



Reila Freitas Silva

**Atenção integral à saúde do adolescente pela atenção primária à saúde no território  
brasileiro: uma revisão integrativa**

Rio de Janeiro

2019

Reila Freitas Silva

**Atenção integral à saúde do adolescente pela atenção primária à saúde no território  
brasileiro: uma revisão integrativa**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: **Comprehensive care to adolescent by primary health care in Brazil: an integrative review**

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S586 Silva, Reila Freitas.  
Atenção integral à saúde do adolescente pela atenção primária à saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. / Reila Freitas Silva. -- 2019.  
112 f. : il. color.; graf.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Elyne Montenegro Engstrom  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) - Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Adolescente. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Profissionais de Saúde. 4. Práticas educativas. 5. Autonomia. I. Título.

CDD - 23.ed. - 305.235

Reila Freitas Silva

**Atenção integral à saúde do adolescente pela atenção primária à saúde no território  
brasileiro: uma revisão integrativa**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 10 de setembro de 2019.

Banca Examinadora

Prof(a) Dr(a). Mirna Barros Teixeira  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.a Dra. Kátia Silva Silveira  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof(a) Dr(a). Virginia Alonso Hortale  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof(a) Dr(a). Márcia Raposo Lopes  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.a. Dra. Elyne Montenegro Engstrom  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública (Orientadora)

Rio de Janeiro  
2019

Dedico esta dissertação a Liz, minha filha, minha razão de existir.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família, pelo apoio incondicional, em especial ao meu esposo Renato, por me incentivar a trilhar os caminhos deste mestrado, entendendo a ausência nos momentos dedicados aos estudos.

A minha orientadora Elyne, pela confiança e ensinamentos.

As colegas de mestrado, em especial Thaís e Tatiana, pelos momentos agradáveis que fizeram esta trajetória mais leve.

A ABRASCO e a Fiocruz pela oportunidade de mestrado pelo PROFSAÚDE.

A equipe de professores do mestrado, pelos grandes ensinamentos e a banca examinadora por possibilitar a realização deste sonho.

## RESUMO

Referência: SILVA, Reila Freitas. **Atenção integral à saúde do adolescente pela atenção primária à saúde no território brasileiro**: uma revisão integrativa. 2019. (Mestrado em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

**Introdução:** A adolescência, fase de intensas transformações biopsicossociais, requer da Atenção Primária à Saúde (APS) um modelo de cuidado à saúde abrangente, integral e promotor da saúde e de autonomia, aspectos que serão abordados nesta revisão crítica da literatura. **Objetivo:** Sistematizar, a partir da literatura brasileira, experiências nacionais de atenção integral ao adolescente pela APS/ESF- Estratégia de Saúde da Família, suas especificidades e barreiras. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Eletrônica Científica Online, selecionando-se 21 artigos publicados entre 2008 a 2019. A pesquisa foi guiada pela pergunta: A APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando a atenção integral, o estímulo a autonomia e corresponsabilização destes sujeitos? **Resultados:** Observou-se dificuldades e estigmas no cuidado ao adolescente; falhas na formação profissional; acolhimento embora presente, centrado na enfermagem; fragilidades dos vínculos; escassez de recursos estruturais e humanos; ações educativas, porém normativas; fragmentação das práticas; barreiras de acesso à Rede de Saúde e Intersetorial. No entanto, percebeu-se que nos serviços onde a atenção ao adolescente está bem estabelecida, a APS/ESF é capaz de atuar de forma a reduzir os agravos a esta população e colocar-se como referência para estes adolescentes. **Conclusão:** Para alcançar um cuidado ampliado é preciso repensar as práticas, dar voz ao adolescente e vencer as barreiras de acesso, com maior disponibilidade de recursos, formação dos profissionais e acolhimento humanizado.

## PALAVRAS CHAVE

Adolescente; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de saúde; Práticas educativas; Autonomia.

## ABSTRACT

Reference: SILVA, Reila Freitas. **Comprehensive care to adolescent by primary health care in Brazil:** an integrative review. 2019. Dissertation (Master in Family Health) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

**Introduction:** Adolescence, a phase of intense biopsychosocial transformations, requires from Primary Health Care (PHC) an embracing, integral and health-promoting model of health care and of autonomy, aspects that will be addressed in this critical literature review. **Objective:** To systematize, from the Brazilian literature, national experiences of comprehensive care for adolescents by the PHC / FHS- Family Health Strategy, its specificities and barriers. **Methodology:** An integrative literature review was performed in the Virtual Health Library and Online Scientific Electronic Library databases, selecting 21 articles published between 2008 and 2019. The research was guided by the question: PHC has been offering care to adolescents from expanded and shared way, seeking integral attention, stimulating the autonomy and co-responsibility of these subjects? **Results:** Difficulties and stigmas were observed in adolescent care; failures in vocational training; reception although present, centered in nursing; weaknesses of the bonds; scarcity of structural and human resources; educational but normative actions; fragmentation of practices; barriers to access the Health and Intersectoral Network. However, it was noticed that in services where adolescent care is well established, PHC / FHS is able to act in order to reduce the injuries to this population and to be a reference for these adolescents. **Conclusion:** To achieve expanded care, it is necessary to rethink practices, give voice to adolescents and overcome barriers to access, with greater availability of resources, training of professionals and humanized reception.

**Keywords:** Teenager; Primary health care; Health professionals; Educational practices; Autonomy.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais .....	16
-------------------	--	----

## LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

<b>Quadro 1 -</b>	Estratégia de busca .....	52
<b>Quadro 2-</b>	Visão geral dos artigos .....	53
<b>Gráfico 1 -</b>	Estudos por ano de publicação .....	60
<b>Gráfico 2 -</b>	Estudos por região do Brasil .....	61
<b>Quadro 3 -</b>	Temas que deram origem às categorias/subcategorias e seus respectivos autores (número da referência) .....	62
<b>Quadro 4 -</b>	Síntese dos artigos por categorias .....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organização não governamentais
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
SCIELO	Biblioteca Eletrônica Científica Online
SUS	Sistema Único de Saúde do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	18
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
3.1	OBJETIVO GERAL .....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
4	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
4.1	ADOLESCÊNCIA: UM FENÔMENO BIOLÓGICO, HISTÓRICO E CULTURAL .....	21
4.2	A QUE OS ADOLESCENTES SÃO VULNERÁVEIS? DE QUE ADOECEM? .....	26
4.3	SUS E APS .....	34
4.3.1	<b>A importância da clínica ampliada na atenção primária à saúde</b> .....	36
4.3.2	<b>Acesso como atributo da atenção primária à saúde</b> .....	38
4.4	POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DO ADOLESCENTE .....	45
4.5	O PROFISSIONAL DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE.....	48
5	<b>METODOLOGIA</b> .....	51
5.1	COLETA DE DADOS: DEFINIÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA .....	51
5.2	CATEGORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS .....	53
5.3	INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS ARTIGOS .....	69
5.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	69
6	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	70
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	71
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
	<b>APÊNDICE A</b> -.....	85

## 1 INTRODUÇÃO

A vida é tão bela que chega a dar medo,  
Não o medo que paralisa e gela,  
estátua súbita, mas  
esse medo fascinante e fremente de curiosidade que faz  
o jovem felino seguir para a frente farejando o vento  
ao sair, a primeira vez, da gruta.  
Medo que ofusca: luz!  
Cumplicemente,  
as folhas contam-te um segredo  
velho como o mundo:  
Adolescente, olha! A vida é nova...  
A vida é nova e anda nua  
- vestida apenas com o teu desejo!  
(QUINTANA, M. 1998, p. 72)

A adolescência é uma fase do ciclo da vida caracterizada por diversas transformações, considerada um processo de transição biopsicossocial da infância para a idade adulta, onde estão presentes influências históricas e culturais na constituição do sujeito. Existem várias definições para adolescência, sendo que algumas levam em consideração as transformações físicas e psíquicas, e outras a faixa etária (FERREIRA e NELAS, 2006). Ainda para Ferreira e Nelas (2006), a adolescência pode ser definida como um período que se inicia com as transformações físicas e termina quando o jovem se torna independente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescente toda pessoa com faixa etária dos 10 aos 19 anos; já a legislação brasileira, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescência a fase da vida entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2010b). Este trabalho será baseado na definição da OMS, porém não deixará de considerar informações de estudos que usam outras faixas etárias para delimitar a adolescência.

Esses conceitos sobre adolescência, e também as delimitações de faixa etária, podem variar de acordo com a região geográfica, condições socioeconômicas e culturais, etnia, sexo e início das alterações biológicas:

A adolescência é também um tempo de transição. Considerada no passado apenas como um breve interlúdio entre a dependência da infância e as responsabilidades da vida adulta atribuída ao jovem. Pouco depois da maturidade sexual, muitas vezes caracterizada por uma iniciação elaborada, o novo adulto trabalhava, casava e tinha filhos. Hoje é considerado um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida (FERREIRA e NELAS, 2006, p. 1).

Muitos conceitos sobre adolescência e a forma de cuidar destes sujeitos carregam a influência de discursos dominantes na nossa cultura trazendo uma visão reducionista desta fase da vida, caracterizando a adolescência apenas como um evento de transformações biológicas sucessivas, uma fase problemática, de muita rebeldia, de contestação de regras e de

irresponsabilidades (FROTA, 2007). Essa visão superficial repercute sobre as práticas em saúde que generalizam as ações sem considerar as singularidades dos sujeitos.

