELI, L. D. et al.	2020	América do Sul (Brasil)	Revista Gaúcha de Enfermagem
FERNANDES, E. S. F; SANTOS, A. M.	2020	América do Sul (Brasil)	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
MARTINS, M. M. F. et al.,	2019	América do Sul (Brasil)	Caderno de Saúde Pública
RAIZEL, R. et al.	2016	América do Sul (Brasil)	Epidemiologia e Serviço de Saúde
PIGOSI, P. L.; MACHADO, A. L.	2020	América do Sul (Brasil)	Ciência & Saúde Coletiva
BOMFIM, E. et al.	2020	África (Moçambique)	Pan Afr Med
CARLOS, D. M.; PÁDUA, E. M. M.; FERRIANI, M. G. C.	2017	América do Sul (Brasil) Revista Brasileira de Enfermagem	
SANTOS, R. L. et al.	2020	América do Sul (Brasil)	Revista Brasileira de Enfermagem
NASCIMENTO, L. et al.	2016	América do Sul (Brasil)	Revista Lati-Americana de Enfermagem
PAULA, C. C. et al.	2017	América do Sul (Brasil)	Acta Paulista de Enfermagem
AUFA, B. A. et al.	2020	Ásia (Indonésia)	Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional
CLARK, B. A. et al.	2018	América do Norte (Canadá)	International Journal of Transgenderism

SOTOLONGO, M. S. et al.	2017	América do Norte (Carolina do Norte)	J Adolesc Health
SCHRAEDER, K. et al.	2020	América do Norte (Canadá)	BMC Family Practice
GOCOILEA, I. et al.	2018	Europa (Suécia)	International Journal of Mental Health Systems
CASTRO, F. et al.	2017	América do Norte (México)	Journal of Adolescent Health
MARCELL, A. V. et al.	2018	América do Norte (Estados Unidos da América)	J Adolesc Health
FERRER, A, P. S.; GRISI, S, J. F. E.	2016	América do Sul (Brasil)	Revista de Associação Médica Brasileira
TEXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.	2017	América do Sul (Brasil)	Ciência & Saúde Coletiva
JAMES, S. et al.	2018	África (Guateng)	BMC Health Serv Res.
MAHDIKHANI, Z.; OVEISI, S.; OLFATI, F.	2018	Ásia (Irã)	Biomedical Research
JONES, L. F. et al.	2017	Europa (Inglaterra)	Br J Gen Pract.
WHEELER, N. J. et al.	2018	América do Norte (Estados Unidos)	Clin Pediatr (Phila)
LELAURIN, J. H. et al.	2020	América do Norte (Florida)	Nicotine Tob Res.
NGWENYA, N. et al.	2020	África (KwaZulu-Natal)	PLoS One
LEITE, J. T. et al.	2016	América do Sul (Brasil)	Revista Guacha de Enfermagem
FERREIRA JUNIOR, A. R. et al.	2018	América do Sul (Brasil)	Revista Baiana de Saúde Pública
RAMALHO, E. L. R. et al.	2019	América do Sul (Brasil)	Revista Mineira de Enfermagem
ANTUNES, B. S.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.	2018	América do Sul (Brasil)	Escola Anna Nery
FERNANDES, L. T. B. et al.	2019	América do Sul (Brasil)	Texto Contexto Enfermagem

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

**APÊNDICE B – DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA**

<b>TÍTULO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSÕES</b>
Barreiras e facilitadores para o HPV vacinação nas práticas de atenção primária: um estudo de métodos mistos usando o <i>Consolidado Framework for Implementation Research</i> .	Usar uma abordagem sistemática com base no <i>Consolidado Framework for Implementation Research</i> (CFIR) para identificar e caracterizar fatores que são facilitadores de barreiras para a implementação do nacional.	Estudo misto	Dos 72 construtos do consolidado, sete fortemente distinguidos e sete fracamente distinguidos entre os profissionais com cobertura de vacina de Papiloma Vírus Humano mais alta versus mais baixa. A maioria dos construtos fortemente distintivos foram facilitadores e estavam relacionados às características dos provedores, sua percepção da intervenção e seu processo de aplicação da vacina. Construtos adicionais fracamente distintivos que eram facilitadores eram do ambiente externo, do ambiente interno e processo. Dois fortemente distintivos construtos foram barreiras de uso, um da intervenção e o outro ambiente externo.	Usando o consolidado para examinar sistematicamente o uso desta vacina em práticas de atenção primária independentes, permitiu identificar facilitadores e barreiras no provedor, nível interpessoal e de prática que precisam ser abordadas em esforços futuros para aumentar o uso de vacinas em tais locais. Os resultados sugerem que a implementação de estratégias que têm como alvo o profissional, os auxiliam a lidar com as barreiras de vários níveis ao uso da vacina contra o vírus e merecem ainda mais investigação.
Centros de saúde em escolas, depressão e risco de suicídio entre adolescentes.	Examinar se o aumento da disponibilidade de serviços de saúde mental em centros de saúde em escolas públicas de Oregon estaria associado a uma diminuição na probabilidade de episódios depressivos e	Estudo longitudinal	Os alunos em escolas de centros de saúde com base na escola que aumentaram a disponibilidade de serviços de saúde mental foram menos propensos a relatar episódios depressivos de 2013 a 2015 em comparação com todas as outras escolas. Reduções significativas de risco em	Este estudo sugere que o aumento da disponibilidade de serviços de saúde mental nas escolas pode ajudar a reduzir os episódios depressivos e o risco de suicídio entre adolescentes.

	risco de suicídio entre adolescentes.		episódios depressivos do ano passado e ideação suicida também foram observadas em escolas de centros de saúde com base na escola, o que aumentou a disponibilidade de serviços de saúde mental em relação a outras escolas com centros de saúde com base na escola.	
Barreiras e facilitadores para a implementação de práticas clínicas baseadas em evidências em centros de saúde em serviços de saúde reprodutiva de adolescentes.	Examinar as barreiras e facilitadores que os centros de saúde experimentam ao implementar práticas clínicas baseadas em evidências para serviços de saúde reprodutiva de adolescentes e discute estratégias para lidar com as barreiras identificadas	Estudo qualitativo	A análise dos dados revelou que certos fatores nos níveis do sistema de saúde e da comunidade influenciaram os esforços dos centros de saúde para implementar práticas clínicas baseadas em evidências para os cuidados de saúde reprodutiva de adolescentes. Em particular, o apoio da liderança do centro de saúde, a comunicação entre a liderança e a equipe e as atitudes e crenças da equipe foram relatados como fatores que facilitaram a implementação de novas práticas.	Os esforços dos centros de saúde para implementar novas diretrizes de práticas devem incluir esforços para desenvolver a capacidade da liderança dos centros de saúde para mobilizar pessoal e recursos para garantir que as novas práticas sejam implementadas de forma consistente e com qualidade.
Estigma, afirmação de gênero e uso de cuidados de saúde primários entre jovens negros trans.	Examinar o papel da afirmação de gênero na saúde para determinar se ela pode mitigar a relação negativa entre o estigma e o uso da saúde.	Estudo quantitativo	No modelo de efeitos principais, a afirmação de gênero foi a única variável estatisticamente associada ao não uso de cuidados de saúde. A interação entre a afirmação de gênero e o estigma promulgado não foi significativa, mas a afirmação de gênero moderou a relação entre o estigma antecipado e o não uso de cuidados de saúde. Para indivíduos que não tiveram	Os resultados sugerem que a afirmação de gênero dentro da saúde é importante para aumentar o acesso aos cuidados entre os TGDY negros. As intervenções devem considerar como aumentar a afirmação de gênero entre os profissionais de saúde e nos ambientes de saúde. Pesquisas adicionais usando uma abordagem interseccional para entender as experiências de negros TGDY são necessárias para destacar as

			suas necessidades de afirmação de gênero satisfeitas, conforme o estigma antecipado aumentou, o não uso de cuidados de saúde também aumentou; entretanto, isso não ocorreu para aqueles que tiveram suas necessidades de afirmação de gênero atendidas.	necessidades de saúde exclusivas desta população.
Nível de Jovens Sexuais e Utilização de serviços de saúde reprodutiva e seus fatores associados entre os jovens no distrito de Awabel, noroeste da Etiópia.	Avaliar as relações sexuais e reprodutivas de jovens e utilização de serviços de saúde e seus fatores associados no distrito de Awabel, Noroeste da Etiópia.	Estudo transversal	Jovens de famílias de famílias mais altas despesas familiares morava com as mães, participava de educação de pares e vivia perto de um centro de saúde e eram mais propensos a utilizar serviços de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, aqueles que tiveram uma discussão parental sobre saúde sexual e reprodutiva e já teve relações sexuais foram mais propensos a utilizar o serviço do que suas contrapartes. Por outro lado, os jovens que viviam com seus pais e tinham um nível de escolaridade primário eram menos propensos a utilizar o serviço.	A utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva é baixa, o que requer grande atenção, em que se não houver intervenção, os jovens podem se envolver em atividades sexuais de risco. Portanto, precisa de um esforço concertado de todos os órgãos envolvidos para melhorar a utilização dos serviços e, assim, reduzir o fardo das doenças e deficiências dos jovens associadas a saúde sexual e reprodutiva.
Fatores do paciente e do provedor associados com índios americanos e nativos do Alasca Triagem do uso de tabaco em adolescentes.	Examinar se a entrega de rastreamento de tabaco em consultas de cuidados primários está associada às características do paciente e do provedor entre os adolescentes.	Estudo quantitativo	30% dos pacientes elegíveis eram rastreados. O sexo de ambos os provedores e pacientes foi associado à triagem. Provedores do sexo masculino entregaram exames mais frequentemente do que as provedoras do sexo feminino. Pacientes do sexo masculino tiveram chances de 20% menores de recebimento de	Baixa entrega de rastreamento de tabaco por profissionais do sexo feminino e o baixo recebimento de rastreamento entre pacientes mais jovens do sexo masculino.

			triagem do que pacientes do sexo feminino, independentemente da idade do paciente e características do provedor. A identidade individual do provedor contribuiu significativamente para a variabilidade no modelo de efeitos mistos.	
Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços.	Comparar a qualidade da atenção à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV entre os tipos de serviços, na experiência dos familiares/cuidadores.	Estudo quantitativo	Na avaliação dos atributos segundo o tipo de serviço, ambos apresentaram valores de escores satisfatórios para os atributos: Grau de afiliação; Acesso de Primeiro Contato; Acesso de Primeiro Contato; Longitudinalidade; Coordenação; Integralidade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre ambos. Na análise conjunta dos atributos, nenhum serviço apresentou valor satisfatório de escore geral.	Os resultados do estudo apontam para a necessidade de melhoria de alguns atributos dos serviços de Atenção Primária à Saúde e do especializado, o que implica em reformulações de alguns aspectos de sua estrutura e desempenho, com a finalidade de oferecerem a qualidade a que se propõem. Sugere-se que as crianças e os adolescentes com HIV sejam encaminhados aos especialistas, porém continuem frequentando os serviços primário para sua condição crônica.
Atenção Primária à Saúde e o terceiro setor diante da violência entre parceiros íntimos adolescentes.	Identificar e analisar as percepções e as práticas de profissionais da saúde e do terceiro setor a respeito da adolescência e da violência entre parceiros íntimos na adolescência.	Estudo qualitativo	As percepções e as práticas diante da violência entre parceiros íntimos adolescentes são balizadas pelo senso comum e subjugam, sobretudo, as adolescentes do sexo feminino. Nos serviços de saúde, a violência é percebida no momento de atendimento a outras demandas, sob o paradigma biomédico. Os profissionais do terceiro setor entendem o enfrentamento da violência como responsabilidade da área da saúde.	As concepções negativas e estereotipadas sobre a violência entre parceiros íntimos adolescentes são marcadas por vieses de gênero e geração. O estudo evidencia a necessidade de promover ações em rede nas práticas profissionais que considerem a compreensão histórica e social da adolescência para o enfrentamento do problema.