Os saberes vêm sendo produzidos a partir de discursos dominantes, localizados nos limites do projeto da modernidade, por nós incorporados, sem maiores críticas. Enquanto são incorporados, passam a fazer parte da formação desse panorama em destaque, trazendo influências sobre a compreensão teórica e sobre as práticas com esses grupos etários. Torna-se necessário saber mais sobre esse panorama e saberes para podermos compreendê-los de modo contextualizado (FROTA, 2007, p. 145).

Para Baroncelli (2012) é preciso compreender a adolescência como uma construção não apenas biológica, mas também histórica e sociocultural, em que é vivida de forma diferente por cada sujeito.

Outro aspecto problemático das visões sobre a adolescência que vem sendo denunciadas pela perspectiva sócio-histórica diz respeito à postulação de características supostamente universais do período baseadas, na realidade, nas condições de adolescentes oriundos das classes médias e altas da sociedade. Tais características e experiências, tomadas em análises pouco cuidadosas como generalizáveis, são, entretanto, plenamente situadas. Neste sentido, a singularidade das contradições e incertezas de adolescentes oriundos das classes populares, que para começar, experimentaram infâncias bastante diversas, raramente é levada em consideração (BARONCELLI, 2012, p. 189)

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011) a população brasileira em 2015 alcançava cerca de 204,9 milhões de pessoas e embora haja uma tendência ao envelhecimento da população e diminuição do percentual de crianças, adolescentes e adultos jovens, os adolescentes correspondem a 21% dessa população, o que demonstra a relevância demográfica desse grupo no Brasil.

Os adolescentes são pessoas com potencial transformador da vida econômica, política e sociocultural de um país. Por possuírem essa capacidade de influenciar positivamente a todos ao seu redor, seja no campo da arte, no estímulo à mobilização social, na vivência comunitária, até na luta por garantia dos direitos básicos de todo cidadão, esse grupo merece atenção não apenas da sociedade, mas também das políticas públicas (UNICEF, 2007).

Por se encontrar em um período do ciclo de vida no qual se inicia a busca pela identidade, a diminuição de dependência dos pais, o desejo por novas experiências e descobertas, o surgimento de mudanças físicas, psíquicas e sociais; o adolescente pode ser exposto a situações de risco e vulnerabilidade que comprometem a sua saúde.

Adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de modos de fazer “andar a vida”, de hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades

resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros. (BRASIL, 2017c, p. 11)

Quando se fala em saúde do adolescente, entende-se que ela não está relacionada apenas a ausência de doença e prevenção de comportamentos de risco, mas envolve vários aspectos vinculados à qualidade de vida, satisfação pessoal, desenvolvimento de competências sociais, proteção contra todo tipo de violência e exploração, e também, acesso às condições básicas de vida que envolvem moradia, educação, lazer etc.

Portanto, o desenvolvimento saudável do adolescente não está pautado, unicamente, na garantia de sobrevivência ou no cuidado de problemas denominados orgânicos. Ele está associado, também, a condições físicas e a aspectos psicológicos e socioambientais, que permitem que adolescentes possam lidar com as transformações esperadas para esta fase do curso de vida e com os desafios impostos pelo contexto social e histórico em que vivem (SENNA e DESSEN, 2015, p.218)

Diante do exposto, conclui-se que a saúde do adolescente está permeada por aspectos que vão muito além do biológico e isso deve ser considerado ao se planejar ações de saúde direcionadas a esse grupo. Nos últimos anos foram criadas políticas públicas voltadas especificamente para esse grupo como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a) e a publicação em 2006 - e as reformulações em 2011 e 2017- da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017b), além da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a). Apesar destes avanços, ainda há lacunas no cotidiano dos serviços de saúde que enfrentam dificuldades para concretizar o que é recomendado para a atenção integral à saúde dos adolescentes, refletindo em pouca procura deste público pelos serviços e saúde.

A atenção integral significa um olhar voltado para o indivíduo, sua família e comunidade, que compreende a influência do contexto em que esse sujeito está inserido e os determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017b). As condições de saúde de uma população estão permeadas por fatores como o modo como as pessoas vivem e compreendem o que é saúde e doença, o contexto social, econômico, político e histórico em que se encontram, portanto, entender as condições que influenciam ou determinam o processo de saúde-doença é fundamental para o planejamento de ações mais efetivas e tomada de decisões (BARATA e RIBEIRO, 2008). Referenciais do campo da Promoção da Saúde, como o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1) nos auxiliam a compreender tais relações complexas e sistêmicas, onde os determinantes de saúde compõem diferentes estratos que abordam fatores individuais até macrodeterminantes de saúde. Neste modelo, os indivíduos estão na base e possuem características como idade, sexo e fatores genéticos que influenciam sobre suas condições de saúde. Na parte mais externa da figura

aparecem os estilos de vida e comportamentos que muitas vezes são compreendidos como de responsabilidade individual, porém, mostrado neste modelo como fazendo parte de um contexto influenciado por determinantes sociais, acesso à informação, alimentação, moradia, lazer, saúde etc (DAHLGRE e WHITEHEAD, 1991).

**Figura 1** – Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.



Fonte – Dahlgren e Whitehead (1991). Adaptada por Carvalho e Buss (2008).

Apesar de diversas iniciativas para melhoria das condições de saúde dos adolescentes, muitos estudos mostram práticas ainda baseadas no modelo biomédico, fragmentadas e pouco direcionadas para as particularidades desse grupo (PENSO, *et al.*, 2013).

Embora as afirmações acima sejam importantes, as fragilidades na atenção do adolescente brasileiro não se justificam apenas pelo modelo biomédico. A discussão sobre as práticas de saúde em nosso meio deve ser ampliada, trazendo uma reflexão acerca dos modos de cuidar, permeado por valores, conhecimentos e comportamentos culturais que influenciam diretamente nas práticas de saúde:

Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências. Os sistemas de atenção à saúde são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam. Dessa forma, para fins teóricos e analíticos, o sistema de atenção à saúde biomédico deve ser considerado como um sistema cultural, tal qual qualquer outro sistema etnomédico (LANGDON, WIIK, 2010, p.180).



Entende-se, portanto, que para compreender as fragilidades na atenção do adolescente brasileiro devem ser consideradas questões mais amplas, que envolvem aspectos históricos, políticos e sociais.

A Estratégia Saúde da Família é uma política preconizada pelo Ministério da Saúde que deveria ser a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), garantir ampliação do acesso aos serviços de saúde, e desenvolver práticas efetivas de promoção de saúde para adolescentes. Contudo, percebe-se que nem sempre essa estratégia tem cumprido sua função no cotidiano dos serviços, como previsto nas políticas e programas (GIOVANELLA, *et al.*, 2009; STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011). CAMPOS e CAMPOS (2006) trazem o conceito de clínica ampliada que enfatiza o papel da APS como geradora de autonomia dos sujeitos, da co-responsabilização do cuidado entre usuários e profissionais de saúde e da criação de espaços que facilitem o acesso e vínculo do usuário com os serviços de saúde.

Considerando que a atenção ao adolescente envolve uma variedade de aspectos que vão desde a organização do serviço que recebe esse sujeito, até a forma como os profissionais de saúde desenvolvem suas práticas e enxergam a adolescência, questiona-se: A APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando a atenção integral, o estímulo a autonomia e corresponsabilização destes sujeitos?

## 2 JUSTIFICATIVA

As histórias que ouvi sobre adolescência, encontros e desencontros que tenho vivenciado durante minha trajetória assistindo jovens como professora de biologia, depois como médica de família e atualmente como pediatra no Município de Vitória/Espírito Santo, têm orientado o meu olhar para os desafios que cercam a atenção ao adolescente. Todos os dias a mídia nos revela informações sobre jovens assassinados, não apenas por situações como falta de segurança e tráfico de drogas, mas por uma sociedade que permite a morte de sonhos e da esperança de jovens com um futuro promissor. Observamos a falta de acesso à educação, as condições de pobreza em que muitos jovens vivem e a precariedade da rede assistencial na saúde e na área social. Todas essas questões estão permeadas por um contexto sociocultural desigual, que se perpetua, em diferentes nuances, desde a época da escravidão, até os dias atuais, onde as iniquidades sociais atingem jovens em sua plenitude da vida.

Fui professora de biologia no ensino médio por 02 anos em uma escola pública de periferia e presenciei a vontade de muitos profissionais em estimular jovens a conquistar uma profissão, a lutar contra as condições sociais precárias que os mesmos viviam. No entanto, muitas questões como poucos recursos nas escolas, fragilidades na estrutura familiar e na rede de apoio social, faziam com que esses profissionais desanimassem e perdessem a motivação, e eu fui um deles. Mudei de profissão pois me sentia impotente frente aos desafios encontrados na educação de jovens, além das muitas questões que não dependiam apenas do meu esforço como profissional. Porém, ao me tornar médica percebi que a situação não abrange apenas o campo da educação. Por muitas vezes me angustiei por não poder contar com uma rede articulada para encaminhar adolescentes que eu julgava precisar de um cuidado interdisciplinar. Também me inquietei ao presenciar reclamações constantes de profissionais de saúde por não gostarem ou não se sentirem aptos para atender adolescentes, por esperarem resultados muitas vezes não alcançados na promoção, prevenção e atenção à saúde deste grupo.