Quais modelos de atendimento os generalistas implementar abordar a transição do atendimento pediátrico para o adulto ?um estudo qualitativo.	Descrever modelos de cuidados que os cuidados primários provedores implementaram e examinando características das experiências dos médicos generalistas proporcionando cuidados transitórios.	Estudo quantitativo	Método qualitativo a partir de entrevistas semiestruturadas. Dezenove médicos generalistas com formação de todos os EUA, engajados em processos de transição e/ ou cuidados contínuos de adolescentes e adultos jovens com condições de início na infância, sendo a análise conteúdo e teoria fundamentada.	Compartilhado estratégias de prática e filosofias enfatizaram o cuidado co-ordenação, foco em todo o paciente além do imediato preocupações com a saúde e vontade de aprender com a práticas de famílias, agem baseada em equipe interdisciplinar.
Conseguir um diagnóstico oportuno para adolescentes e jovens adultos com câncer: o ACE "também jovem para ter câncer? " estudo	Entender melhor as vias de referência em um coorte de pacientes recém-diagnosticados encaminhados para uma rede de atenção ao câncer TYA no sudoeste de Inglaterra.	Estudo quantitativo	A 1ª apresentação foi na atenção primária em 86% e 93% consultaram também antes do diagnóstico. As rotas para o diagnóstico foram 45% por meio de vias de espera de duas semanas urgentes e 38% como encaminhamentos de emergência. No geral, o tempo na atenção primária foi curto em comparação ao atendimento secundário. 40% das vias foram classificadas como boas/melhores práticas, mas 16% foram menos que satisfatórias. Segurança contínua rede/apoio foi identificado a partir de cuidados primários, mas a análise sugeriu oportunidades de melhoria em transição para a atenção secundária.	Relatórios anteriores de tempo para o diagnóstico prolongado focaram no atraso no encaminhamento da atenção primária, mas esse estudo sugere que isso pode ser reduzido por meio da otimização da gestão na atenção secundária.
Opiniões de profissionais de saúde de cuidados primários da	Conhecer as opiniões de profissionais de saúde primário na prevenção em adolescentes da Infecção	Estudo qualitativo	Os profissionais reconhecem dificuldades para alcançar a população adolescente em questões de prevenção de	Seria aconselhável estabelecer estratégias que melhorem a informação que os profissionais têm sobre o HPV, bem como os benefícios da vacina para

Andaluzia sobre o papiloma vírus humano e sua vacina.	por papiloma vírus humano e administração da sua vacina.		comportamentos sexuais de risco, devido à falta de tempo e pouca preocupação dos adolescentes com medidas preventivas. Embora reconheçam a sintomatologia da infecção por HPV, nem todo mundo sabe se o homem sofre da doença, bem como da associação de infecção com outros tipos de câncer além do colo do útero. Eles duvidam da hora de recomendar a vacina, cabendo aos pais a decisão de vacinar suas filhas.	que os transmitam de forma clara e com assertividade aos pais. Isso evitaria incertezas em pais, melhoraria as taxas de vacinação e diminuiria as complicações da infecção e câncer.
Conhecimento e prática clínica de provedores de saúde para prevenção da gravidez na adolescência de acordo com o marco legal chileno.	Explorar o conhecimento e a prática clínica da atenção primária à saúde prestadores de cuidados (APS) em relação à prevenção da gravidez na adolescência.	Estudo qualitativo	Existe um atendimento clínico diferenciado para a prevenção da gravidez entre adolescentes maiores de 14 anos. Isso é devido ao quadro legal, especificamente à lei do crime sexual e à lei sobre a regulamentação da fertilidade. As diferenças afetam os cuidados de saúde, o acesso e o aconselhamento sobre contracepção e confidencialidade. Assistência à saúde de adolescentes menores de 14 anos é percebido como problemático para os prestadores, devido às possíveis implicações legais.	O quadro legal causa insegurança nos profissionais de saúde e deriva de uma abordagem clínica diferenciada de acordo com a idade do paciente. Esta é uma barreira para fornecer acesso oportuno e confidencial a aconselhamento e contracepção.
Associação da continuidade dos cuidados primários com os resultados	Analisar a associação entre a continuidade da atenção primária durante a transição de pediátrico para cuidados	Estudo coorte	Entre 8.409 adolescentes com doença mental grave, 65,1% tinham cuidados primários contínuos e 28,4% tinham cuidados primários	No contexto da diminuição das taxas de consultas ambulatoriais de especialistas em saúde mental após a transição para os cuidados adulto, garantindo o acesso

<p>após a transição para os cuidados de adultos para adolescentes com doença mental grave.</p>	<p>adultos e necessidade de serviços de saúde mental aguda na idade adulta jovem.</p>		<p>descontínuos, e 6,4% não tiveram atenção primária durante o período de transição. Jovens sem cuidados primários durante a transição eram mais propensos a ser do sexo masculino, ter menor nível socioeconômico e não ter médico de cuidados primários habituais no início do estudo. Em comparação com o cuidado contínuo, os pacientes com descontinua e sem atenção primária teve um aumento na taxa de hospitalização relacionada à saúde mental em idade adulta jovem.</p>	<p>adequado aos cuidados primários durante este período vulnerável pode melhorar os resultados de saúde na idade adulta jovem.</p>
<p>Experiências de adolescentes de comunicação entre médico e paciente em HIV / DST na atenção primária.</p>	<p>Descrever experiências de adolescentes de comunicação clínico-paciente de HIV/DST por meio de entrevistas qualitativas com mulheres adolescentes predominantemente afro-americanas de uma clínica de atenção primária voltada para jovens.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Os participantes reconhecem que os médicos são profissionais, a importância da confidencialidade para promover a comunicação médico-adolescente e apelando para a comunicação de HIV/DST iniciada pelo médico. Os adolescentes expressaram a necessidade de os médicos envolverem os jovens nessas conversas desafiadoras por meio de uma abordagem aberta e compreensiva. Além disso, os adolescentes descreveram experiências de julgamento percebido e desconforto dos médicos e não revelação de comportamentos de HIV / DST aos seus médicos.</p>	<p>As descobertas ressaltam o desejo dos adolescentes de se envolverem na comunicação sobre HIV/DST com os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que destacam estratégias importantes para os médicos. Os resultados podem informar a pesquisa e a prática de comunicação em saúde e o desenvolvimento de intervenções destinadas a aumentar a comunicação médico-adolescente sobre HIV/DST.</p>

<p>Participantes do Festival do Orgulho do Adolescente - Avaliando suas interações com os médicos da atenção primária.</p>	<p>Descrever os participantes adolescentes do festival do Orgulho e determinar se eles estão acessando o sistema de saúde, se os provedores estão discutindo história sexual e oferecendo exames de Infecções Sexualmente Transmissíveis nesses encontros, com foco em adolescentes Lésbicos, Gays, Bissexuais e Transgêneros.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Destaca-se que 79% dos entrevistados se identificaram como tendo orientação não heterossexual. Os participantes rurais foram mais propensos a se identificarem como Lésbicos, Gays, Bissexuais e Transgêneros do que os participantes urbanos ou suburbanos. A maioria (90%) dos adolescentes foi visto por um médico no último ano. Destes, 68% foram questionados sobre histórico sexual e 29% oferecidos testes de Infecções Sexualmente Transmissíveis. A identificação como Lésbicos, Gays, Bissexuais e Transgêneros não foi associada à taxa de histórico sexual obtido ou ao rastreamento de oferecido, mas foi associada à percepção da necessidade de teste de Infecções Sexualmente Transmissíveis.</p>	<p>Os adolescentes Lésbicos, Gays, Bissexuais e Transgêneros que frequentam o Orgulho de Minnesota estão acessando um médico de atenção primária com a mesma regularidade que os pares heterossexuais cisgêneros, mas raramente recebem testes de Infecções Sexualmente Transmissíveis, apesar do conhecimento das taxas aumentadas de infecções nesta população. Obter um histórico sexual e rastrear Infecções Sexualmente Transmissíveis é algo que todos os médicos podem fazer e representa um primeiro passo importante em qualquer iniciativa de redução de Infecções Sexualmente Transmissíveis.</p>
<p>Esforços para aumentar a implementação de práticas clínicas baseadas em evidências para melhorar os serviços de saúde reprodutiva amigos dos adolescentes.</p>	<p>Descrever as mudanças na implementação de práticas clínicas baseadas em evidências entre parceiros de centros de saúde como parte de uma iniciativa de prevenção de gravidez em adolescentes com vários componentes e em toda a comunidade; compreender melhor as barreiras e os facilitadores da implementação das práticas</p>	<p>Estudo misto</p>	<p>Dentre os 48 centros de saúde das 10 comunidades, 52% relataram um aumento na implementação de práticas clínicas baseadas em evidências, principalmente no fornecimento de acesso a anticoncepcionais e na oferta de Quick Start. Entre os centros de saúde que não relataram nenhuma mudança (13%), a maioria relatou que as práticas já estavam sendo implementadas antes da iniciativa. Entre os centros de</p>	<p>Para aumentar o uso dos adolescentes dos serviços de saúde reprodutiva de qualidade, centrados no cliente, acessíveis e confidenciais, é necessário melhorar a implementação de práticas clínicas baseadas em evidências. Os esforços para identificar barreiras e facilitadores na implementação de práticas clínicas, podem informar aos centros de saúde sobre as oportunidades de desenvolver sua capacidade para garantir que estas sejam implementadas.</p>

	clínicas baseadas em evidências; e descrever a assistência técnica e treinamento fornecidos aos parceiros dos centros de saúde e as principais lições aprendidas.		saúde que relataram uma diminuição na implementação de práticas, a maioria relatou uma diminuição em ter contracepção hormonal ou dispositivos intrauterinos disponíveis, tendo o teste rápido de Vírus da Imunodeficiência Humana disponível ou participando do programa federal de desconto em medicamentos. Além disso, os sistemas de saúde e os fatores de nível comunitário influenciam na implementação de práticas clínicas nos centros de saúde.	
Experiência de serviços de atenção primária entre adolescentes na Inglaterra e associação com resultados de saúde.	Investigar a experiência dos adolescentes com o médico de clínica geral, se a baixa experiência relatada estava associada a piores medidas de saúde física e mental e se a experiência ruim anterior estava ligada a uma menor utilização desses serviços.	Estudo transversal	De 5.335 adolescentes, 4.149 relataram ter visitado o médico no ano passado. Destes, 91,8% sentiram-se tratados com respeito, 78,7% à vontade, 85,7% ficaram satisfeitos com as explicações e 53,9% capazes de discutir assuntos pessoais. Depois de ajustar as variáveis, a experiência ruim em qualquer indicador se foi associada ao aumento do risco de automutilação, sensação de baixa e problemas de sono. A experiência insatisfatória em todos os indicadores, exceto na discussão de assuntos pessoais, foi associada a pior saúde auto referida.	Quase metade dos adolescentes do estudo não se sentiu capaz de discutir assuntos pessoais com o médico. Houve uma associação consistente e forte entre a falta relatada de boa experiência e medidas de saúde precárias.
Experiências de adolescentes transgêneros na	Conhecer as experiências na atenção primária de adolescentes transgêneros e	Estudo qualitativo	Os participantes relataram experiências positivas na atenção primária. A maioria dos	A prestação de serviços de atenção primária para adolescentes transgêneros pode ser otimizada se as

atenção primária: um estudo qualitativo.	não-conformes de gênero e suas recomendações para as práticas de atenção primária e clínicos.		participantes comentou acerca do sofrimento ao serem chamados pelo nome ou pronome incorreto. Várias recomendações emergiram, incluindo perguntas sobre a identidade de gênero e pronomes nas consultas e não perguntar em relação a identidade de gênero. Os participantes enfatizaram a importância de usar seus nomes e pronomes afirmativos e a existência de conhecimento do profissionais acerca da saúde transgênero.	unidades proporcionarem um ambiente acolhedor, usarem nomes e pronomes corretos e discutirem o gênero de maneira confidencial com os pacientes.
Resultados de uma Pesquisa Nacional de Mensagens de Texto com Jovens: Perspectivas na Atenção Básica.	Descrever as experiências relacionadas à atenção primária entre uma grande amostra nacional de adolescentes para melhorar a atenção centrada no paciente.	Estudo longitudinal	De 1.123 adolescentes elegíveis, 789 responderam a pelo menos um <i>prompt</i> . Quatro temas foram encontrados: os jovens reconheceram a importância da atenção primária, mas existem barreiras que limitam sua utilização, sentiram que melhorar a conveniência aumentaria o uso da atenção primária; não tinham certeza de como fazer a transição entre os ambientes de atenção primária; sentir-se respeitado era essencial para obterem experiências positivas em um ambiente de atenção primária. Jovens mais velhos e aqueles que se identificam como mulheres, não binários ou transgêneros eram mais propensos	Os resultados descrevem barreiras e possíveis soluções para a atenção primária entre os adolescentes. Por exemplo, cuidados com a saúde são estabelecidas durante a adolescência e uma transformação é necessária para criar um cuidado mais centrado no paciente que se alinhe com os valores e as experiências. Assim, os profissionais de cuidados primários têm a oportunidade de impactar de forma positiva a saúde dos adolescentes de presente e dos adultos do futuro.

			a relatar experiências anteriores ruins com a atenção primária.	
Confiança do adolescente e atenção primária: busca de ajuda para dificuldades emocionais e psicológicas.	Explorar as atitudes dos adolescentes ao se consultar com médico de família sobre problemas psicológicos.	Estudo exploratório	Os resultados apontam para uma falta generalizada de confiança como a principal barreira para a busca de ajuda dos médicos. O tema central e a maior barreira para a procura de ajuda foram a falta generalizada de confiança dos adolescentes no médico da unidade de saúde. Os fatores relacionados à desconfiança dos adolescentes tendem a surgir do contato prévio limitado, ansiedade em buscar ajuda do profissional, confidencialidade e envolvimento dos pais no atendimento, competência profissional deficiente acerca das questões juvenis e percepções negativas dos profissionais.	Os adolescentes anseiam participar de forma ativa do processo de tomada de decisão. As soluções podem ser acordadas em um esforço transparente e colaborativo, com base nos princípios do cuidado centrado na pessoa. Deste modo, pode ser útil estabelecer relações íntimas e de confiança e garantir a continuidade. Fácil acesso, confidencialidade, empatia e tomada de decisão compartilhada auxiliariam a garantir que os adolescentes se sintam confiantes em se envolver com o médico de família.
Os elementos essenciais do cuidado amigo do adolescente em centros de saúde baseados na escola: um estudo de métodos mistos das perspectivas de enfermeiros e adolescentes.	Identificar os elementos essenciais do cuidado amigo do adolescente em centros de saúde escolar na perspectiva dos enfermeiros que prestam cuidados aos adolescentes e os adolescentes, como consumidores desses serviços.	Estudo misto	O estudo gerou opinião de especialistas sobre os elementos essenciais da atenção à saúde amigo do adolescente nos centros de saúde baseados na escola. Após quatro rodadas da técnica Delphi, o consenso foi alcançado em 98 itens. Os resultados foram agrupados em seis elementos essenciais: confidencialidade/privacidade, acessibilidade, médico/equipe, serviços clínicos ao adolescente, meio ambiente do centro e relação	Os achados contribuem para uma maior compreensão acerca das características essenciais necessárias no cuidado amigo do adolescente. Os centros de saúde baseados na escola são um importante recurso comunitário para atender às necessidades de saúde dos adolescentes e devem incorporar essas características na oferta dos serviços de saúde.

			entre a escola e o centro de saúde. Os grupos focais com adolescentes confirmaram os elementos essenciais identificados na técnica Delphi e acrescentaram dois temas abrangentes: relacionamento confortável e confiável.	
Incorporando a saúde sexual e reprodutiva do adolescente na atenção primária pediátrica.	Avaliar a viabilidade de programa de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes em uma clínica privada de atenção primária pediátrica.	Estudo misto	Um total de 40 adolescentes entre idade de 13 a 19 anos foram atendidos durante o período de seis meses no projeto. A maioria dos adolescentes procuraram aconselhamento contraceptivo, menos da metade eram sexualmente ativos e todos foram orientados sobre a importância do rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pacientes que receberam aconselhamento sobre controle de natalidade para contracepção e/ou preocupações menstruais optaram por pílulas anticoncepcionais orais, implantes subdérmicos, anticoncepcionais injetáveis e dispositivos intrauterinos. Estes, ainda, apresentaram satisfação com atendimento classificando como excelente.	Os resultados revelam que há demanda por atenção à saúde sexual e reprodutiva e atender a essas necessidades em um ambiente de atenção primária é apropriado e viável. Deste modo, a sustentabilidade financeira e defender mudanças nas políticas para aumentar a capacidade das clínicas privadas de fornecer cuidados de saúde sexual e reprodutiva são etapas futuras importantes.