Na minha prática diária como pediatra percebi que os profissionais da saúde têm resistência em atender adolescentes, talvez por não compreenderem as particularidades destes sujeitos, as transformações que sofrem neste período, ou pela falta de formação para lidar com essas questões. Observei que grande parte desta resistência se deve ao preconceito que esses profissionais carregam sobre a adolescência, entendendo-a como uma fase problemática, de rebeldia e atos inconsequentes. Percebo também que a maioria dos serviços não está preparada para receber adolescentes, não apenas pela falta de capacitação dos profissionais, mas também pela deficiência de recursos físicos, materiais e humanos para atender as demandas desse público. O atendimento na maioria das vezes é focado na doença, tendo prioridade o

atendimento às gestantes, crianças e idosos. Isso ocorre porque não apenas o adolescente acredita que jovem não precisa de prevenção e de assistência, mas os profissionais de saúde também agem desta forma ao negligenciarem que o adolescente precisa ser cuidado, como qualquer outro grupo, e que suas vulnerabilidades refletirão na saúde dos futuros adultos.

Nos últimos anos várias políticas e diretrizes foram criadas para que o adolescente fosse reconhecido como um sujeito de direito e que tivesse prioridade nas políticas de saúde. No entanto, percebe-se que as práticas de saúde voltadas a esse grupo ainda são desarticuladas e geram resultados aquém do esperado. Observa-se que muitos profissionais, que atuam diretamente na atenção ao adolescente, têm dificuldades para lidar com esses sujeitos e, talvez por isso, haja uma baixa procura dos adolescentes pelos serviços de saúde, especialmente a APS/ESF.

Para trabalhar com adolescente é preciso compreender as transformações dessa fase, como esse sujeito se coloca no mundo, como a sociedade e as políticas públicas tratam esse indivíduo, o contexto de vida de cada um deles, as desigualdades e preconceitos que muitos adolescentes estão vivendo, como por exemplo, os relacionados à raça, ao gênero e às condições socioeconômicas. Enfim, não é possível criar ações integrais e efetivas sem levar em consideração todos esses aspectos. A APS/ESF deveria como porta de entrada para os serviços de saúde, ser acessível e referência para os adolescentes, no entanto, nem sempre é o que ocorre. A forma como os profissionais de saúde desenvolvem suas práticas pode influenciar tanto positivamente quanto de forma negativa na procura desses serviços pelo adolescente.

A saúde do adolescente e a atenção pela Saúde da Família são temas relevantes e estratégicos para estudo, e a minha experiência profissional atendendo adolescentes nas unidades básicas de saúde e em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde no SUS, despertaram meu interesse para este estudo no Mestrado Profissional.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Sistematizar, a partir da literatura brasileira, experiências nacionais de atenção integral ao adolescente pela APS/ESF, suas especificidades e barreiras.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer as estratégias desenvolvidas pelas equipes de saúde da família que facilitam ou dificultam o acesso dos adolescentes ao cuidado e como elas são implementadas no cotidiano do trabalho;

Compreender como são organizadas as práticas de promoção de saúde dos profissionais da APS/ESF voltadas para os adolescentes relacionando-as com a construção de autonomia e autocuidado.

Analisar como o conceito de clínica ampliada tem sido aplicado na atenção ao adolescente pela APS/ESF.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 ADOLESCÊNCIA: UM FENÔMENO BIOLÓGICO, HISTÓRICO E CULTURAL

Em algumas culturas a adolescência era considerada um período de iniciação para a fase adulta, onde se realizavam rituais solenes carregados de símbolos religiosos como morte e ressurreição, para representar o encerramento da vida infantil e o início da vida adulta. Portanto, essa fase era um marco importante da educação e da formação moral e intelectual (FERREIRA, NELAS, 2006).

Para Rocha e Garcia (2008) a partir da década de 60 houve uma mudança de paradigmas em relação à adolescência que passou a ser vista como um ideal cultural. A cultura de consumo trouxe uma visão de adolescência como sendo um estilo de vida ligado à diversão, a um estilo próprio, à exposição do corpo, à liberdade para experimentar, à possibilidade de ter novas escolhas, incluindo o sexo. Por ter uma identidade própria, pertencer a grupos com características peculiares e poder influenciar na moda e na venda de produtos surge o “marketing da adolescência”, capaz de transformar os modelos de consumo de toda a sociedade (CALLIGARIS, 2000). Portanto, a adolescência foi transformada em bem de consumo e estilo de vida que propiciava pertencimento e participação social, ou seja, um ideal cultural (FROTA, 2007). Mas seria ingênuo acreditar que isso não acontece nos dias atuais, talvez aconteça com uma nova releitura, mas os jovens continuam sendo alvo deste ideal cultural onde há busca incessante pela beleza, perfeição, sucesso e prazer:

A identidade da criança e do adolescente é construída hoje numa cultura caracterizada pela existência de uma indústria da informação, de bens culturais, de lazer e de consumo onde a ênfase está no presente, na velocidade, no cotidiano, no aqui e no agora, e na busca do prazer imediato (ISAMBERT-JAMATI, 1966, p.35)

A adolescência é um período marcado por transformações e incertezas, na qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade por meio de modificações físicas, psicológicas e sociais. O indivíduo adquire maturidade sexual, constrói sua identidade e alcança a independência dos pais, no entanto, essa fase nem sempre ocorre de forma previsível e sequencial. Ela pode ser diferente para cada indivíduo, já que sofre influências da cultura, etnia, do contexto social e familiar, das experiências adquiridas na infância e de como esse adolescente reage frente a essas mudanças (FERREIRA, NELAS, 2006; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; SBP, 2017).

Alguns autores defendem que as mudanças próprias dessa fase que envolvem alterações hormonais, transformação do corpo, necessidade de adquirir independência e construção da

identidade, podem gerar nesses indivíduos diversos comportamentos: agressivos, questionamentos de normas e valores convencionais, atitudes ambíguas, inserção em grupos que se identifique e a busca de novas experiências (FERREIRA, NELAS, 2006; SBP, 2017; ARAUJO, *et al.*, 2017). Entretanto, cabe neste contexto uma análise crítica dos diversos conceitos de adolescência que muitas vezes trazem preconceitos e experiências pessoais de quem os constrói. Por isso é preciso desmitificar a adolescência como uma fase problemática e trazer novos olhares para esses sujeitos. Os jovens deveriam ser compreendidos no contexto de suas relações com a família, a sociedade, a cultura, sua história e com tudo que os cercam:

Ser adolescente é, portanto, sê-lo num determinado corpo, mas também numa determinada sociedade, etnia, classe social, cultura, família e para determinada pessoa que vai significar todos estes aspectos de formas sempre únicas (BARONCELLI, 2012, p. 191).

As diferenças e singularidades são vividas também do ponto de vista coletivo expressas pelos diferentes tipos de adolescência que sofrem influência das condições “materiais de existência e os diferenciais de gênero e de raça/cor que condicionam as trajetórias juvenis” (HEILBORN, *et al.*, 2006, p. 41) A construção da adolescência e sua interpretação está diretamente relacionada com a comunidade em que o adolescente está inserido, o ambiente cultural e econômico, por isso não é possível falar em uma adolescência única (FERREIRA, NELAS, 2006). Junto com as transformações da adolescência surge a experimentação da sexualidade que muitas vezes é motivo de conflitos para o adolescente, já que surgem questões como homossexualidade, desigualdades de gênero, tabus e preconceitos que são reflexos de uma sociedade conservadora na qual vivemos. Há também tabus e crenças em relação a iniciação sexual, muitas vezes associada à gravidez, promiscuidade e risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (FONSECA, GOMES, 2004; BRASIL, 2017c).

O processo da adolescência afeta tanto o indivíduo em transição, como a sua família e a sociedade em que está inserido. Isso ocorre porque todo ser humano, dentro de um contexto familiar passa por etapas ao longo de sua vida. Esse processo é chamado de ciclo de vida e diz respeito a uma sequência de transformações na organização familiar em que se espera que algumas tarefas básicas sejam cumpridas em cada fase desse ciclo, embora isso não seja uma regra e nem se aplique a todos os contextos. Durante a passagem dessas etapas podem ocorrer eventos estressores, como a chegada de um filho, a morte de um familiar, a separação de um casal, ou o casamento de um dos filhos. A adolescência é considerada o início de um novo ciclo de vida e, portanto, pode representar um desses eventos estressores para o indivíduo e sua família (CERVENY, BERTHOUD, 2010; LEVY, 1997).

Uma das tarefas que o adolescente enfrenta nesta fase é a resolução da crise da identidade e a conquista da autonomia, sendo que um desenvolvimento saudável e uma boa

transição para a fase adulta dependerá de como o adolescente passará por essa fase do ciclo de vida (LEVY, 1997). Diversos sentimentos surgem nesta etapa do desenvolvimento como insegurança, angústia, sentir-se injustiçado e incompreendido, podendo levar a conflitos com as pessoas do seu convívio. Essas questões fazem parte da crise normativa que o adolescente pode passar para adquirir seu desenvolvimento psicológico e construir sua identidade (PRATTA, SANTOS, 2007).

Como dito anteriormente, as dificuldades enfrentadas neste período não afetam apenas o adolescente, mas toda a família. Na busca por autonomia e por novas relações, muitos adolescentes passam a testar seus próprios limites, questionam os valores e normas familiares, aderem às práticas do seu grupo de amigos, distanciando do convívio familiar, o que pode gerar conflitos dentro da família. Os pais devem estar preparados para o diálogo, pois nesta fase os adolescentes precisam de referências, e a falta delas pode comprometer o desenvolvimento psíquico do jovem, tumultuar o convívio dentro da família e até colocar esse adolescente em risco (RIBEIRO, ROSENDO, 2011; PRATTA, SANTOS, 2007).

Os conflitos podem originar de questões inconscientes dos pais e de dificuldades de lidar com as lembranças da sua própria adolescência. Além disso, outras questões podem trazer preocupações para os pais de adolescentes como início da vida sexual de seus filhos, o risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, o uso de álcool e outras drogas, e atitudes desafiadoras que alguns adolescentes podem demonstrar (PRATTA, SANTOS, 2007).

Portanto, a construção da identidade e a conquista da autonomia são as questões centrais desta etapa do ciclo de vida, e alguns lutos precisam ser vividos pelo adolescente para prosseguir para a próxima etapa, que é a vida adulta. Esses lutos se referem a perda do mundo infantil e de suas fantasias; dos pais e da infância idealizados; do corpo; e da identidade de adolescente (LEVY, 1997).

As transformações no organismo do adolescente afetam aspectos não apenas da vida biológica, mas também psíquica e social. Algumas demandas surgem com a chegada da adolescência e podem gerar inquietações: o surgimento dos caracteres sexuais secundários traz também impulsos, mitos sobre o corpo e tensões acerca da sexualidade; a necessidade de estabelecer novas relações com o outro, conquistar sua individualidade e desenvolver o autocuidado; a necessidade de obtenção de avanços cognitivos em relação ao mundo que o cerca, como a capacidade de tomar decisões, adquirir uma nova linguagem, desenvolver julgamentos críticos das situações; as mudanças em nível social como a emancipação dos pais, a busca por grupos e modelos de identificação que podem colocar o adolescente em situação mais vulnerável. Tais questões podem ser interpretadas como problemáticas e mal

compreendidas por parte de familiares e profissionais de saúde (RIBEIRO, ROSENDO, 2011; SBP, 2017).

De acordo com o senso comum, a adolescência é um momento de crises e de dificuldades para quem convive com o adolescente; e estereotipada a partir de vários conceitos como, por exemplo, “aborrecência”, “rebeldia” e “atrevimento”. Esses conceitos são incorporados pela sociedade e propagados sem nenhuma crítica, trazendo repercussões sobre as práticas com esses grupos. Diante disso, é preciso compreender os processos históricos, socio-econômicos e culturais pelos quais foram construídos os diversos conceitos sobre o que é ser adolescente, para que a adolescência não seja limitada meramente a uma fase de conflitos, de mudanças no corpo e de transição para a vida adulta (FROTA, 2007).

As modificações subjetivas dos adolescentes ocorrem através da reformulação de fatores psicológicos internalizados, mas com uma forte influência dos aspectos culturais e sociais referentes ao "modelo" difundido na sociedade e, principalmente na mídia, além dos papéis atribuídos a cada gênero pela cultura. Sendo assim, parece errôneo falar-se de uma única "cultura adolescente". A adolescência é antes um processo estruturante da identidade corporal, social, sexual e afetiva, do que apenas um momento de crises e revoltas (AVILA, 2005, p. 7).

O conceito de juventude é influenciado pelo contexto histórico, cultural e das leis de cada país, o que dificulta ainda mais a delimitação dos limites legais que separam adolescência da infância. Por exemplo, a maioridade civil, idade em que o indivíduo é considerado adulto e apto para dirigir, votar, casar, servir as forças armadas, cumprir pena por crimes etc, varia em diferentes locais do mundo, sendo que a idade de 18 anos é a mais comum. O Irã é um dos países que tem a maioridade mais baixa do mundo, 9 anos para meninas e 15 anos para meninos, embora haja diversos estímulos do Comitê sobre os Direitos da Criança para que essa idade seja revista a fim de proteger essas crianças. Alguns países, apesar de considerarem maioridade indivíduos a partir de 18 anos, abrem algumas exceções dentro desta regra, como por exemplo, nos EUA onde a maioridade civil é alcançada aos 18 anos, já se tem permissão para dirigir aos 16 anos, mas só podem adquirir bebidas alcoólicas pessoas a partir de 21 anos (UNICEF, 2011).

Outro obstáculo enfrentado para essa delimitação entre infância e adolescência é a grande quantidade de adolescentes, e até mesmo crianças, envolvidas em atividades de adultos em todo o mundo, como por exemplo, casamento e trabalho. Países como Brasil, Chile, Croácia, Espanha e Nova Zelândia determinam como idade legal para o casamento 18 anos, embora permitam que os pais ou um juiz autorizem o casamento a partir dos 16 anos. Outros países estabelecem diferenças de acordo o sexo para determinar a idade permitida para se casar, como por exemplo, a China permite casamento a partir de 22 anos para homens, e 20 anos para mulheres; e a Índia estabelece 21 anos para homens e 18 anos para mulheres. O casamento



infantil, embora faça parte de algumas culturas, está relacionado com violência, marginalização social, exclusão da escola e de outros serviços que garantam a proteção dessas crianças. Em relação ao trabalho infantil, estima-se que 150 milhões de crianças entre 5-14 anos estejam nesta condição (UNICEF, 2011).

Apesar de relacionados há diferença conceitual entre adolescência e puberdade. Esta última diz respeito às transformações biológicas inevitáveis durante a transição da infância para a vida adulta. Já a adolescência está ligada aos fenômenos psicológicos e sociais que surgem nesta fase do desenvolvimento humano, e que estão interligados com as mudanças biológicas.<sup>34</sup> Em outras palavras podemos dizer que a puberdade marca o fim da infância e início da adolescência (UNICEF, 2011).

A puberdade é considerada o marco inicial da adolescência e acontece em idades diferentes nos meninos e nas meninas e está geneticamente determinada embora sofra influência do ambiente, etnia, fatores emocionais, nutricionais e até mesmo interferência por parte de doenças crônicas. Inicia por volta dos 8 anos nas meninas com o aparecimento das mamas e aos 9,5 anos nos meninos com o aumento dos testículos. O amadurecimento do córtex cerebral se inicia nesta fase e pode prolongar até a idade adulta, sendo responsável por tarefas como memória, impulsos e avaliação de riscos. Embora haja evidências de que alterações corticais influenciem no desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, é preciso destacar a importante participação de aspectos socioculturais e econômicos (SBP, 2017).

Assim, conclui-se que a definição e determinação do que é ser adolescente e de todo o processo que esse indivíduo passa nesta fase é variável em cada cultura, pois depende da interpretação da sociedade por ela própria, das suas condições de vida (que envolvem aspectos políticos e socioculturais) e tradições que são diversas (ISAMBERT-JAMATI, 1966).

Gradualmente, a adolescência como uma fase da vida vai se consolidando e se torna um fenômeno universal, com repercussões pessoais e sociais inquestionáveis. A adolescência passa a ser caracterizada como um emaranhado de fatores de ordem individual, por estar associada à maturidade biológica, e de ordem histórica e social, por estar relacionada às condições específicas da cultura na qual o adolescente está inserido (SALLES, 2005, p. 35)

Reconhecer esses aspectos biológicos, históricos e socioculturais que envolvem a adolescência é de fundamental importância para compreender os riscos, as vulnerabilidades e os determinantes de saúde dessa população, e a partir disso, desenvolver ações em saúde verdadeiramente efetivas.

## 4.2 A QUE OS ADOLESCENTES ESTÃO VULNERÁVEIS? DE QUE ADOECEM?

A partir da década de 80, com o início da epidemia de AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, viu-se a necessidade de estudar os fatores de risco associados com essa nova doença. Procurou-se identificar o perfil das pessoas que estavam adoecendo e, a partir disto surgiu o termo “grupo de risco”, que no caso da AIDS, incluía homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína. O uso desta expressão trouxe problemas como preconceito, estigmatização e isolamento social das pessoas que faziam parte desses grupos. Outro problema é que as pessoas que não se enquadravam nos “grupos de risco” se sentiam imunes à doença. Por esses motivos o termo recebeu várias críticas e foi substituído por “comportamento de risco” que desloca a ideia de risco pertencente a um grupo populacional para a identificação dos comportamentos que possam expor as pessoas ao HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana. Porém, o termo também era problemático pois inferia que a pessoa que se infecta com o HIV é culpada por isso, porque falhou a medida que não aderiu a um comportamento seguro. Assim, essa culpabilidade individual inferia que a prevenção dependeria exclusivamente da vontade pessoal e da mudança voluntária de hábitos (AYRES, *et al.*, 1999).

Diante disso, alguns autores ampliam o conceito de vulnerabilidade dizendo que a chance de se contaminar com HIV ou adoecer de AIDS era o resultado não apenas de aspectos individuais, mas também de fatores coletivos, contextuais e da disponibilidade de recursos para se proteger, como por exemplo acesso ou não à informação, à programas de saúde, à escola, à condições de vida digna; e também às concepções culturais de como se deve expressar a sexualidade de homens e mulheres (AYRES, *et al.*, 1999).