<p>Percepções dos jovens LGBTQ sobre a Atenção Básica.</p>	<p>Determinar se os serviços de atenção primária à saúde são percebidos com atendimento adequado às necessidades dos jovens LGBTQ, avaliar as lacunas nos serviços e identificar áreas para melhoria na prestação da atenção primária à saúde.</p>	<p>Estudo misto</p>	<p>A maioria dos jovens apresentou que suas necessidades de saúde não eram bem atendidas. A maioria reconheceu a má comunicação entre paciente e profissional de saúde, desrespeito e falta de discussões sobre tópicos importantes como saúde sexual e emocional. Os participantes citaram preocupações com a confidencialidade e comentários inadequados como barreiras para o atendimento. Os jovens expressaram um forte desejo de que os médicos estivessem mais conscientes de suas necessidades e preocupações.</p>	<p>Os jovens sentiram que suas demandas de saúde não foram contempladas no centro, sendo as principais preocupações com relação a abordavam superficial dos médicos sobre questões de orientação e saúde sexual. Além disso, muitos sentiram-se tratados de maneira crítica e desrespeitosa. Os prestadores de cuidados primários precisam aumentar seus conhecimentos sobre a saúde LGBTQ e melhorar suas habilidades de comunicação.</p>
<p>Desafios da Atenção Básica às crianças e adolescentes com condições crônicas no Brasil.</p>	<p>Identificar os desafios enfrentados por gestores e equipes no cenário da atenção básica para o atendimento de crianças e adolescentes em condições crônicas no Brasil.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Os profissionais e gestores apontaram desafios associados à gestão das condições crônicas e à estrutura operacional da rede de atenção à saúde que afetam a coordenação do cuidado e a organização da rede de atendimento à população jovem acometida por doenças crônicas.</p>	<p>O estudo desenvolvido na atenção básica do Brasil abordou os desafios enfrentados pelos profissionais e gestores, mostrando que a coordenação do cuidado à criança/adolescente em condição crônica ainda não é eficiente ou eficaz no município estudado. Para que esse tipo de atenção seja integral, são necessárias melhorias na gestão das necessidades de saúde, bem como na estrutura operacional que afeta a organização da rede de atenção à saúde.</p>
<p>Acesso à atenção primária e atenção dispensada: uma pesquisa com adolescentes e jovens transexuais.</p>	<p>Examinar as questões de acesso à atenção primária e dispensa de atenção à saúde entre adolescentes e jovens transexuais.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>A maioria dos jovens relatou um estado de saúde mental geral ruim. Conforto com um médico foi positivamente correlacionado com o estado de saúde geral e mental, assim, como ter um médico ciente</p>	<p>Os clínicos gerais podem desempenhar um papel fundamental na melhoria da saúde dos jovens trans, demonstrando compreensão das necessidades de saúde dos jovens transgêneros e competência em cuidados de afirmação de gênero, e</p>

			do <i>status</i> transgênero. Menos da metade dos jovens relataram a necessidade de cuidados de saúde anteriores. Entre os adolescentes, os níveis de conforto com o médico foram negativamente correlacionados com os cuidados dispensados de saúde mental. Os motivos para a falta de cuidados necessários abrangeram as dimensões do acesso aos cuidados, variando de barreiras de custos a experiências negativas e preocupações que o médico não tivesse educação sobre pessoas trans.	garantindo que suas práticas sejam acessíveis a todos os jovens trans que precisam de cuidados.
“Estamos em boas mãos lá.” - Aceitação, barreiras e facilitadores de um programa de treinamento em saúde baseado na atenção primária para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental: um estudo qualitativo (PrimA-QuO).	Investigar como os objetivos antecipados do <i>coaching</i> de saúde são percebidos e aceitos pelo pediatra e afetam crianças, adolescentes e seus pais.	Estudo qualitativo	Ao total, 11 pediatras, três desenvolvedores, 22 pais e quatro adolescentes foram incluídos no estudo. Em geral, as famílias ficaram satisfeitas com o atendimento pediátrico recebido no contexto do programa. O <i>coaching</i> de saúde apoiou o papel essencial dos pediatras como consultores e melhorou suas habilidades diagnósticas. Falta de tempo, restrições financeiras e estruturas familiares desafiadoras dos pacientes foram relatadas como as principais barreiras para o sucesso.	O programa <i>coaching</i> de saúde é percebido como um facilitador para um cuidado mais centrado no paciente. No entanto, as barreiras estruturais permanecem. Os pontos de partida para melhorias são outras opções para fortalecer os recursos das famílias e expandir a rede interdisciplinar.

<p>Vacinação meningocócica na atenção primária entre adolescentes no Noroeste da Inglaterra: um estudo ecológico investigando associações com características da clínica geral.</p>	<p>Investigar a associações entre várias características de medicina geral e a aceitação de vacina meningocócica quadrivalente ACWY no noroeste da Inglaterra.</p>	<p>Estudo ecológico</p>	<p>Foram utilizados dados de 587 práticas gerais, representando 8% de todas as práticas gerais na Inglaterra. A captação da meningocócica quadrivalente ACWY variou de 20,8% a 46,8% entre os grupos de comissionamento clínico avaliados. Após a regressão multivariável, a aplicação da vacinação aumentou com o aumento da porcentagem de pacientes de minorias étnicas, da porcentagem de pacientes de 15 a 24 anos, de pacientes que recomendariam sua prática e o alcance total da estrutura de qualidade e resultados para a prática. Por outro lado, a absorção da vacinação diminuiu com o aumento da privação.</p>	<p>O estudo identificou vários fatores independentemente associados à vacinação da meningocócica quadrivalente ACWY na atenção primária. Essas descobertas permitirão uma abordagem direcionada para melhorar a aceitação da vacinação em nível de prática geral.</p>
<p>Utilização de serviços de saúde primários e de saúde escolar por adolescentes e jovens adultos em KwaZulu-Natal, África do Sul.</p>	<p>Identificar as condições de saúde que os jovens apresentam e os serviços eles recebem em clínicas de saúde pública, clínicas móveis e serviços de saúde escolar.</p>	<p>Estudo retrospectivo</p>	<p>Três quartos das 4.121 visitas de jovens foram registrados por mulheres e 40% de todas as visitas de jovens foram de mulheres com idade entre 20 e 24 anos. As condições de apresentação mais comuns foram relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana, pré-natal, planejamento familiar, queixas gerais não específicas e problemas respiratórios. Houve poucas consultas registradas para outras condições comuns que afetam os</p>	<p>Medir a morbidade e a provisão de serviços é fundamental para informar a política e promover sistemas de saúde responsivos. Os esforços devem ser intensificados para melhorar a qualidade e integridade dos registros de saúde, com atenção à documentação de questões de saúde dos jovens importantes, e atualmente mal documentadas, como saúde mental e nutrição.</p>

			<p>ovens, como saúde mental e problemas nutricionais. Antibióticos, antirretrovirais, anticoncepcionais, vitaminas/suplementos e analgésicos foram os mais comumente fornecidos. Os registros de saúde de rotina registravam informações limitadas, eram frequentemente incompletos e/ou inconsistentes e a idade não era registrada rotineiramente.</p>	
--	--	--	--	--

<p>Perspectivas dos prestadores de cuidados de saúde primários sobre as suas funções no apoio a adolescentes e jovens adultos na transição de serviços pediátricos.</p>	<p>Obter uma compreensão sobre os papéis dos médicos de família e potenciais barreiras e facilitadores para o seu envolvimento durante o período de transição, a partir da perspectiva dos médicos de família e outros prestadores de Atenção Primária à Saúde.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Durante a transição do atendimento pediátrico para o adulto, as cinco funções principais identificadas pelos participantes para apoiar os adolescentes e jovens pareceram inter-relacionadas. Antes da transferência, o relacionamento longitudinal profissional-paciente permite que eles assumam que incluem o fornecimento de cuidado holístico e avaliação da preparação para a transição, bem como capacitar os adolescentes e jovens para desenvolver autonomia e responsabilidade pessoal por seus cuidados. Os participantes perceberam que os papéis eram essenciais para facilitar seu papel no cuidado, como coordenar serviços especializados e/ou comunitários durante o período de transição. Este papel foi percebido como difícil para os provedores de cuidados aos adolescentes e jovens se eles não tivessem relacionamento estabelecido ou não fossem conhecidos.</p>	<p>A opinião dos médicos de família que acompanham seus pacientes ao longo da vida e fornecem a maior parte dos cuidados primários no Canadá, são essenciais para informar e refinar as práticas de transição recomendadas. As descobertas fornecem insights, dos próprios prestadores da atenção primária, para reforçar a justificativa para o envolvimento durante as transições da especialidade pediátrica e dos cuidados baseados na comunidade. Soluções para superar as barreiras para a integração da atenção primária e atenção especial para adolescentes e adultos jovens precisam ser identificadas e testadas.</p>
<p>Dificuldades enfrentadas por enfermeiros para desenvolver ações direcionadas ao</p>	<p>Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento de ações voltadas ao adolescente na atenção primária.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>As dificuldades foram a ausência e a inadequação da estrutura física, item necessário para proporcionar realização de encontros, debates e reuniões com adolescentes. A sobrecarga de trabalho impede a</p>	<p>A enfermagem necessita desenvolver ações concretas baseadas na realidade dos adolescentes e, também facilitar o acesso aos serviços de saúde a partir de programas e serviços específicos para esse público.</p>

adolescente na atenção primária.			realização de práticas educativas devido à ausência de atuação multiprofissional. Observou-se a utilização do Programa Saúde na Escola como instrumento de aproximação entre profissionais e adolescentes.	
-------------------------------------	--	--	--	--

<p>Influência da saúde mental e do risco de uso de álcool ou outras drogas nos cuidados relatados por adolescentes recebidos em ambientes de cuidados primários.</p>	<p>Descrever os padrões de risco de uso de álcool e outras drogas e triagem e intervenção de cuidados primários relatados por adolescentes e examinar associações de risco de uso de álcool e outras drogas e saúde mental com os cuidados recebidos.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Quase a metade (49,2%) dos adolescentes relatou uso de álcool e outras drogas no ano anterior. Dos 769 (60,1%) adolescentes que relataram ter sido questionados por um provedor médico em cuidado primário sobre o uso de álcool e outras drogas, apenas 37,2% relataram ter recebido triagem/intervenção. As chances de triagem/intervenção relatada foram significativamente maiores para adolescentes com maior risco de uso de álcool e outras drogas e menores escores de saúde mental.</p>	<p>Os adolescentes em risco de uso de álcool e outras drogas e problemas de saúde mental têm maior probabilidade de se beneficiar de uma intervenção breve. Essas descobertas sugerem que estratégias são necessárias para facilitar a identificação dos profissionais de saúde da necessidade de aconselhamento tanto de uso de álcool e outras drogas quanto de cuidados de saúde mental para jovens em risco.</p>
<p>Rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade.</p>	<p>Analisar a rede intersetorial construída a partir da Atenção Primária à Saúde em contexto rural para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Emergiram duas categorias intituladas “Não é inexistente, mas é complicada” e “A gente está sempre na linha do tiro”. A existência de uma rede fragilizada, a atenção pautada pelo viés biomédico e a fragmentação no cuidado foram características presentes no cuidado às famílias.</p>	<p>A ausência de um cuidado em rede ficou evidente, gerando isolamento e sobrecarga da unidade de atenção básica que é potencializada pelas características da ruralidade.</p>