Ayres *et al.* (1999), descrevem 3 dimensões da vulnerabilidade:

1. Dimensão social que está associada a condições como acesso à educação, informação, saúde, assistência social, garantia de respeito aos direitos humanos;

2. Dimensão programática que diz respeito à atitude das instituições sociais (famílias, escolas, serviços de saúde) em relação ao enfrentamento das condições que levam à vulnerabilidade. Relaciona-se à qualidade das ações; à sustentabilidade, monitorização e retroalimentação das propostas; o estímulo à autonomia dos sujeitos e à participação nos programas voltados à prevenção;

3. A dimensão individual que se refere ao acesso à informação de qualidade sobre a doença, sexualidade, modos de prevenção e sobre serviços de apoio disponíveis, e como as pessoas incorporam essas informações e colocam em prática no seu cotidiano. Essa dimensão

trabalha com a ideia que todas as pessoas estão suscetíveis à doença e que seu modo de vida pode contribuir para a exposição à doença.

Segundo Pessalacia, Menezes e Massuia (2010) a vulnerabilidade pode ser interpretada como a interação de fatores sociais como raça, cor, gênero e classe social, e também fatores cognitivos, emocionais e psicológicos que influenciam na forma como os sujeitos encaram as situações de risco para sua saúde, bem como produzem sentidos sobre si mesmos. Para esses mesmos autores a vulnerabilidade

[...] é uma desvantagem que afeta muitas pessoas, e o vulnerável tem necessidades não atendidas que o torna frágil e suscetível, em risco de sofrer danos. As pessoas são afetadas por uma vulnerabilidade intrínseca relacionada à própria condição de ser humano e, além disso, por vulnerabilidades circunstanciais decorrentes de pobreza, de falta de acesso à educação, dificuldades geográficas, doenças crônicas e endêmicas, discriminação e outros infortúnios (PESSALACIA, MENEZES, MASSUIA, 2010, p.425)

A vulnerabilidade juntamente com a pobreza, a desigualdade e a exclusão expressam uma questão histórica e social. Um indivíduo se torna vulnerável quando é vítima de segregação; faltam oportunidades de educação, trabalho, lazer, moradia e saúde; ou seja, é privado da garantia de seus direitos e de cidadania (ABRAMOVAY, *et al.*, 2002; MIOTO, 2000).

Muñoz Sánchez e Bertolozzi (2007) afirmam que:

[...] o nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a esse processo, pois repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, os quais, por sua vez, potencializam ou diminuem a vulnerabilidade... Desse modo, a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional (MUÑOZ SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007, p. 320).

Alguns comportamentos adquiridos na adolescência tendem a perpetuar na vida adulta, podendo se relacionar a prejuízos na qualidade de vida e no trabalho. Até 70% das mortes precoces em adultos se devem a comportamentos insalubres da adolescência, portanto, o conhecimento das particularidades dessa fase do desenvolvimento humano, bem como dos riscos que esses adolescentes estão sujeitos, pode contribuir para o desenvolvimento de políticas e práticas que minimizem esses agravos e ofereçam uma atenção integral a esse grupo (ARAUJO, *et al.* 2010; BRASIL, 2016a).

Apesar de preverem ações específicas para adolescentes, as políticas públicas voltadas a esse público ainda são frágeis, uma vez que os serviços de saúde não oferecem estrutura adequada para receber os adolescentes, e com isso, dificultam o acesso à prevenção de agravos e a redução de condições que levam à vulnerabilidade (PESSALACIA, MENEZES,

MASSUIA, 2010). Portanto, para o fortalecimento dessas ações, é preciso aprofundar nas questões intersetoriais e transdisciplinares que envolvem o adoecimento e que geram situações de vulnerabilidade para os adolescentes, ouvir esses sujeitos compreendendo as questões subjetivas desta fase da vida, e a partir deste conhecimento, propor ações em saúde.

[...] construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade. Entende-se, portanto, a partir dessa última perspectiva apresentada, o conceito de vulnerabilidade como um convite para renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade ((MUÑOZ SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007, p. 321)

De acordo a OMS, as principais causas de morte em adolescentes em países de baixa renda como o Brasil são violência interpessoal e acidentes de trânsito (WHO, 2017). Em 2015 no Brasil, a maioria dos óbitos entre pessoas de 5 a 19 anos de ambos os sexos foi em decorrência de causas externas, sendo que homicídios foi a principal causa em homens com uma taxa de 38,0/100 mil habitantes; e acidente de transporte terrestre em mulheres com taxa de 3,8/100 mil habitantes (BRASIL, 2018b). Em 2014, o Índice de Homicídios na Adolescência (IHA) para municípios com população igual ou maior que 100 mil habitantes foi de 3,65 adolescentes mortos para cada 1.000 adolescentes entre 12 e 18 anos, o que representa um índice alto já que em sociedades pouco violentas este índice seria menor que 1. Estima-se que entre 2015 a 2021, caso não haja mudanças neste cenário, em torno de 43.000 adolescentes sejam vítimas de homicídios em municípios com mais de 100 mil habitantes (MELO, CANO, 2017). Foi observado que a população de adolescentes negros e de baixa escolaridade são as mais vulneráveis à violência, havendo uma estimativa de que morrem três vezes mais jovens negros do que brancos (BRASIL, 2018c).

Outra causa importante de morte nesta faixa etária é o suicídio, ficando na quarta posição, após homicídios, acidentes e neoplasias malignas (BRASIL, 2018c). O suicídio é um importante problema de saúde pública que poderia ser evitado caso as pessoas vulneráveis fossem tratadas em tempo oportuno. Segundo a OMS, ocorre um suicídio a cada 40 segundos, sendo a segunda causa de morte entre pessoas entre 15 e 29 anos. Em 2012, a taxa de mortalidade mundial foi de 11,4 por 100.000 habitantes, com possível subnotificação. As taxas são mais elevadas entre pessoas maiores de 70 anos, no entanto, em alguns países essas taxas são mais altas entre jovens. A maior parte dos casos acontece em países de baixa e média renda o que contribui para retardar a identificação precoce de pessoas com predisposição ao suicídio.<sup>51</sup>

Entre os anos de 2006 e 2015 a taxas de suicídio no Brasil aumentou 13%, sendo que algumas regiões do país observou-se aumento de 23%. Em todo o mundo observa-se uma maior taxa de suicídio em adolescentes do sexo masculino com idade entre 15 e 19 anos, o que é justificado por fatores como impulsividade, agressividade consigo e com familiares, uso de métodos mais letais na tentativa de suicídio. Também foi observado uma relação entre desigualdade e desemprego com maiores taxas de suicídio. Em mulheres de 15 a 19 anos o suicídio está relacionado a desigualdade e exploração relacionadas ao gênero, falta de acesso a emprego e educação, estrutura patriarcal e distribuição desigual de tarefas responsabilizando a mulher pelo ato de cuidar (D JAEN-VARAS, *et al.*, 2019).

No Brasil, desde 2009, o Ministério da Saúde desenvolve estudos sobre jovens no âmbito escolar, em parceria com o IBGE – denominado “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE”<sup>41</sup>. Trata-se de inquéritos de abrangência nacional, sendo o último realizado em 2015 com estudantes do 9º ano do ensino fundamental, escolares de idade entre 13 a 17 anos frequentando o 6º e 9º ano do ensino fundamental (antigamente chamados de 5ª e 8ª séries), e também estudantes da 1ª a 3ª série do ensino médio. O questionário do referido estudo avaliava questões voltadas ao adolescente no contexto escolar, como infraestrutura oferecida pela escola; alimentação; higiene; prática de atividade física; saúde sexual e reprodutiva; violência; uso de álcool, cigarro e outras drogas; aspectos socioeconômicos, contexto familiar; utilização de serviços de saúde etc (BRASIL, 2016a).

Como resultados, pode-se destacar que muitos jovens entravam em contato com tabaco, álcool e outras drogas durante a adolescência, sendo que a maioria dos que fumam viciaram antes dos 18 anos. Muitas vezes o uso dessas substâncias é uma forma de se inserir em algum grupo, de ficar parecido com os outros membros. O álcool é outra substância que o adolescente tem contato e que pode gerar dependência, além dos riscos que pode trazer para a saúde, caso ingerido em grandes quantidades e/ou diariamente. O consumo de álcool está associado a acidentes de trânsito, baixo rendimento escolar, sexo desprotegido e outros tipos de violência (BRASIL, 2016a).

Outros pontos importantes a serem destacados em relação à saúde do adolescente são os hábitos de vida. Destaca-se o fato de muitos adolescentes adotarem hábitos pouco saudáveis, como dietas repletas de carboidratos, gorduras e produtos industrializados. Hábitos de vida adquiridos na adolescência trarão prejuízos para a fase adulta, portanto, é importante que os jovens sejam estimulados à prática de atividade física, já que auxilia no ganho de massa óssea, na melhoria do condicionamento físico, na prevenção de obesidade e de outros distúrbios do metabolismo, além de poder ser usado como lazer e instrumento de socialização (BRASIL, 2016a). O sedentarismo e dietas gordurosas, industrializadas e hipercalóricas desde o início da

vida levam ao aparecimento de doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS) já na infância e adolescência, trazendo sérios prejuízos para a vida adulta. A obesidade na infância e na adolescência está relacionada com o desenvolvimento da síndrome metabólica, composta por DM2, obesidade, hipertensão e dislipidemia. Portanto, as ações preventivas devem ser orientadas para esse grupo de doenças, evitando assim, no futuro as complicações cardiovasculares e renais, além do aumento da mortalidade em pessoas jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; GABBAY, CESARINI, DIB, 2003).