<p>Relação entre o relatório do adolescente de atenção centrada no paciente e da qualidade da Atenção Básica.</p>	<p>Examinar em uma amostra da comunidade se o auto relato do adolescente sobre a atenção centrada no paciente varia de acordo com as características do paciente e se o recebimento pelo adolescente está associado a medidas de qualidade da atenção primária ao adolescente.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Um total de 40% dos adolescentes relatou que receberam atenção centrada no paciente. O relatório de recebimento de atenção centrada no paciente foi associado a alta qualidade para outras medidas, como ter uma conversa privada com um médico e ter falado sobre comportamentos de saúde. Além disso, foi associado a menor probabilidade de necessidade de cuidados não satisfeita auto referida e ter um problema de saúde sério não tratado.</p>	<p>Muitos adolescentes não relatam receber atenção centrada no paciente. Esta relatada por adolescentes correlaciona-se positivamente com medidas de atenção primária a adolescentes de alta qualidade. O estudo fornece suporte para usar o relatório do adolescente de atenção centrada no paciente como uma medida da qualidade da atenção primária ao adolescente.</p>
---	--	---------------------------	--	--

<p>Fornecimento de contracepção em centros de saúde baseados em escolas da cidade de Nova York: impacto na gravidez na adolescência e custos evitados, 2008–2017.</p>	<p>Estimar o impacto que o aumento da disponibilidade e do acesso a serviços contraceptivos locais, incluindo método anticoncepcional reversível de ação prolongada, em Centro de Saúde Escolar teve sobre o uso de contraceptivos entre adolescentes sexualmente ativas em Nova York e, conseqüentemente, em gravidezes e nascimentos em toda a cidade e abortos de 2008 a 2017.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Entre 2008 e 2017, o Projeto de Saúde Reprodutiva do Centro de Saúde Escolar apoiou um aumento substancial na proporção de clientes mulheres sexualmente ativas que usam anticoncepcionais eficazes. Mais dramaticamente, 14% dos clientes no mix de métodos do Projeto de Saúde Reprodutiva do Centro de Saúde Escolar usaram método anticoncepcional reversível de ação prolongada em 2017, em comparação com 2% no mix de não Projeto de Saúde Reprodutiva do Centro de Saúde Escolar. O projeto evitou uma estimativa de 5.376 gestações, 2.104 nascimentos e 3.085 abortos, resultando em um valor estimado de \$ 30.360.352 em custos únicos evitados de nascimentos e abortos com financiamento público. Esses eventos evitados foram responsáveis por 26–28% do declínio de gravidezes, nascimentos e abortos na adolescência em Nova York.</p>	<p>Quando serviços abrangentes de saúde reprodutiva estão disponíveis os Centro de Saúde Escolar, os adolescentes os utilizam, resultando em substancialmente menos gravidezes, abortos e nascimentos, e custos mais baixos para os sistemas de saúde pública.</p>
---	---	---------------------------	--	--

<p>Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde</p>	<p>Discutir aspectos relacionados ao processo formativo de gestores e profissionais da Atenção Básica à Saúde no cuidado à saúde do adolescente.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Profissionais e gestores consideram a graduação e a educação permanente incipientes, não abarcando o cuidado integral. O despreparo do profissional foi destacado pelos adolescentes como entrave para vinculação ao serviço.</p>	<p>É necessário maior investimento na formação/capacitação dos profissionais como caminho para aperfeiçoar a prática nos serviços, a fim de torná-los mais coerentes e adequados à lógica de cuidado e às necessidades e aos modos de vida dos adolescentes.</p>
<p>Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil.</p>	<p>Analisar a associação entre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde dos adolescentes e adultos jovens e a cobertura da Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde foi referido por 89,5% dos indivíduos, apontando uma elevada prevalência entre os adolescentes e adultos jovens e não havendo diferenças estatisticamente significantes entre esse tipo de acesso e a área de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, entre indivíduos residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, verificou-se maior acesso às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, mas também menor probabilidade de o atendimento ocorrer no mesmo dia de marcação da consulta e menor disponibilidade de transporte coletivo. Embora não se tenham observado diferenças do acesso entre as áreas com cobertura da Estratégia Saúde da Família, a maior participação desses indivíduos em atividades de</p>	<p>A pesquisa evidenciou que os adolescentes e adultos jovens conseguem acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde, apesar da existência de barreiras de acesso geográficas e organizacionais. Isso indica que, embora seja considerada porta de entrada privilegiada e alternativa substitutiva do modelo biomédico, a Atenção Primária à Saúde ainda enfrenta muitos desafios para a efetivação de um papel organizador e coordenador do cuidado no sistema de saúde.</p>

			prevenção e promoção da saúde reforçam a importância dessa estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde.	
Comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, 2011.	Analisar comportamentos de risco à saúde de adolescentes e ações educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.	Estudo transversal	Houve baixa participação em ações educativas sobre álcool, alimentação e atividade física; meninas apresentaram maior prevalência de atividade física insuficiente; o consumo de álcool foi associado à idade de 15 a 19 anos; e o baixo consumo de frutas e hortaliças associou-se à renda familiar menor que dois salários mínimos. O estudo não encontrou associação significativa entre os comportamentos de risco à saúde e a participação dos adolescentes em ações educativas promovidas pela Estratégia Saúde da Família. Além do que, houve baixo relato de participação desse público adolescente nesse tipo de atividades desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária.	A renda familiar esteve associada ao baixo consumo de frutas e hortaliças. Adolescentes mais próximos à idade adulta apresentaram maior prevalência de consumo de álcool. A baixa participação de adolescentes em ações de promoção da saúde indica a necessidade de políticas de saúde mais efetivas. Sugere-se o monitoramento de programas de prevenção aos agravos, principalmente voltados à adolescência.
Os cuidados da Estratégia Saúde da Família a um adolescente vítima de bullying: uma cartografia	Cartografar a produção do cuidado ofertada a um adolescente em situações de “bullying” pela Estratégia Saúde da Família.	Estudo qualitativo	O desfecho da atividade possibilitou olhar para a vida de Teo em si e não somente para a patologia. Todavia, de modo geral, o cuidado ofertado não alcançou a dimensão do sofrimento psíquico decorrente do <i>bullying</i> escolar. A alopecia tão visível e inquietante roubou a cena e se fez protagonista	A utilização da cartografia e do fluxograma possibilitou visualizar os modos produzir cuidado de uma equipe ao adolescente vítima de <i>bullying</i> . Há uma frágil rede de suporte à saúde do adolescente que foram: as estratégias de cuidado desarticuladas entre os níveis de atenção, reduzida comunicação entre os profissionais e inexistente atenção à

			na vida do adolescente. Complementar a isso, a burocratização e fragmentação da assistência prestada rompeu com qualquer possibilidade de cuidado contínuo e longitudinal. Ademais, a equipe pouco trabalhou na perspectiva do coletivo e, ainda assim, e paradoxalmente, foi na contramão, dando passagem para linhas potentes de produção intensiva de sofrimento.	dimensão psicossocial. Logo, indica-se a necessidades de implementação das políticas, no sentido de aperfeiçoar os serviços e articular as estratégias de atenção à saúde do adolescente.
Avaliação da qualidade nos cuidados de saúde primários: Serviço Amigo do Adolescente e da Juventude, um estudo de caso moçambicano.	Avaliar a qualidade deste serviço de saúde na sua localização no Centro de Saúde Marrere, Nampula, norte de Moçambique, na perspectiva dos clientes.	Estudo transversal	Foram avaliados 126 usuários do Serviço Amigo do Adolescente e da Juventude, todos pertencentes ao grupo étnico-linguístico Emacua. Entre os participantes, 67% eram adolescentes e 78,2% mulheres. A média de idade foi de 17,6 anos. Encontrou-se uma média de 0,54 gestações por mulher e 69% nunca engravidaram. 44% conseguiram relatar a data da primeira consulta de pré-natal, em média realizada na semana 16, embora 53% a tenham realizado durante o primeiro trimestre. Abortos espontâneos e induzidos foram relatados respectivamente em quatro e 34 casos. O índice de satisfação geral foi mais frequente em ambos os grupos, sendo respondido por 93,8% dos jovens e	Embora a maioria dos usuários estejam satisfeitas com os serviços, houve algumas críticas severas. A prática dos profissionais de saúde com o protocolo é variada e há deficiências significativas de informação. Verificou-se comunicação aberta nas famílias e o reforço de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Recomenda-se a inclusão de reforço na capacitação dos profissionais para a proteção da saúde sexual de adolescentes e jovens, importante estratégia na atenção primária à saúde para alcançar a cobertura universal.

			adultos e 72,0% dos adolescentes, diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.	
Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde.	Analisar o cuidado realizado por Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto a famílias envolvidas na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.	Estudo qualitativo	Da análise das informações obtidas no estudo, emergiram duas categorias temáticas: Tudo desemboca aqui, que reflete o lugar legitimado das Unidades Básicas de Saúde para a população e as intervenções efetuadas para a produção do cuidado às famílias e A gente só faz o que é indispensável mesmo, que apresenta o olhar para a violência ainda pautado no modelo biomédico e positivista, sem atender as necessidades das vítimas e familiares para atenção integral.	O modelo de compreensão e construção dos processos de trabalho na Unidade Básica de Saúde está estruturado no paradigma biomédico centrado na queixa e conduta. Destaca-se que o profissional de enfermagem tem a possibilidade de se colocar como um agente de mudança, tanto na formação dos profissionais como no cuidado à comunidade.
Agentes Comunitários de Saúde: competências de promoção da saúde para adolescentes.	Identificar os domínios desenvolvidos pelos Agentes Comunitários de Saúde, na competência de promoção da saúde, para com os adolescentes.	Estudo qualitativo	Emergiram duas categorias e nove domínios das competências de promoção da saúde, sendo Conhecimento a partir de conceito, determinantes e condicionantes da saúde, principais problemas de saúde da população e enfrentamento e a intersetorialidade; Habilidade através de identificar a relação entre os problemas de saúde, realizar atividades educativas, organizar grupos de discussão, propor e implementar ações	Percebeu-se que houve a presença de alguns domínios da competência em promoção da saúde de Agentes Comunitário de Saúde junto aos adolescentes, mas há necessidade de Educação Permanente em Saúde referente à abordagem que estes profissionais, em relação ao conhecimento e habilidades de promoção da saúde.

			intersetoriais e estabelecer articulação com equipamentos sociais, apoiar ações sociais de alfabetização.	
Qualidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV.	Avaliar a qualidade de atenção à saúde da criança e adolescente vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana., entre os diferentes tipos de serviço de Atenção Primária à Saúde, de Santa Maria, Rio Grande do Sul.	Estudo transversal	Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, quando comparados aos de Unidades Básicas de Saúde, obtiveram maior grau de orientação à atenção primária, tanto pelo escore geral quanto derivado, assim como nos atributos integralidade e orientação comunitária. Especialização em Atenção Primária à Saúde, outro emprego, vínculo estatutário mostraram-se associados à qualidade da atenção.	Destaca-se a Estratégia Saúde da Família com maior qualidade de atenção à saúde da criança e adolescente vivendo com HIV, entretanto, a cobertura ainda é baixa. Há necessidade de ampliação dessa cobertura, bem como investimento na qualificação profissional direcionada para Atenção Primária e na efetivação dos profissionais.
Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: avaliação da longitudinalidade.	Avaliar a presença do atributo longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde, na experiência de profissionais dos municípios de procedência de crianças e adolescentes com HIV, acompanhados em serviço especializado.	Estudo transversal	A longitudinalidade apresentou-se satisfatória ( $p=6,96$ ). Associaram-se ao alto escore: profissional com idade menor ou igual a 30 anos ( $p=,01$ ); formação profissional clínico geral ( $p 0,03$ ). Foi associado ao alto escore, na Estratégia de Saúde da Família, o tempo suficiente no atendimento aos usuários ( $p 0,045$ ).	A avaliação indicou o potencial da Atenção Primária à Saúde para o atendimento das crianças e adolescentes com HIV, especialmente em proporcionar o vínculo, determinante para a continuidade da atenção.
Usando Alcance, Eficácia, Adoção, Implementação, Estrutura de Manutenção na	Fornecer uma avaliação formativa-programa de ação da <i>Posmaja</i> usando a estrutura de Alcance, Eficácia, Adoção,	Estudo qualitativo	A maioria dos participantes da <i>Posmaja</i> eram adolescentes do sexo masculino com idade em torno de 15 anos. Os temas comuns gerados foram adolescentes com	O uso da estrutura na avaliação do programa sugere que <i>Posmaja</i> é potencialmente impactante, especificamente para empoderar a juventude, promovendo conhecimentos

<p>Avaliação de Base Comunitária Programa Piloto de Atenção ao Adolescente.</p>	<p>Implementação e Manutenção.</p>		<p>empoderamento, aumento do conhecimento sobre saúde e monitoramento da saúde e nutrição como resultado da realização do programa piloto. Voluntários e profissionais de saúde reconheceram os benefícios da <i>Posmaja</i> e, assim, incentivou a adoção do programa. Esta conscientização, seguida pelo escritório do departamento de saúde de disposição para financiar e adotar o programa foi considerada altamente necessária para a continuação do programa.</p>	<p>de saúde e para monitorar as condições de saúde entre os jovens. Os voluntários, formados por um grupo dos jovens, desempenham um papel vital na implementação do processo, uma vez que são eles que promovem a <i>Posmaja</i> para seus colegas e persuadidos a participar.</p>
<p>Jovens não binários: acesso aos cuidados primários de saúde que afirmam o gênero.</p>	<p>Explorar resultados de saúde e experiências de jovens não binários em comparação com aqueles de meninas/mulheres trans e meninos/homens trans no acesso geral as necessidades primárias de saúde ou trans específicas.</p>	<p>Estudo quantitativo</p>	<p>Os jovens não binários e binários eram semelhantes na maioria dos dados demográficos, incluindo idade, distribuição geográfica e etnocultural. No entanto, uma proporção maior (82%) de jovens não binários foi designada do sexo feminino ao nascer. Jovens não binários mais velhos (19 e 25 anos) eram mais propensos a renunciar aos cuidados de saúde do que os jovens binários mais velhos. No geral, os jovens não binários (13%) eram menos prováveis do que os binários jovens (52%) de acessar a terapia hormonal, mas eram mais propensos do que os jovens binários a relatar a experiência de barreiras para</p>	<p>Jovens trans não binários relatam desafios no acesso a cuidados de saúde de afirmação de gênero necessários. Além disso, prestadores de cuidados primários estão bem situados para integrar uma ampla gama de serviços de cuidados de afirmação de gênero na prática, a fim de atender às necessidades exclusivas de não juventude binária. Pesquisas futuras são necessárias para explorar experiências de jovens não binários relacionadas a barreiras ao cuidado e para explorar os serviços ofertados.</p>

			acessar o hormônio terapia quando necessário.	
Estratégias comunitárias integradas para vincular jovens aos serviços de saúde reprodutiva de adolescentes: um estudo de caso.	Descrever o desenvolvimento e a promoção de um centro de saúde para adolescentes com serviço completo em um departamento de saúde local, com o objetivo de aumentar o acesso dos adolescentes aos cuidados de saúde reprodutiva e anticoncepcional.	Estudo transversal	No primeiro ano, o Centro de Bem-Estar Adolescente foi aberto, sendo que 1.675 clientes adolescentes receberam serviços de saúde reprodutiva, um aumento de 12,5% em comparação com o ano anterior. O número de clientes adolescentes que receberam mais de um tipo de serviços de saúde reprodutiva, por exemplo, visitas de bem-estar e serviços de planejamento familiar aumentou 133%. O número de clientes adolescentes que receberam serviços de planejamento familiar aumentou 3,8%.	O projeto conseguiu um aumento no número de clientes adolescentes de saúde reprodutiva. O estabelecimento de uma clínica de serviço completo voltada para adolescentes e o trabalho com agências de atendimento a jovens para aumentar o conhecimento dos serviços da clínica são abordagens promissoras para aumentar o acesso dos adolescentes aos cuidados de saúde reprodutiva.
Perspectivas dos prestadores de cuidados de saúde primários sobre as suas funções no apoio a adolescentes e jovens adultos na transição de serviços pediátricos.	Obter uma compreensão sobre os papéis dos médicos de família e potenciais barreiras e facilitadores para o seu envolvimento durante o período de transição, a partir da perspectiva dos médicos de família e outros prestadores de Atenção Primária à Saúde.	Estudo qualitativo	Cinco papéis distintos, embora sobrepostos, de prestadores de cuidados primários para adolescentes e jovens adultos em transição para cuidados de adultos resultaram de nossa análise: ser o provedor de cuidados contínuos acessíveis, cuidar do paciente de forma integral, conhecer a família para o cuidado colaborativo, empoderar os adolescentes e adultos jovens para desenvolver responsabilidade e cuidados especializados ou baseados na comunidade). Os	A opinião dos médicos que acompanham seus pacientes ao longo da vida e fornecem a maior parte dos cuidados primários no Canadá, são essenciais para informar e refinar as práticas de transição recomendadas. As descobertas fornecem insights, dos próprios prestadores de Atenção Primária, para reforçar a justificativa para o envolvimento do serviço durante as transições. Soluções para superar as barreiras na integração da atenção primária e atenção especial precisam ser identificadas e testadas, com a

			participantes identificaram os benefícios potenciais desses papéis para adolescentes e jovens adultos em transição para cuidados de adultos e barreiras na prática, como, por exemplo, falta de tempo e envolvimento mínimo em cuidados pediátricos.	contribuição das principais partes interessadas.
Acessibilidade e fatores associados à utilização de serviços de saúde mental em centros de saúde para jovens: uma análise qualitativa comparativa no norte da Suécia.	Analisar as várias condições que são suficientes e/ou necessárias para tornar os centros de saúde juvenil suecos acessíveis para a saúde mental e psicossocial.	Estudo misto	A fim de melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde mental, os centros de saúde juvenil precisam ter a confiança dos jovens. A confiança era necessária, mas não suficiente, o que significa que tinha que ser combinada com outras condições ou ter uma equipe com uma variedade de profissões representadas no centro de saúde juvenil, ou ser um centro de saúde juvenil fácil de contatar e bem equipado com profissionais de saúde mental.	Serviços diferenciados de primeira linha para os jovens podem desempenhar um papel importante na promoção da saúde mental dos jovens, se certas condições forem satisfeitas. A confiança é necessária, mas deve ser combinada com equipes multidisciplinares ou experiência em saúde mental e fácil acessibilidade.
Acesso de adolescentes a informações sobre anticoncepcionais: um estudo de cliente misterioso no México	Avaliar o acesso de adolescentes a informações sobre anticoncepcionais e a qualidade do atendimento em uma amostra de clínicas e farmácias de atendimento primário no México e sua associação com as características dos estabelecimentos de saúde e adolescentes.	Estudo transversal	Vinte por cento das mulheres não receberam as informações solicitadas. As clientes que buscavam informações sobre anticoncepção de emergência tinham maiores chances de obtê-las do que as clientes que buscavam informações sobre anticoncepcionais. As pontuações dos serviços amigos do adolescente foram baixas, embora mais altas nas clínicas do que nas farmácias. A idade mais jovem e a	O acesso às informações sobre anticoncepção em farmácias e clínicas é elevado, mas esforços devem ser feitos para oferecer cobertura de 100% aos adolescentes. A qualidade dos serviços de contracepção é ruim e não equitativa, favorecendo adolescentes mais velhos e não indígenas. As clínicas e farmácias devem se esforçar para cumprir as diretrizes internacionais dos serviços amigos do adolescente.

			aparência indígena foram associadas a uma qualidade inferior medida pelo escore serviços amigos do adolescente	
Escopo do recebimento de cuidados de saúde sexual e reprodutiva entre jovens do sexo masculino com idade entre 15-24.	Descrever o recebimento de saúde sexual e reprodutiva de homens jovens por comportamento sexual e fatores associados com maior recebimento destes serviços .	Estudo transversal	O estudo 90% eram negros não hispânicos, 61% com idade entre 20 e 24 anos, 90% sexualmente ativos, 71% tinham parceiras femininas e 20% homens ou parceiros femininos. Entre os homens sexualmente ativos, um em cada dez recebeu todos os serviços. Metade ou mais foram questionados sobre saúde sexual e testes de Infecções Sexualmente Transmissíveis, testados para infecções e aconselhados sobre redução do risco destas e uso correto de preservativo. Poucas pessoas foram questionadas sobre planejamento familiar, receberam preservativos e aconselhadas sobre planejamento familiar. No geral, os homens que não eram sexualmente ativos relataram menos serviços do que os homens sexualmente ativos.	Este estudo descobriu que poucos pacientes jovens do sexo masculino receberam saúde sexual e reprodutiva de homens jovens essencial e o recebimento de cuidados variou principalmente de acordo com o status do comportamento sexual dos pacientes e características da visita. Os resultados do estudo destacam a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva de homens jovens aos homens jovens, para além dos cuidados de Infecções Sexualmente Transmissíveis.
Avaliação do acesso à atenção primária à saúde entre crianças e adolescentes	Avaliar o acesso à Atenção Primária à Saúde oferecido a crianças e adolescentes hospitalizados por condições sensíveis à	Estudo transversal	No período estudado, 65,2% das 2.031 internações ocorridas na enfermaria pediátrica foram decorrentes de condições sensíveis à atenção primária. Tanto o Acesso de Primeiro Contato quanto seus	A proporção de condições sensíveis à atenção primária foi alta nesta população. O acesso aos serviços é inadequado devido a: barreiras de acesso, valorização dos serviços de emergência e atitude em relação às

hospitalizados por condições evitáveis.	atenção primária e analisar os condicionantes.		dois componentes estrutura e processo tiveram baixa avaliação entre os usuários. Dentre as variáveis estudadas, as que pareceram influenciar a avaliação foram o tipo de diagnóstico e o modelo de atendimento recebido. A avaliação feita pelos profissionais foi ainda pior.	necessidades de saúde. Atitudes e opiniões profissionais reforçam ideias inadequadas dos usuários refletindo sobre o padrão de uso do serviço.
Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.	Analisar os facilitadores e as barreiras para o cuidado colaborativo entre a e um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, no Rio de Janeiro/RJ.	Estudo qualitativo	A partir dos eixos temáticos propostos, identificou-se que a percepção dos problemas de saúde mental infanto-juvenil pelos trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família foi nomeada pelas alterações de comportamento situadas em contexto de vulnerabilidade. As principais barreiras para implementação das ações foram: desconhecimento sobre o modo de cuidado, problemas relacionados ao processo de trabalho e desarticulação da rede. Ainda que os profissionais consigam identificar os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes, as ações de cuidado são frágeis e a articulação da rede praticamente inexistente. O cuidado colaborativo foi reconhecido como uma estratégia para qualificação	Há inexistência de direção psicossocial clara que deixa os operadores sem um saber fazer, dinâmico e corresponsável, com a criança ou adolescente que sofre. A efetivação da saúde mental de crianças e adolescentes como política pública exige estratégias formais de difusão, avaliação, acompanhamento e compartilhamento para que responda pelo mandato da inclusão. Espera-se que os resultados encontrados e as discussões propostas possam contribuir para o debate e o avanço da saúde mental comunitária brasileira.

			da atenção psicossocial infanto-juvenil.	
Avaliação dos serviços amigáveis para adolescentes e jovens em unidades de saúde primárias em duas províncias da África do Sul.	Detalhar a avaliação do Serviço Amigo do Adolescente e da Juventude em relação aos padrões definidos para informar as iniciativas para fortalecer esses serviços.	Estudo transversal	As pontuações médias para os dez padrões mostraram uma variação substancial entre as instalações nos dois subdistritos, com a província de Gauteng pontuando abaixo do Noroeste para nove padrões. A mediana do subdistrito de Gauteng foi de 38% e do Noroeste de 48%. Em ambas as províncias, os padrões relacionados à prestação de serviços gerais, como os padrões quatro e cinco, pontuaram acima de 75%. A avaliação dos serviços que abordam especificamente a saúde sexual, reprodutiva e mental mostrou que quase todos esses serviços foram pontuados acima de 50%. A exploração de serviços relacionados a avaliações psicossociais e físicas demonstrou diferenças na gestão de queixas apresentadas por adolescentes em unidades de saúde e sua gestão abrangente, incluindo status psicossocial e perfil de risco.	As instalações tinham os componentes essenciais para a prestação de serviços gerais, mas faltava a prestação de serviços específicos para adolescentes. O Serviço Amigo do Adolescente e da Juventude é uma prioridade do governo, mas é necessário apoio adicional para as instalações para atingir os padrões acordados. Atender a esses padrões pode dar uma grande contribuição para garantir a saúde dos adolescentes, especialmente na prevenção de gravidezes indesejadas e do HIV, bem como melhorar a gestão psicossocial.
Esclarecendo os critérios para aconselhamento de saúde reprodutiva para meninas	Determinar os critérios de aconselhamento relativos à saúde reprodutiva de meninas adolescentes do	Estudo qualitativo	Os critérios de aconselhamento em saúde reprodutiva para meninas adolescentes foram classificados em cinco categorias: aconselhamento com abordagem	Os profissionais de saúde forneceram vários critérios para serviços de aconselhamento para adolescentes, onde a atenção à coordenação entre os critérios é de suma importância no

adolescentes por provedores de serviços: um estudo qualitativo.	ponto de vista dos prestadores de serviços		educacional, atenção ao efeito de fatores intrapessoais, interpessoais e sociais nos objetivos do aconselhamento, atenção à relação dos componentes do aconselhamento, atenção ao encaminhamento e sistema de triagem, centros de prestação de serviços preferenciais para o aconselhamento de meninas.	planejamento do aconselhamento. Estudos adicionais são recomendados, especialmente sobre o sistema de referência e triagem no aconselhamento de meninas adolescentes.
Testes de clamídia e HIV, conselhos sobre contracepção e preservativos gratuitos oferecidos na prática geral: um estudo de entrevista qualitativa das percepções de jovens adultos sobre esta iniciativa.	Determinar as opiniões dos jovens adultos sobre o recebimento de uma oferta mais ampla de saúde sexual de 3Cs e HIV em sua clínica.	Estudo qualitativo	Os participantes indicaram que o método de teste, o momento e a forma como o membro da equipe abordou foram aspectos importantes para quem receberam 3Cs e HIV. Os participantes demonstraram preferência por 3Cs e HIV a serem oferecidos. Destacaram a conveniência da prática, garantia de sigilo e que a discussão era apropriada e rotineira. As barreiras para os pacientes foram constrangimento, desconforto, falta de tempo, religião. Os facilitadores sugeridos incluem aumentar a conscientização, reafirmar a confidencialidade e garantir que a oferta seja feita de forma profissional e sem julgamentos no final da consulta.	A equipe de clínica geral deve facilitar as preferências dos pacientes, garantindo que os 3Cs e os serviços de teste de HIV sejam disponibilizados em sua cirurgia e oferecidos aos pacientes apropriados de uma forma sem julgamento.
Oportunidades perdidas de abordar a prevenção da	Descrever a proporção de homens jovens que perceberam que aprenderam	Estudo transversal	A maioria dos participantes eram negros não hispânicos, com idades entre 15-19 anos, vistos para	Constatou-se que uma minoria de homens jovens, independentemente de seu status de atividade sexual, percebeu