Um dado preocupante é o aumento de doenças crônicas entre crianças e adolescentes. Nos Estados Unidos, a prevalência de doenças crônicas nestes grupos já alcança 12-16% e este número está em ascensão. No Brasil, estima-se que 11,2% de meninas adolescentes tenham pela menos uma doença crônica e 9,5% dos adolescentes masculinos, sendo que a segunda doença crônica mais comum é o diabetes, especialmente o tipo 2 (BRAZ, BARROS FILHO, BARROS, 2013). A prevalência do DM2 tem aumentado entre os adolescentes e de acordo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) há uma epidemia mundial, em torno de 387 milhões de diabéticos e com previsão para chegar a 471 milhões até 2035. O diabetes é a quinta causa de morte em todo o mundo, contribuindo com 5,2% de todos os óbitos, sendo que grande parte desses óbitos acontece em pessoas jovens e economicamente ativas. Duas décadas atrás o DM2 desenvolvia-se em jovens de algumas populações específicas como índios, americanos e canadenses, posteriormente esse padrão voltou-se para certas etnias como hispânicos, afro-americanos e japoneses, sendo que neste último grupo observou-se um aumento de 20 vezes na incidência de DM2, o que a tornou mais comum que o DM1 entre jovens japoneses (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; GABBAY, CESARINI, DIB, 2003).

A obesidade é uma doença multifatorial, ligada a fatores comportamentais, genéticos e ambientais. Na infância a obesidade pode ser determinada por desmame precoce, seguido da introdução de alimentos inadequados para faixa etária, fórmulas lácteas e engrossantes, distúrbios alimentares e hábitos familiares inadequados. Tudo isso pode levar ao surgimento de doenças crônicas que trarão prejuízos na vida adulta (SBP, 2012). É importante destacar que muitos desses hábitos alimentares são resultantes da falta de acesso das populações mais pobres a alimentos mais saudáveis e variados como frutas, legumes e proteínas, sendo assim, a dieta na maioria dessas famílias se baseia em carboidrato que possui um preço mais acessível.

Outro aspecto importante na saúde do adolescente é a sexualidade. Com o início da vida sexual surgem preocupações relacionadas a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidez indesejada e problemas emocionais resultantes de conflitos pessoais e falta de apoio durante esta fase. Este período pode ser um momento conturbado para adolescentes e familiares

pois podem surgir questões relacionadas à orientação sexual. Muitas vezes estes problemas ocorrem por falta de informação já que este assunto é um tabu para muitas famílias. Diante disto, a escola é ambiente privilegiado para informar e gerar discussões sobre sexualidade, diminuindo os agravos que possam ocorrer por falta de informação. A escola pode ajudar na problematização e desenvolvimento de pensamento crítico nos seus adolescentes, e estes poderão julgar e assumir atitudes de acordo os seus próprios valores, por isso, é muito importante que as famílias estejam junto com a escola neste processo (AMORIM, MAIA, 2012; MOIZÉS, BUENO, 2010). Até nos dias atuais este tema é encarado com tabus, preconceito e estigmatização. Há muita polêmica sobre o fato da sexualidade ser discutida nas escolas, encontrando adeptos da ideia que este tema deve ser falado apenas em casa, porém, é preciso compreender que a sexualidade é algo inerente ao ser humano, não está ligada à imoralidade e não se restringe apenas ao ato sexual. Portanto, é necessário que a escola seja um espaço de diálogo e ofereça acesso à informações científicas e exponha as diversas formas como a sexualidade é vivida nas diferentes culturas e as variações dentro de uma mesma sociedade, utilizando uma linguagem adequada para cada idade e não impondo valores próprios do educador, mas levando o adolescente ao pensamento crítico (SOARES, CAETANO, SOARES, 2014; MOIZÉS, BUENO, 2010). De acordo Moizés e Bueno (2010) “ a falta de debate e reflexão crítica, aumenta a vulnerabilidade com relação as doenças sexualmente transmissíveis, além do risco de gravidez precoce” (MOIZÉS, BUENO, 2010, p. 207).

As ISTs podem facilitar a contaminação pelo HIV que é um desafio para a saúde pública no desenvolvimento de ações preventivas e também na assistência de quem se contamina. Entre os anos de 1980 a junho de 2016 foram identificados no Brasil 842.710 casos de AIDS, sendo 65,1% em homens e 34,9% em mulheres. A maior parte dos casos ocorre entre indivíduos de 25 a 39 anos para ambos os sexos, no entanto, no período de 2006 a 2015 a taxa de detecção de AIDS em jovens de 15 a 24 anos triplicou. Do início da epidemia de AIDS em 1980 até final de 2014 ocorreram 303.353 óbitos por essa doença, sendo observado em 2015 um aumento dos óbitos nas pessoas entre 15 e 19 anos. A principal via de transmissão em adolescentes maiores de 13 anos é a via sexual (BRASIL, 2017a). No entanto, estima-se que estes números sejam subnotificados já que muitas pessoas se automedicam, outros não procuram serviços de saúde e alguns são assintomáticos (TAQUETTE, *et al.* 2005).

Outro aspecto importante de ser destacado é o aumento dos casos de AIDS em mulheres heterossexuais, pobres, negras e com baixa escolaridade, mais evidente na faixa etária de 13 a 19 anos. As populações mais pobres são vítimas de uma “violência estrutural da sociedade” que envolve a soma de fatores que levam à vulnerabilidade a doenças como falta de segurança e de

serviços públicos de qualidade incluindo os do setor saúde, péssimas condições de moradia, discriminação racial e também a violência presente nas famílias e nas relações interpessoais.<sup>46</sup>

Em relação à gravidez na adolescência, alguns autores (AZEVEDO, *et al.*, 2015) defendem que a gravidez em adolescentes jovens traz inúmeros riscos tanto para a mãe quando para a criança e precisa ser prevenida. No entanto, é importante discutir sobre os conceitos do que seria gravidez precoce, os contextos em que ela ocorre, e que nem sempre a repercussão da gravidez será um fator de risco. Não se pode caracterizar a gravidez na adolescência de forma determinística e causal uma vez que ela está permeada por diversas variáveis. O conceito de que a gravidez deve acontecer de forma planejada, numa situação de estabilidade afetiva e econômica é uma visão ultrapassada e que não leva em consideração as diversidades sociais dos adolescentes, os variados contextos em que eles vivem, ou seja "contemplar o histórico e o retrato da situação referente à relação destes jovens com a escola, o trabalho e a família e as múltiplas variáveis associadas a um percurso individual de vida" (CERQUEIRA, *et al.*, 2010, p. 76).

A APS tem potencial para intervir em todos esses fatores, já que trabalha com foco na família e no atendimento integral dos sujeitos, promovendo saúde e prevenindo doenças e agravos desde a gestação até a chegada da senilidade.

Devido às dificuldades socioeconômicas como pobreza, dificuldade de relacionamento familiar, abandono e falta de escolaridade dos pais, muitos adolescentes começam a trabalhar bem cedo para compor a renda familiar. O Brasil conquistou entre 2001 e 2012 uma diminuição de 35% em sua taxa de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos que trabalhavam. Em torno de 150 milhões de crianças entre 5 e 14 anos estão ligadas ao trabalho infantil, principalmente na África do Sul (UNICEF, 2011). O fato de trabalhar pode levar ao abandono dos estudos e perpetuar o ciclo de pobreza que muitos adolescentes vivem. A PENSE (IBGE, 2016) mostrou que entre os escolares entrevistados, 86,6% não tinham um trabalho, 12,2% trabalhavam e recebiam por isso, e 1,2% apesar de trabalhar não recebiam algum dinheiro. Esse último dado revela que muitos desses jovens estão se submetendo a condições de exploração ao trabalhar sem ter remuneração, e mesmo quando recebem salários são prejudicados, uma vez que muitos adolescentes abandonam a escola ou não apresentam bom desempenho escolar por causa do trabalho (IBGE, 2016).

Observa-se ainda outro tipo de violência grave sofrida por jovens, principalmente os negros, pobres, que moram em comunidades ou que estão institucionalizados, é a violência do estado que está totalmente atrelada a questões políticas, sociais, históricas e culturais. O poder que deveria proteger é o mesmo que oprime e discrimina, não atua efetivamente contra situações de violência, exclusão e desigualdade sociais, pobreza e muitas outras



vulnerabilidades que os adolescentes estão expostos. Como exemplo desta violência pode-se citar os jovens assassinados em conflitos com a polícia e as agressões físicas sofridas durante abordagens destes agentes do estado. Além disso, jovens institucionalizados em conflitos com a lei poderiam ter a oportunidade de ressocialização, no entanto, o que se observa é a contribuição do estado para manutenção desta posição marginalizada, já que muitas vezes não são oferecidas condições para resgate da cidadania, oportunidades de trabalho, lazer, educação e condições mínimas para viver após o retorno à sociedade (SANTOS BEIRAS, ENDERLE, 2018; BEZERRA, 2015..

Ainda discutindo a violência relacionada a raça, classe, dominação, exploração, gênero, pode-se citar as agressões, abusos sexuais e morais, assédios e constrangimentos sofridos por jovens LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) que ocorre não apenas no contexto familiar, mas também em espaços públicos como escola e ambientes de trabalho. Embora a sociedade tenha avançado no que diz respeito às questões de gênero, a cultura da virilidade masculina e da submissão feminina tem possibilitado a perpetuação deste tipo de violência (HEILBORN, ROHDEN, 2009). Diante desta cultura machista e por motivos como falta de autonomia, dependência financeira, dependência emocional, baixa escolaridade, medo de retaliação etc, muitas mulheres não conseguem abandonar parceiros violentos e/ou denunciá-los à polícia reivindicando a execução da Lei Maria da Penha (HEILBORN, ROHDEN, 2009).

Conhecer fatores de riscos que crianças e adolescentes estão expostos, oferece subsídios para o planejamento de ações de promoção de saúde e de enfrentamento destes determinantes de saúde-doença. Foi identificado que 55,3% dos adolescentes entrevistados na PENSE (IBGE, 2016) procuram por um profissional ou serviços de saúde no Brasil, sendo a Unidade Básica de Saúde -UBS o serviço mais procurado. Isso reforça a importância da APS, juntamente com a escola para efetivação das práticas de saúde voltadas para adolescentes. Entende-se que a Escola é um ambiente de extrema importância no desenvolvimento cognitivo, emocional e social dos indivíduos e possui potencial para minimizar os fatores riscos dos escolares a partir de práticas educativas. Todo adolescente deve ter garantido o direito à educação para que possa desenvolver sua cidadania, emancipação e qualificação para o trabalho, além da diminuição das desigualdades sociais proporcionadas pela escolarização (IBGE, 2016).

O Programa de Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2007a) do Ministério da Saúde no Brasil é uma estratégia para unir educação e saúde a fim de promover atendimento integral ao adolescente. O programa permite a aproximação de profissionais da APS com o adolescente abrindo espaço para o desenvolvimento de promoção de saúde nos locais onde esses adolescentes estão. Neste momento, o profissional pode ser acolhedor, estabelecer vínculos e

colocar-se como referência para esse adolescente. Garantir que crianças e jovens permaneçam na escola é uma forma de garantir não apenas diminuição das desigualdades sociais, a partir da educação e conhecimento, mas também de dar oportunidade desses indivíduos terem acesso à saúde a partir de programas como o PSE.

Portanto, a partir do exposto, conclui-se que a saúde do adolescente transcende o processo saúde-doença já que esta fase é permeada por questões como desigualdade social - que envolvem classe, gênero e etnia; dimensões institucionais – ensino, mercado de trabalho, serviços de saúde, religião; e a trajetória pessoal de cada indivíduo durante a adolescência (BRASIL, 2010a).

### 4.3 SUS E APS

O SUS é resultado da luta dos brasileiros pela diminuição das desigualdades e busca por garantia de saúde para todos, conhecida com Reforma Sanitária. Modelo de sistema de saúde público e universal, o SUS teve grandes avanços desde a sua criação, como por exemplo, a descentralização das ações em saúde que objetivam garantir um acesso de qualidade à saúde, de forma integral, igualitária e universal (BRASIL, 2000). Antes do SUS, em torno de 30 milhões de pessoas tinham acesso à saúde, mas com a chegada desse novo sistema de saúde, se ampliou para aproximadamente 190 milhões o número de pessoas que tem assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 2011)

A Declaração de Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978) enfatiza que a saúde é:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, p.1)

Diante dessa perspectiva, iniciou uma luta por mudanças no modelo de saúde baseada na assistência curativa, onde tinham direitos apenas aqueles que trabalhavam com carteira assinada e seus dependentes, para outro modelo universal. Diversos atores sociais como usuários, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos, profissionais de saúde, foram responsáveis por dar voz ao “Movimento Sanitarista” que junto com as Conferências Nacionais de Saúde catalisaram o surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 trouxe em seu relatório as diretrizes para a organização desse novo sistema (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009a). Diante

disto, em 1988, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) trouxe em seu artigo 196 a definição de saúde que abriu caminhos para a criação do SUS:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, p1, sessão II).

A partir de então, adotou-se no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de assistência regulamentado pelas leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº. 8.142 e norteado pelos princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade; e pelos princípios organizacionais: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social.<sup>55,60</sup>

A Universalidade se relaciona ao direito de acesso às ações e serviços de saúde e que este direito deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. A Equidade diz respeito a um conceito de justiça social que busca diminuir as disparidades sociais e desigualdades existentes em todo o país. Considera que nem todas as pessoas são iguais, portanto, a rede de saúde deve individualizar situações, tratando de forma “desigual” os “desiguais”, ou seja, investir mais onde há mais carência. Já a Integralidade significa enxergar o indivíduo em sua totalidade, levando em consideração suas demandas biológicas e psíquicas, o contexto familiar, sociocultural e o ambiente em que vive. Para que as práticas de saúde ofereçam atendimento integral é preciso garantir acesso a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde e desenvolver práticas de saúde intersetoriais, articuladas com as políticas públicas e os diversos setores da sociedade (BRASIL, 2000; BRASIL, 1990b; BRASIL, 1998).

Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO, *et al.*, p. 336).

De acordo com Fontoura e Mayer (2006), a integralidade se relaciona a três esferas: práticas dos profissionais de saúde, organização dos serviços e respostas aos problemas de saúde.

No âmbito das práticas dos profissionais de saúde, ao se relacionar com a integralidade, busca-se escapar do reducionismo, ou seja, enxergar o paciente como um todo. Na organização dos serviços de saúde, a visão também deve ser ampliada, buscando-se estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas. Quanto ao terceiro conjunto, as respostas do governo aos problemas de saúde da população, devem incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças,

tratamento e reabilitação em todas as esferas da atenção; seja municipal, estadual ou federal (FONTOURA, MAYER, 2006, p. 533)

#### 4.3.1 A importância da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde

Um dos objetivos da atenção primária é promover saúde e isso pode ser feito aumentando o acesso das pessoas a informações sobre determinantes de saúde e desenvolvendo ações de enfrentamento destes determinantes; estimulando a própria comunidade e indivíduos a participarem da tomada de decisões e de planejamentos de políticas públicas; melhorando as condições de vida da população a partir da ampliação do acesso a lazer, educação, melhores condições de moradia, trabalho e renda; trabalhando o enfrentamento de exclusão social; e estimulando o autocuidado por parte dos usuários, o que gera autonomia nestes indivíduos (FLEURY-TEIXEIRA, *et al.*, 2008).

Alguns autores definem promoção de saúde como “toda atuação que tem como objetivo o incremento ou a melhoria da saúde das pessoas” (FLEURY-TEIXEIRA, *et al.*, 2008, p. 2116), a partir da atuação da comunidade e dos indivíduos sobre seus determinantes de saúde.

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1986, p.1)

A autonomia é uma das categorias norteadores das práticas de promoção de saúde. Por isso, a APS deve construir, juntamente com usuários, a capacidade de escolhas, de agir sobre os determinantes de saúde individuais e coletivos, a fim de modificar as condições de saúde da comunidade.

“Identificamos a autonomia como a categoria norteadora da promoção de saúde, porque vemos que ela é um determinante positivo fundamental para a saúde, sua ampliação é protetora à saúde assim como, inversamente, a restrição de autonomia é fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias (o que tem sido evidenciado pela epidemiologia dos determinantes sociais).” (FLEURY-TEIXEIRA, *et al.*, 2008, p.2120)

Para Campos e Campos (2006, p. 2) a autonomia é “um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.” Diante desse conceito, cabe às políticas públicas e sistemas de saúde produzirem saúde a partir da geração de autonomia nas pessoas, propiciando aos sujeitos o desenvolvimento de reflexões críticas sobre si e sobre o mundo que os cercam. Ter autonomia não quer dizer que o indivíduo será totalmente independente, mas que ele será capaz de refletir e agir sobre sua rede de dependências, estabelecendo acordos e compromissos com os sujeitos com os quais se relaciona (CAMPOS, CAMPOS, 2006)

A co-construção da autonomia depende de fatores relacionados ao próprio sujeito, à coletividade, à economia, às políticas públicas, à valores culturais e sociais, ao acesso à informação e à capacidade de desenvolver pensamento crítico (CAMPOS, CAMPOS, 2006).

Nas diversas sociedades, em distintos momentos históricos foram sendo criadas também condições de autonomia diversas: as leis (jurídicas, religiosas ou simbólicas) enquadram a autonomia de cada um. Os diversos grupos sociais não gozam da mesma autonomia: aos escravos só cabia obedecer, os médicos decidem sobre o processo de trabalho de alguns outros profissionais de saúde, nas sociedades patriarcais os homens decidem sobre as mulheres, etc. Como podemos ver, na ordem social, a questão da autonomia aparece como questão política (dos homens na polis), e é uma resultante das conformações sócio-históricas que assumem as relações de poder (CAMPOS, CAMPOS, 2006, p.4)

A reflexão do que é produção de saúde e como ela tem sido feita deve ser construída de forma conjunta entre usuários e profissionais de saúde. A ideia inatingível de que saúde é apenas ausência de doença, limita a ampliação da gestão do trabalho e a criação de programas e políticas públicas. As pessoas que são foco das ações em saúde devem ser vistas pelos profissionais a partir das suas singularidades, como um ser sujeito a riscos, vulnerabilidades e enfermidades. É preciso compreender que o adoecer não envolve apenas a doença, e sim fatores ligados às dimensões física, mental e social (CAMPOS, CAMPOS, 2006).