<p>gravidez com homens jovens na atenção primária.</p>	<p>sobre prevenção da gravidez na atenção primária, estratificada por status de comportamento sexual.</p>		<p>exame físico e pacientes estabelecidos. Poucos participantes perceberam que aprenderam sobre prevenção da gravidez, independente da atividade sexual ou não. Os modelos de regressão de Poisson determinaram que o aprendizado percebido sobre a prevenção da gravidez foi independentemente associado ao recebimento de cuidados de prevenção da gravidez e às necessidades de contracepção no último sexo. .</p>	<p>que aprendeu sobre prevenção de gravidez em sua consulta de atenção primária. Essa percepção foi associada ao recebimento das necessidades de prevenção da gravidez e anticoncepcionais na última relação sexual. Destaca-se a necessidade de abordar a prevenção da gravidez para homens jovens na atenção primária.</p>
<p>Aconselhamento e documentação sobre o tabaco na prática de atenção primária a adolescentes: desafios e oportunidades.</p>	<p>Descrever as práticas de documentação no registro eletrônico de saúde relacionadas ao tabaco em clínicas de atendimento a adolescentes e identificar aspectos do uso de tabaco por adolescentes que podem informar as atualizações e as práticas de aconselhamento e documentação.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Na revisão registro eletrônico de saúde, a triagem de cigarro foi documentada em 92,3% das visitas, a triagem de tabaco sem fumaça em 51,4%, o uso de tabaco pelos pais em 23,2% e a exposição a fumaça do tabaco em casa em 33,1% das visitas. As opções de status de fumante não eram mutuamente exclusivas e não incluíam produtos não-cigarros. Nenhum registro documentou avaliação do uso de cigarros eletrônicos, apesar de quase metade dos adolescentes entrevistados citarem estes como os produtos mais populares entre adolescentes. Em entrevistas, os adolescentes discutiram suas experiências com produtos</p>	<p>As instruções sobre o status do uso de tabaco devem ser revisadas para maior clareza e incluir produtos de tabaco não-cigarros e exposição a fumaça do cigarro. A educação do provedor sobre produtos não-cigarros e avaliação de exposição é necessária. Melhorias nos sistemas, recursos e ferramentas de registros podem levar a melhores práticas de rastreamento, prevenção e tratamento do tabaco entre os prestadores de cuidados primários.</p>

			alternativos de tabaco/nicotina mais do que cigarros.	
Fatores comportamentais e socioecológicos que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde por jovens que vivem na zona rural de KwaZulu-Natal, África do Sul: implicações para a intervenção.	Apresentar uma abordagem abrangente para a exploração da utilização de serviços de saúde por jovens na zona rural de KwaZulu-Natal, África do Sul, examinando barreiras e facilitadores conceituados pelos construtos da Teoria do Comportamento Planejado, enquadrados em um modelo socioecológico.	Estudo qualitativo	Fatores socioecológicos e comportamentais influenciaram a intenção dos jovens de usar os serviços. As barreiras incluíam a percepção de atitudes negativas dos profissionais de saúde e a percepção de fracas competências do pessoal. Os facilitadores incluíam uma apreciação por receber educação em saúde e presumiram uma melhora na saúde. Nos níveis social e comunitário, as crenças normativas impediam os jovens de utilizar os serviços, pois temiam a estigmatização. No nível das políticas públicas, os elementos estruturais tiveram um efeito enfraquecedor, pois o layout físico das clínicas dificultava a utilização, os recursos limitados influenciavam o pessoal e os horários de abertura das instalações não eram convenientes.	Para avaliar plenamente a complexidade da utilização dos serviços de saúde, é necessário não apenas considerar fatores e processos relevantes para o indivíduo, mas também reconhecer e agir sobre a disjunção entre valores culturais, normas e políticas nacionais no nível da comunidade.
Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica.	Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.	Estudo qualitativo	Emergiram dois núcleos temáticos: Políticas públicas identificadas pelas enfermeiras e Ações das enfermeiras diante da violência permeadas por medos e conflitos. Destaca-se que as enfermeiras conheciam as políticas públicas, mas não conseguiam	As principais limitações ao trabalho prático dos enfermeiros são a sobrecarga de trabalho, a falta de segurança e a dinâmica de trabalho desarticulada com a rede de proteção as quais levam à subnotificação dos casos de violência.

			colocá-las em prática, estavam despreparadas para identificar e enfrentar a violência, não participavam de cursos de capacitação e temiam notificar os casos detectados de violência	
Percepções de adolescentes acerca do enfrentamento da violência na atenção primária à saúde.	Analisar as percepções dos adolescentes acerca do enfrentamento da violência, desenvolvido pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.	Estudo qualitativo	Construíram três categorias com base na releitura do material: a violência no cotidiano do adolescente, a banalização da violência, relação dos adolescentes com a equipe de saúde local. Evidenciou-se que os adolescentes estão expostos à violência na sua comunidade, o que contribui para naturalização deste fenômeno. Quanto à equipe de saúde, esta tem dificuldade em construir atrativos direcionados aos adolescentes, causando pouca procura deste público. No entanto, são geradas necessidades no cotidiano dos adolescentes que merecem atenção específica dos profissionais.	Diante do exposto, percebeu-se que a participação da Estratégia Saúde da Família deve ser ampliada, visto que a violência deve ser considerada na multiplicidade de interfaces geradas no âmbito, físico, social e de saúde pública. A formação de parcerias parece emergir como potencial mecanismo de enfrentamento dos problemas oriundos da violência, construindo alternativas para melhora das relações humanas e mediação de conflitos.
Discursividade de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na Atenção Primária.	Evidenciar a discursividade de agentes comunitários de saúde acerca da contribuição de suas ações de cuidado para o manejo da doença crônica de crianças/adolescentes na atenção primária.	Estudo qualitativo	Apurou-se que na Atenção Primária as ações de cuidado não atendem às especificidades das necessidades de saúde de crianças/adolescentes com doença crônica, sendo necessário o acompanhamento destes por serviços especializados da rede de atenção. A visita domiciliar é realizada para cumprimento de	Os agentes comunitários de saúde precisam sensibilizar-se em relação às necessidades das crianças/adolescentes com doença crônica e suas famílias e buscar nas equipes uma comunicação efetiva, para que sejam traçadas ações de cuidado compartilhadas, objetivando o manejo qualificado da doença crônica.

			metas. O cuidado encontra-se desarticulado entre os membros da equipe e está centrado nas condições agudas ou na atualização de receitas médicas. Apesar dessas fragilidades, o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde permite escuta qualificada, confiança e segurança na relação com a família, possibilitando a formação de vínculo.	
Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV.	Avaliar os atributos derivados de Atenção Primária à Saúde com foco nas crianças e adolescentes vivendo com HIV, na experiência de profissionais, comparando unidades do modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família.	Estudo transversal	Na caracterização da população investigada, identificou 270 profissionais em Unidade Básica de Saúde (51%) e 257 em Estratégia Saúde da Família (49%). A comparação entre os tipos de serviço de Atenção Primária à Saúde mostrou que o escore derivado atribuído às Saúde da Família (7,8) foi maior do que o atribuído às Unidade Básica (6,8), ambos satisfatórios. Contribuíram com o alto escore as variáveis visita domiciliar, formação profissional e vínculo empregatício, essa última atuando independentemente das demais.	A avaliação dos atributos derivados demonstra a interação com os usuários e a comunidade e o potencial da Atenção Primária à Saúde para atender essas crianças e adolescentes, sendo que a visita domiciliar qualifica a prática.
Ações de autocuidado apoiado a crianças e	Analisar ações das equipes da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do autocuidado apoiado de	Estudo qualitativo	Evidenciaram-se ações insuficientes no plano de cuidados específicos. São realizadas intervenções isoladas incluindo,	As ações na Atenção Primária à Saúde ainda não valorizam o papel ativo e corresponsável do indivíduo no controle de sua doença, havendo

adolescentes com doenças crônicas.	crianças e adolescentes com doenças crônicas.		avaliação de barreiras para o autocuidado e do estado emocional do indivíduo, fornecimento de informações sobre sinais, sintomas da doença e tratamento, estímulo da busca por recursos da comunidade, ações inerentes à formação profissional e acompanhamento por meio da busca ativa e visitas domiciliares.	lacunas a serem superadas nos cinco pilares do autocuidado apoiado. Sugerem-se pesquisas de intervenção que capacitem os trabalhadores para o autocuidado apoiado à saúde desses indivíduos.
Fatores associados à vacina contra HPV iniciação, Conclusão da Vacina e Precisão da vacinação auto relatada Status entre homens de 13 a 26 anos de idade.	Examinar a vacinação contra o HPV e os fatores associados à vacinação contra o HPV em homens de 13 a 26 anos de idade e examinar e determinar os fatores associados ao autorrelato preciso da vacinação.	Estudo quantitativo	26,0% receberam pelo menos uma dose de vacina e 12,3% receberam três doses. Fatores associados ao recebimento de pelo menos uma dose em modelos multivariáveis incluiu local de recrutamento e público seguro versus outro. A maioria dos jovens relatou com precisão o estado de vacinação, mas a precisão do relatório diferia por idade. A maioria (73,3%) relatou com precisão o número de doses recebidas.	O início e a conclusão do HPV na amostra do estudo foram baixos. Atendimento ao centro de saúde para adolescentes, público seguro e idade mais jovem foram associados ao início da vacina. Idade mais avançada e ambiente clínico de DST eram associado a auto relato preciso de vacinação.

Fonte: elaborado pelo autor (2021).

**APÊDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
ADOLESCENTES MENORES DE IDADE**

Você está sendo convidado (a) como participante da pesquisa: “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE**”. Nesse estudo pretendemos avaliar a qualidade da atenção Primária à Saúde do Adolescente.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que a atenção à saúde do adolescente ainda apresenta insatisfatória quanto aos serviços ofertados pelos profissionais de saúde, não contemplando as necessidades e os interesses de saúde da população adolescente para promover a saúde integral para a qualidade de vida com vistas ao desenvolvimento saudável.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): realizaremos uma entrevista com perguntas fechadas acerca do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional e perguntas abertas quanto a atenção à saúde pela unidade de Atenção Primária à Saúde por meio de itens referente a estrutura física da unidade, o processo de trabalho dos profissionais e os resultados disso tudo na saúde sua saúde. O momento será na unidade de saúde ou na residência podendo ainda ser gravado pelo pesquisador para melhor compreensão das informações obtidas, mediante a sua autorização. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo como possível constrangimento e desconforto pela temática abordada, no entanto, caso venha a acontecer, o pesquisador estará prontamente disponível para prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (se tiver o documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) menor

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa:

**Nome:** oão Vítor Lira Dourado

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará

**Endereço:** Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará.

**Telefones para contato:** (88) 9.9630-5051

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS  
PAIS/RESPONSÁVEL LEGAL**

**Prezado (a),**

**O seu familiar está sendo convidado por JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE”. Ele não deve participar contra vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

A colaboração de seu familiar nesta pesquisa será através da participação em uma entrevista com perguntas fechadas acerca do perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional e perguntas abertas quanto a atenção à saúde dele (a) pela unidade de Atenção Primária à Saúde por meio de itens referente a estrutura física da unidade, o processo de trabalho dos profissionais e os resultados disso tudo na saúde dele (a). O momento será na unidade de saúde ou na residência podendo ainda ser gravado pelo pesquisador para melhor compreensão das informações obtidas, mediante a autorização. Garanto que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano, transtorno para ele (a), uma vez que é máximo o benefício como a avaliação da qualidade a atenção à saúde do adolescente no serviço de saúde que poderá apresentar vários resultados para quando necessário mudanças para melhorias no serviço de saúde e mínimos os riscos como possível constrangimento e desconforto pela temática abordada, no entanto, caso venha a acontecer, o pesquisador estará prontamente disponível para prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa sempre resguardando a identificação. Portanto, participação dele (a) é muito importante para o alcance dos objetivos deste estudo, se apresentará de forma voluntária sem recebimento de nenhum pagamento pela participação e só poderá acontecer após sua autorização.

Destaco ainda que a qualquer momento ele (a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o consentimento, sem que isso traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da participação não permitirão a identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

<p><b>Nome:</b> João Víctor Lira Dourado <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará <b>Endereço:</b> Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. <b>Telefones para contato:</b> (88) 9.9630-5051</p>
--

<p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).</p>
---

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
ADOLESCENTES MAIORES DE IDADE**

**Prezado (a)**

**Você está sendo convidado por JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

A sua colaboração nesta pesquisa será através de sua participação em uma entrevista com perguntas fechadas acerca do seu perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional e perguntas abertas quanto a atenção à sua saúde pela unidade de Atenção Primária à Saúde por meio de itens referente a estrutura física da unidade, o processo de trabalho dos profissionais e os resultados disso tudo na sua saúde. O momento será na unidade de saúde ou em sua residência podendo ainda ser gravado pelo pesquisador para melhor compreensão das informações obtidas, mediante sua autorização, se o (a) senhor (a) assim concordar. Garanto que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano, transtorno para o (a) senhor (a), uma vez que é máximo o benefício como a avaliação da qualidade a atenção à saúde do adolescente no serviço de saúde que poderá apresentar vários resultados para quando necessário mudanças para melhorias no serviço de saúde e mínimos os riscos como possível constrangimento e desconforto pela temática abordada, no entanto, caso venha a acontecer, o pesquisador estará prontamente disponível para prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa sempre resguardando sua identificação. Portanto, a sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos deste estudo e se apresenta de forma voluntária sem recebimento de nenhum pagamento pela participação.

Destaco ainda que a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

<p><b>Nome:</b> João Víctor Lira Dourado <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará <b>Endereço:</b> Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. <b>Telefones para contato:</b> (88) 9.9630-5051</p>
--

<p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).</p>
---

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS  
FAMILIARES DOS ADOLESCENTES**

**Prezado (a)**

**Você está sendo convidado por JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

A sua colaboração nesta pesquisa será através de sua participação em uma entrevista com perguntas fechadas acerca do seu perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional e perguntas abertas quanto a atenção à saúde do adolescente pela unidade de Atenção Primária à Saúde por meio de itens referente a estrutura física da unidade, o processo de trabalho dos profissionais e os resultados disso tudo na saúde dele. O momento será na unidade de saúde ou em sua residência podendo ainda ser gravado pelo pesquisador para melhor compreensão das informações obtidas, mediante sua autorização, se o (a) senhor (a) assim concordar. Garanto que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano, transtorno para o (a) senhor (a), uma vez que é máximo o benefício como a avaliação da qualidade a atenção à saúde do adolescente no serviço de saúde que poderá apresentar vários resultados para quando necessário mudanças para melhorias no serviço de saúde e mínimos os riscos como possível constrangimento e desconforto pela temática abordada, no entanto, caso venha a acontecer, o pesquisador estará prontamente disponível para prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa sempre resguardando sua identificação. Portanto, a sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos deste estudo e se apresenta de forma voluntária sem recebimento de nenhum pagamento pela participação.

Destaco ainda que a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

<p><b>Nome:</b> João Víctor Lira Dourado <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará <b>Endereço:</b> Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. <b>Telefones para contato:</b> (88) 9.9630-5051</p>
--

<p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).</p>
---

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Prezado (a)**

**Você está sendo convidado por JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO como participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

A sua colaboração nesta pesquisa será através de sua participação em uma entrevista com perguntas fechadas acerca do seu perfil sociodemográfico, econômico, ocupacional e de formação e perguntas abertas quanto a atenção à saúde do adolescente pela unidade de Atenção Primária à Saúde por meio de itens referente a estrutura física da unidade, o processo de trabalho dos profissionais e os resultados disso tudo na saúde dele (a). O momento será na unidade de saúde podendo ainda ser gravado pelo pesquisador para melhor compreensão das informações obtidas, mediante sua autorização, se o (a) senhor (a) assim concordar. Garanto que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano, transtorno para o (a) senhor (a), uma vez que é máximo o benefício como a avaliação da qualidade a atenção à saúde do adolescente no serviço de saúde que poderá apresentar vários resultados para quando necessário mudanças para melhorias no serviço de saúde e mínimos os riscos como possível constrangimento e desconforto pela temática abordada, no entanto, caso venha a acontecer, o pesquisador estará prontamente disponível para prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa sempre resguardando sua identificação. Portanto, a sua participação é muito importante para o alcance dos objetivos deste estudo e se apresenta de forma voluntária sem recebimento de nenhum pagamento pela participação.

Destaco ainda que a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

<p><b>Nome:</b> João Víctor Lira Dourado <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará <b>Endereço:</b> Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. <b>Telefones para contato:</b> (88) 9.9630-5051</p>
--

<p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).</p>
---

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

**APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA  
ADOLESCENTES**

<b>PARTE I</b>	
<b>Número da Entrevista:</b> _____	<b>Data da Entrevista:</b> /     /
<b>Iniciais do (a) participante:</b> _____	<b>Pesquisador:</b> _____
<b>ASPECTO SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
<b>Qual o seu sexo?</b> ( ) Masculino   ( ) Feminino	
<b>Quantos anos você tem?</b>	
<b>Qual o seu estado civil?</b> ( ) Solteiro (a)   ( ) Casado (a)   ( ) União estável   ( ) Viúvo (a)   ( ) Separado (a) ( ) Divorciado (a)	
<b>Qual a sua religião?</b>	
<b>Qual o seu grau de escolaridade?</b> ( ) Analfabeta   ( ) Alfabetizada   ( ) ensino básico completo   ( ) ensino básico incompleto ( ) ensino fundamental completo   ( ) ensino fundamental incompleto   ( ) ensino médio completo ( ) ensino médio completo   ( ) ensino superior incompleto	
<b>Qual a sua raça?</b> ( ) Branca   ( ) Parda   ( ) Negra   ( ) Amarela   ( ) Indígena	
<b>Com quem você mora?</b> ( ) Esposo (a)   ( ) Filhos (as)   ( ) Familiares de 1º grau   ( ) Amigos   ( ) Outros Quem?	
<b>Quantas pessoas moram na sua casa incluindo você?</b>	
<b>Você trabalha?</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Se sim, qual a sua ocupação?</b>	
<b>Qual a sua principal fonte de renda?</b> ( ) Emprego ( ) Seguro desemprego ( ) Renda do companheiro ( ) Renda Familiar ( ) Outro Qual?	
<b>ASPECTO ECONÔMICO</b>	
<b>Qual a sua renda mensal?</b> (Salário mínimo de R\$ 1.100,00) ( ) Sem renda ( ) menos 1 salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimo ( ) de 3 a 4 salários mínimo ( ) mais de 5 salários mínimo	

<b>PARTE II</b>
<b>ESTRUTURA</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>
Você considera que no posto de saúde há profissionais para atendimento a você? Quais? Por que?
Você considera que esses profissionais do posto são qualificados/ capacitados para atender lhe atender? Por que?
<b>MATERIAIS</b>
Você considera que no posto há materiais disponíveis para que os profissionais possam fazer o atendimento a você? Por que?
<b>NORMAS E ROTINAS</b>
Você considera que no posto de saúde há normas e rotinas apropriadas levando em conta a sua presença? Por que?
Poderia me contar então como você avalia isso?
<b>INSTALAÇÕES</b>
Você avalia que a estrutura física, as instalações e os equipamentos o posto são adequados em atenção à sua presença?
<b>PROCESSO</b>
Você considera que os profissionais do posto de saúde têm prestado assistência ou cuidado a você? De que forma?
Como você avalia essa assistência ou esse cuidado dos profissionais do posto a você.
<b>PROCEDIMENTOS</b>

Os profissionais do posto de saúde têm realizado durante o atendimento algum procedimento em você? Como?
Qual a sua análise sobre esses procedimentos realizados em você pelo profissional.
<b>TÉCNICAS</b>
Você considera que os profissionais do posto de saúde têm utilizado de boas práticas, de técnicas científicas e corretas na assistência ou cuidado a você? Por que?
Como você avalia/julga essas condutas utilizadas no atendimento a você pelo profissional.
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>
Você considera que os profissionais do posto de saúde têm respeitado a ética no atendimento a você? Por que?
Conte-me como você julga então essa ética dos profissionais do posto de saúde em relação ao atendimento a você.
<b>RELAÇÃO TERAPÊUTICA</b>
Você considera ter uma relação estabelecida/vínculo com os profissionais do posto? Por que?
Conte-me como você avalia/julga essa relação entre você e os profissionais do posto.
<b>RESULTADOS</b>
<b>IMPACTO</b>
Você considera que a relação com os profissionais do posto de saúde tem impactado no seu estado de saúde? Por que? Quais são os impactos?
Então, conte-me de que forma você verifica este impacto na sua saúde.

EFEITO
Você considera que esta interação com os profissionais do posto tem causado efeito no seu estado de saúde? Por que? Quais são os efeitos?
Então, conte-me como de que forma você avalia estes efeitos no seu estado de saúde.
CONDIÇÃO DE SAÚDE
Descreva-me como você julga atualmente o seu estado geral de saúde.
Você considera que este seu estado de saúde é reflexo/resultado da relação atual com o posto de saúde? Por que?
SATISFAÇÃO
Qual o seu julgamento com os serviços prestados pelo posto a sua saúde e a você? Por que?

**APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA FAMILIAR**

<b>PARTE I</b>	
<b>Número da Entrevista:</b> _____	<b>Data da Entrevista:</b> /     /
<b>Iniciais do (a) participante:</b> _____	<b>Pesquisador:</b> _____
<b>Qual o seu parentesco com o adolescente?</b> ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Irmão (ã) ( ) Tio (a) ( ) Primo (a) ( ) Outro Qual: _____	
<b>Quantos anos você tem?</b> _____	
<b>Qual o seu estado civil?</b> ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) União estável ( ) Viúvo (a) ( ) Separado (a) ( ) Divorciado (a)	
<b>Qual a sua religião?</b> _____	
<b>Qual o seu grau de escolaridade?</b> ( ) Analfabeta ( ) Alfabetizada ( ) ensino básico completo ( ) ensino básico incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto	
<b>Qual a sua raça?</b> ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Amarela ( ) Indígena	
<b>Você trabalha?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Se sim, qual a sua ocupação?</b> _____	
<b>Qual a sua principal fonte de renda?</b> ( ) Emprego ( ) Seguro desemprego ( ) Renda do companheiro ( ) Renda Familiar ( ) Outro Qual?	
<b>Qual a sua renda mensal?</b> (Salário mínimo de R\$ 1.100,00) ( ) Sem renda ( ) menos 1 salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimo ( ) de 3 a 4 salários mínimo ( ) mais de 5 salários mínimo	

<b>PARTE II</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>
Você considera que no posto de saúde há profissionais para atendimento a ele (a) enquanto adolescente? Quais? Por que?
Você julga que esses profissionais do posto de saúde são qualificados para atender a ele (a) enquanto adolescente? Por que?
<b>MATERIAIS</b>
Você considera que no posto de saúde há materiais disponíveis para que os profissionais possam fazer o atendimento a ele (a) enquanto adolescente? Por que?
<b>NORMAS E ROTINAS</b>
Você considera que no posto de saúde há normas e rotinas apropriadas a presença dele (a) enquanto adolescente? Por que?
Como você avalia essas normas e rotinas em atenção a presença dele (a) enquanto adolescente?
<b>INSTALAÇÕES</b>
Você avalia que a estrutura física, as instalações e os equipamentos são adequados em atenção à presença dele (a) enquanto adolescente?
<b>PROCESSO</b>
Você considera que os profissionais do posto de saúde têm prestado assistência ou cuidado a ele (a)? De que forma?
Conte-me como você avalia essa assistência ou esse cuidado prestado pelos profissionais a ele (a).
<b>PROCEDIMENTOS</b>

Os profissionais do posto de saúde têm realizado durante o atendimento algum procedimento nele (a)?
Como você analisa isso sobre os procedimentos realizados no atendimento a ele (a) pelos profissionais.
<b>TÉCNICAS</b>
Você considera que os profissionais do posto têm utilizado de boas práticas e técnicas científicas na assistência ou cuidado a ele (a)? Por que?
Conte-me como você avalia isso sobre as técnicas realizadas no atendimento pelo profissional do posto.
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>
Você considera que os profissionais do posto têm respeitado a ética no atendimento a ele (a) enquanto adolescente? De que forma?
Como você avalia/julga isso sobre esta conduta do profissional do posto no atendimento a ele (a).
<b>RELAÇÃO TERAPÊUTICA</b>
Você considera que o profissional do posto possui uma relação estabelecida com ele (a)? Por que? De que forma?
Como você avalia essa relação entre o profissional do posto com ele (a) enquanto adolescente?
<b>RESULTADOS</b>
<b>IMPACTO</b>
Você considera que a relação com os profissionais do posto impactado no estado de saúde dele (a)? Por que? Quais são os impactos?

EFEITO
Você considera que esta interação com os profissionais do posto tem causado algum efeito no estado de saúde dele (a)? Por que? Quais são os efeitos?
Então, conte-me como de que forma você avalia isto sobre a saúde dele enquanto adolescente.
CONDIÇÃO DE SAÚDE
Descreva-me como você julga atualmente o estado geral de saúde dele (a).
Você considera que este estado de saúde dele (a) é reflexo/resultado da relação com o posto de saúde? Por que?
SATISFAÇÃO
Qual o seu julgamento/opinião com os serviços prestados pelo posto à saúde e vida dele (a)? Por que?

**APÊNDICE J – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA  
PROFISSIONAIS**

<b>PARTE I</b>
<b>INFORMAÇÃO</b>
<b>Número da Entrevista:</b> _____ <b>Data da Entrevista:</b> /     /
<b>Iniciais do (a) participante:</b> _____
<b>ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO</b>
<b>Qual o seu sexo?</b> ( ) Masculino   ( ) Feminino
<b>Qual a sua idade?</b>
<b>Qual o seu estado civil?</b> ( ) Solteiro (a)   ( ) Casado (a)   ( ) União estável   ( ) Viúvo (a)   ( ) Separado (a) ( ) Divorciado (a)
<b>Qual a sua raça?</b> ( ) Branca   ( ) Parda   ( ) Negra   ( ) Amarela   ( ) Indígena
<b>Grau de escolaridade:</b> ( ) Ensino Médio   ( ) Ensino Superior   ( ) Especialização   ( ) Residência   ( ) Mestrado   ( ) Doutorado
<b>Qual a sua categoria profissional?</b>
<b>Quanto tempo de formação?</b> 1) < 1 ano   2) de 01 a 05 anos   3) de 06 a 10 anos   4) >10 anos
<b>Há quanto tempo você atua neste serviço de saúde?</b>
<b>Qual a sua renda mensal?</b> ( ) de 1 a 2 salários mínimo ( ) de 3 a 4 salários mínimo ( ) mais de 5 salários mínimo

<b>PARTE II</b>
<b>ESTRUTURA</b>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>
Você considera que no posto de saúde há profissionais para atendimento os adolescentes? Quais? Por que?
Você julga que os profissionais do posto de saúde são qualificados para atender os adolescentes? Por que?
Você se considera como profissional do posto de saúde qualificado para atender os adolescentes? Por que?
<b>MATERIAIS</b>
Você considera que no posto há materiais e insumos disponíveis para fazer o atendimento aos adolescentes? Por que?
<b>NORMAS E ROTINAS</b>
Você considera que no posto de há normas e rotinas levando em consideração a presença dos adolescentes? Por que?
Como você avalia isso levando em conta a presença dos adolescentes no posto?
<b>INSTALAÇÕES</b>
Você considera que a estrutura física, as instalações e os equipamentos são adequados em atenção à presença dos adolescentes na unidade?
<b>PROCESSO</b>
Você considera que os profissionais do posto têm prestado assistência ou cuidado aos adolescentes? De que forma, por exemplo?

Como você avalia/julga essa assistência ou esse cuidado dos profissionais do posto de saúde aos adolescentes.
Como você julga a sua assistência ou o cuidado prestado aos adolescentes? Por que?
PROCEDIMENTOS
Como tem sido o atendimento, o cuidado e a assistência do profissional aos adolescentes?
Os profissionais do posto têm realizado durante o atendimento algum procedimento, exame, encaminhamentos frente ao caso dos adolescentes? De que formas?
Você tem realizado atendimento aos adolescentes? De que forma tem acontecido?
O que você observa e avalia sobre isto que tem realizado?
TÉCNICAS
Você considera que os profissionais do posto têm utilizado de boas práticas e técnicas-científicas na assistência ou cuidado aos adolescentes? Por que você considerada isso?
Conte-me como você avalia isso sobre essas condutas utilizadas no atendimento aos adolescentes pelos profissionais do posto.
Você tem utilizado de boas práticas e técnicas-científicas na assistência ou cuidado aos adolescentes? Como isso ocorre?
O que você observa e avalia sobre isto?

<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>
Você considera que os profissionais do posto de saúde têm respeitado a ética no atendimento aos adolescentes? Por que?
Conte-me como você julga então isso sobre a ética dos profissionais do posto em relação ao atendimento aos adolescentes.
Você considera que tem respeitado a ética no atendimento aos adolescentes? Por que?
O que você observa e avalia sobre isto?
<b>RELAÇÃO TERAPÊUTICA</b>
Você considera que os profissionais do posto possuem uma relação estabelecida com os adolescentes em atenção à saúde deles? Por que? De que forma?
Conte-me como você avalia isso sobre esta relação entre os profissionais e adolescentes em atenção à saúde dele.
Você considera que possui uma relação estabelecida com os adolescentes em atenção à saúde deles? Por que?
O que você observa e avalia sobre isto?
<b>RESULTADOS</b>
<b>IMPACTO</b>
Você considera que a relação que os profissionais do posto têm com os adolescentes tem impactado no estado de saúde deles? Por que? Quais são os impactos?

Então, conte-me de que forma você verifica isto sobre o impacto na saúde dos adolescentes.
EFEITO
Você considera que esta interação com os profissionais do posto tem causado algum efeito no estado de saúde dos adolescentes? Por que? Quais são os efeitos?
CONDIÇÃO DE SAÚDE
Descreva-me como você julga atualmente o estado geral de saúde dos adolescentes.
Você considera que este estado de saúde dos adolescentes é reflexo/resultado da relação com o posto de saúde? Por que?
De forma geral, qual o seu julgamento com os serviços que são oferecidos pelo posto aos adolescentes? Por que?

## APÊNDICE K – INSTRUMENTO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

### CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Número de profissionais: \_\_\_\_\_
- 1.1 Número de médicos: \_\_\_\_\_
- 1.2 Número de enfermeiros: \_\_\_\_\_
- 1.3 Número de técnicos ou auxiliar de enfermagem: \_\_\_\_\_
- 1.4 Número de Agente Comunitário de Saúde: \_\_\_\_\_
- 1.5. Número de dentista: \_\_\_\_\_
- 1.6 Número de auxiliar em saúde bucal: \_\_\_\_\_
- 1.7 Número de profissionais do NASF: \_\_\_\_\_
- 1.7.1                      Número                      de                      profissionais                      por  
categoria: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

ESTRUTURA
RECURSOS HUMANOS
Equipe mínima de saúde presente na unidade para atendimento ao adolescente?
Equipe multiprofissional presente na unidade para atendimento ao adolescente?
Existe treinamento específico envolvendo questões sobre a saúde do adolescente na unidade?

MATERIAIS
Presença de materiais em atenção à saúde do adolescente (antropômetro/estadiômetro, gráfico de Estatura/Idade para os sexos masculinos e femininos, balança eletrônica ou mecânica; calculadora; gráfico de IMC/Idade para os sexos masculino e feminino, materiais educativos, métodos anticoncepcionais)?
NORMAS E ROTINAS
Existência de normas levando em consideração a presença do adolescente na unidade de saúde?
Existência de rotinas levando em consideração a presença do adolescente na unidade de saúde?
Existência de um horário e/ou turno específico na unidade para atendimento ao adolescente?
Adesão a protocolos do Ministério da Saúde em atenção a agravos ou problemas específicos?

INSTALAÇÕES
Existência de um ambiente na unidade com espaços que permitem com que o adolescente se sinta à vontade (privacidade, conforto, segurança, sigilo)?
PROCESSO
PROCEDIMENTOS
Realização de procedimentos de rotina no atendimento ao adolescente na unidade de saúde?
Realização de procedimentos em casos específicos ao adolescente na unidade de saúde?
TÉCNICAS
Adesão aos métodos propedêuticos no atendimento ao adolescente na unidade de saúde?
ASPECTOS ÉTICOS
Respeito aos éticos em atenção e atendimento ao adolescente na unidade de saúde?
RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Existência de uma relação estabelecida com o adolescente na unidade de saúde em atenção à saúde dele?

**ANEXOS**

**ANEXO A - CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH**

<b>Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa</b>		
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição Guia
<b>Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade</b>		
	Características pessoais	
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
	Relacionamento com os participantes	
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
<b>Domínio 2: Conceito do estudo</b>		
	Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
	Seleção de participantes	
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
	Cenário	
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?

16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
	Coleta de dados	
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		
	Análise de dados	
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
	Relatório	
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

**Pesquisador:** JOÃO VICTOR LIRA DOURADO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52013421.2.0000.5054

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.060.107

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, de caráter descritivo com abordagem qualitativa numa perspectiva avaliativa, a ser desenvolvido durante o período de novembro e dezembro de 2021, na unidade de Atenção Primária à Saúde José Paracampos, que se encontra localizada no município de Fortaleza, Ceará. Constituir-se-á como participantes da investigação os adolescentes, familiares e profissionais pertencentes a unidade do cenário do estudo, com critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e com definição amostral por meio da saturação teórica. Este seguirá duas etapas para o levantamento de informações e respeitará as normas sanitárias contra a Covid-19: 1) Integração na unidade do cenário do estudo: realizará a apresentação da pesquisa ao gerente da unidade e após o aceite visitas para reconhecer a unidade e buscará efetuar contato inicial com os possíveis participantes; e 2) Levantamento de informações no cenário do estudo: buscará apresentar a proposta do estudo aos grupos envolvidos e após o aceite agendará encontro pessoal na unidade de saúde ou na própria residência do participante conforme sua preferência para aplicação dos termos e da entrevista semiestruturada. E, ao final ainda realizará uma observação sistemática para captar informações adicionais que sejam complementares às entrevistas realizadas. O pesquisador por meio de um roteiro realizará na referida unidade de saúde uma observação criteriosa e ponderada dos elementos previamente definidos. Para tanto, utilizará no estudo de quatro instrumentos para o levantamento das informações no cenário do estudo, sendo três direcionado aos participantes e um a observação

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.060.107

sistemática. Buscou-se contemplar em alguns instrumentos critérios de avaliação que correspondessem a indicadores em consonância com as dimensões do quadro teórico. Na estrutura, investigará os recursos humanos, materiais, normas e rotinas e instalações; no processo, os procedimentos, técnicas, aspectos éticos e relação terapêutica; e nos resultados o impacto e efeito da interação com a unidade, condição de saúde e satisfação como reflexo desta relação. Para a análise das informações, utilizará o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992), considerado como uma proposta adequada de interpretação qualitativa de informações. Operacionalmente composto por dois níveis: determinações fundamentais contidas no universo do estudo, sendo essas definidas na fase de exploração da pesquisa no campo a partir da inserção do pesquisador e o encontro que se realizará com os fatos surgidos na pesquisa, a partir ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade da APS ofertada ao adolescente no município de Fortaleza, Ceará.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e ocupacional dos participantes; Analisar as condições existentes da APS para provisão do cuidado aos adolescentes; Conhecer as atividades desenvolvidas pela APS na assistência à saúde dos adolescentes; Identificar os efeitos e impactos da relação com a APS na saúde dos adolescentes.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Constrangimento e/ou desconforto no momento da aplicação das entrevistas com as perguntas dos instrumentos de coleta de informação. Entende-se que ao abordar esta temática envolvendo a atenção à saúde no serviço de saúde, o participante poderá relembrar situações de experiências e vivências que venha causar emoções negativas e, portanto, salienta-se que o pesquisador estará prontamente disponível para prestação atenção integral aos danos decorrentes da pesquisa.

Benefícios:

A compreensão sistemática da realidade dos serviços vigentes ofertados aos adolescentes pela Atenção Primária possibilitará reconhecer as potencialidades, desafios e limitações ainda presentes entre todos aqueles envolvidos no cuidado e repensar o processo de trabalho para a construção de estratégias na transformação das práticas com base nas necessidades particulares e intrínsecas da população com vistas ao seu pleno desenvolvimento saudável. Além disso, o aprofundamento em

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-375

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: [comape@ufc.br](mailto:comape@ufc.br)

Continuação do Parecer: 5.060.107

discussões teóricas-práticas nos diferentes espaços sociais, de saúde e de formação para dar maior visibilidade a temática, a fim de engajar estudantes, docentes, profissionais e pesquisadores na busca da qualidade da assistência integral à saúde deste grupo populacional. Isto, portanto, contribuindo na melhoria da qualidade do cuidado a partir de práticas condizentes com as necessidades de saúde para um processo de trabalho efetivo, eficiente e eficaz e na prevenção, proteção, promoção e manutenção da saúde da população adolescente conforme assegurado pelos programas e políticas de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e oportuna cuja hipótese versa:

Atenção Primária à Saúde do adolescente ainda é insatisfatória e não atende as necessidades de saúde desta população.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os termos e documentos para inserção do projeto ao Comepe\_UFC.

**Recomendações:**

Aprovado salvo melhor juízo do Comepe\_UFC

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1816536.pdf	22/09/2021 22:03:38		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_SOLICITANDO_APRECIACAO_CEP_UFC_.pdf	22/09/2021 22:01:13	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	22/09/2021 22:00:14	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA.pdf	22/09/2021 21:59:40	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	07/09/2021 11:40:27	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Outros	CURRICULO.pdf	07/09/2021	JOÃO VICTOR LIRA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.060.107

Outros	CURRICULO.pdf	11:34:03	DOURADO	Aceito
Outros	CHECK_LIST.pdf	07/09/2021 11:33:43	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Outros	APENDICE_K_INSTRUMENTO_OBSERVACAO_SISTEMATICA.pdf	07/09/2021 11:32:31	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Outros	APENDICE_J_INSTRUMENTO_PROFISSIONAL.pdf	07/09/2021 11:32:04	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Outros	APENDICE_I_INSTRUMENTO_FAMILIAR.pdf	07/09/2021 11:31:29	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Outros	APENDICE_H_INSTRUMENTO_ADOLESCENTE.pdf	07/09/2021 11:30:55	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CEP.pdf	07/09/2021 11:29:21	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_G_TCLE_PROFISSIONAIS.pdf	07/09/2021 11:28:19	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_F_TCLE_FAMILIARES.pdf	07/09/2021 11:27:54	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_E_TCLE_ADOLESCENTES_MAIORES.pdf	07/09/2021 11:27:25	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_RESPONSAVEL_LEGAL.pdf	07/09/2021 11:27:00	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TALE_ADOLESCENTE.pdf	07/09/2021 11:26:37	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	07/09/2021 11:25:03	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Cronograma	DECLARACAO_CRONOGRAMA.pdf	07/09/2021 11:22:27	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/09/2021 11:16:37	JOÃO VICTOR LIRA DOURADO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: [conep@ufc.br](mailto:conep@ufc.br)

UFC - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.060.107

FORTALEZA, 25 de Outubro de 2021

---

Assinado por:  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (05)0000-0044

E-mail: [comape@ufc.br](mailto:comape@ufc.br)

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS****DECLARAÇÃO DE REVISÃO**

Prezada Senhor (a),

Referente a dissertação “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE**” foi revisado quanto a correções a possíveis erros de sintaxe, concordância gramatical, textual e integridade de conteúdo.

Para o autor correspondente, << **JOÃO VÍCTOR LIRA DOURADO** >> foi fornecido a versão final deste documento constando o português adequado conforme assunto de interesse.

Rio de Janeiro, 08 de abril de

2022.Sinceramente,

Rosanna Sada Albuquerque

Tradutora e  
Revisora Tel/Zap:  
(21) 98703-9852