Produzir saúde relaciona-se com progressos adquiridos, ou seja, evoluções de um usuário ou de uma coletividade em relação a uma situação anterior. Muitas vezes não é possível atingir o ideal, mas a mudança de um estado de saúde para outro melhor já poderia considerada produção de saúde. No entanto, essa prática não é possível com a clínica tradicional focada na cura, na obediência do usuário às prescrições médicas, sem que ele participe do processo, ao contrário, é preciso ampliar a clínica, valorizando a escuta e as questões subjetivas; a individualidade dos casos, sem esquecer da coletividade; e trabalhar a corresponsabilização dos sujeitos com a própria saúde (CAMPOS, CAMPOS, 2006).

Embora o Brasil tenha avançado em relação ao acesso à saúde, deve-se questionar se houve melhoria na qualidade dos serviços prestados; se as práticas estão voltadas para a construção de projetos terapêuticos; se propiciam a criação de vínculo dos usuários com os serviços de saúde; se estimulam a participação desses sujeitos na mudança de hábitos e promoção da sua própria saúde; ou se ainda prevalece o modelo antigo de “queixa-conduta”, solicitação de exames e prescrição de receitas que mudam pouco a qualidade de vida das pessoas quando se pensa que o adoecer perpassa por fatores biopsicossociais (CAMPOS, CAMPOS, 2006).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aponta modos de trabalho em saúde capazes de consolidar redes, criar vínculos e corresponsabilização entre usuários, profissionais de saúde e gestores buscando garantir uma atenção à saúde humanizada, integral e resolutiva, enfrentando os problemas de forma singular e de acordo o contexto em que ocorrem. A clínica ampliada e compartilhada faz parte desses modos de trabalhar propostos por esta política, juntamente com outras diretrizes como acolhimento, cogestão dentre outras (CAMPOS, *et al.*, 2014; BRASIL, 2009b).

O conceito de clínica ampliada e compartilhada diz respeito a criação de projetos terapêuticos que coloquem o usuário numa posição de responsabilização por si próprio e pela sua saúde. Outros atores também devem ser envolvidos no processo de cogestão da clínica, como gestores, equipes de saúde e a própria comunidade. Constantes mudanças na organização dos serviços de saúde; o autoritarismo na criação de normas, diretrizes e decisões políticas; os poucos espaços para discussão coletiva para tomada de decisões; comprometem a autonomia não apenas dos funcionários, mas também, dos usuários dos serviços de saúde (CAMPOS, CAMPOS, 2006). E é justamente a este modo de fazer saúde que a clínica ampliada se contrapõe, trazendo uma proposta de gestão compartilhada do cuidado pautada no diálogo e na negociação entre profissionais de saúde e usuários, Valoriza-se as relações interpessoais e elementos como acolhimento, escuta, vínculo e participação ativa dos usuários na elaboração de seu projeto terapêutico (CAMPOS, *et al.*, 2014).

Portanto, deve-se refletir se as práticas em saúde têm criado espaços problematizadores, reflexivos e que facilitem o acesso da população, pois só assim será possível gerar autonomia nos sujeitos e nas equipes e melhorar efetivamente as condições de saúde das pessoas e das coletividades.

#### **4.3.2 Acesso como atributo da Atenção Primária à Saúde**

Após a criação do SUS surgiram várias iniciativas para consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS). Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha o foco na redução de agravos como mortalidade infantil e materna nas regiões Norte e Nordeste do país. Com essa experiência e inspirada por outros modelos internacionais de saúde, em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF era uma tentativa de reorganizar a atenção básica, ampliando e interiorizando a cobertura do SUS. Posteriormente, o termo programa, que remete a algo temporário, foi substituído por estratégia que denota permanência e continuidade, surgindo assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ROSA, LABATE, 2005; REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2006).

Em 22 de fevereiro de 2006 foi publicado na Portaria/GM nº 399 as Diretrizes do Pacto pela Saúde que propôs um conjunto de reformas no SUS, pactuadas com as 3 esferas de gestão: União, Estados e Municípios. Era composto por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS que trazia como prioridades mudanças em áreas da saúde que promoveria impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, a saber: a saúde do idoso; câncer de colo de útero e de mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica à saúde. Além disso, reforçou a necessidade de consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como ordenador das redes de atenção à saúde. Assim, a Atenção primária a Saúde (APS) foi se consolidando como porta de entrada preferencial do SUS, culminando com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para reorganização do sistema de saúde, baseada em ações individuais e coletivas de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Tem potencial para resolver a maioria dos problemas da população e deve ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a responsável por desenvolver essas ações junto às famílias e comunidades, ampliando assim a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 1998).

A Declaração de Alma Ata trouxe a primeira definição de APS como um conjunto de cuidados essenciais à saúde, que usa tecnologias acessíveis e leva à saúde para próximo das pessoas e de onde elas vivem, sendo a APS o primeiro nível de contato com o SUS.<sup>57</sup> Modelos de atenção primária robusta ou integral, como o proposto pelas normativas brasileiras<sup>56,71</sup> e internacionais<sup>19</sup> devem ser implementados segundo os atributos essenciais de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção, além dos atributos derivados de orientação comunitária, cultural e familiar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Aprofundando melhor o primeiro atributo citado, a APS, ao se responsabilizar como espaço de primeiro contato, faz referência ao local que o usuário procura primeiramente quando necessita de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada principal ou acesso ao SUS e à Rede.

Existem vários conceitos e dimensões de acesso, no entanto, este termo ainda não é empregado com precisão. Múltiplos significados são dados a essa palavra, sendo muitas vezes usado como sinônimo de “disponível” e de “acessível”, que também são termos amplos e pouco definidos. Pode ainda representar uma série de fatores que influenciam na entrada ou não dos usuários nos serviços de saúde, as barreiras enfrentadas, a disponibilidade e fornecimento de recursos, e a satisfação com o que é ofertado (PENCHANSKY, THOMAS, 1981).

Os diversos conceitos de acesso mostram que sua definição perpassa por fatores relacionados com o usuário, os profissionais, a estrutura e o que é ofertado nos serviços de saúde, portanto, o acesso expressa as diversas formas como o usuário adentra nos serviços de saúde, as barreiras e facilidades que encontra como localização/deslocamento, disponibilidade de horários, facilidade para ser atendido por demanda espontânea, disponibilidade de recursos, capacitação dos profissionais para responderem às demandas do usuário, bem como a percepção destes usuários em relação ao acesso, se está adequado ou não. Este conceito de acesso que será utilizado como referência para este estudo (PENCHANSKY, THOMAS, 1981).

Jesus e Assis (2010, p. 162) definem acesso como a “porta de entrada, o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.” Penchansky e Thomas (1981) também trazem a mesma definição de acesso como porta de entrada e percurso percorrido até os serviços de saúde. O acesso, portanto, pode ser representado por 3 dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade:

“A disponibilidade caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário. A acessibilidade refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário; e, a aceitabilidade do serviço que abrange o subjetivo, o social e o cultural, tais como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro, por isso, defendem que a informação é essencial para que um potencial acesso transforme-se em uso de serviços.” (JESUS, ASSIS, 2010, p. 2868)

De acordo Viegas, Carmo e Luz (2015, p. 101), “a acessibilidade seria influenciada pelo fator resistência (obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais para procurar e obter cuidados) e pelo poder de utilização (capacidade da população para superar tais obstáculos).”



Penchansky e Thomas (1981) descrevem as seguintes dimensões: acessibilidade, disponibilidade, acomodação, aceitabilidade e poder aquisitivo.

- **Acessibilidade:** denota a relação entre a localização da oferta e os usuários levando em conta a distância geográfica, os meios de transporte, o tempo e o custo para o deslocamento.
- **Disponibilidade:** expressa a relação entre o volume e o tipo de necessidade. Refere-se, portanto, ao número de profissionais, equipamentos e unidades de saúde envolvidos para responder ao tipo de necessidade apresentada pelo usuário.
- **Acomodação:** expressa a relação entre a forma como os recursos estão disponibilizados e organizados para responder às demandas dos usuários, incluindo horário de funcionamento da unidade, mecanismos de marcação de consulta, disponibilidade de mobiliário, entre outros. Ao mesmo tempo sinaliza a capacidade do usuário de se ajustar a estes fatores e sua percepção sobre sua adequação.
- **Aceitabilidade:** expressa a atitude do usuário em relação aos profissionais de saúde, as práticas e as características dos serviços ofertados, e também, a aceitação dos profissionais e dos serviços na prestação de assistência aos usuários.
- **Poder aquisitivo:** designa a relação entre os custos dos serviços em relação aos recursos e capacidade de pagamento do usuário.

Neste estudo será dada ênfase nas dimensões: Disponibilidade, Acomodação e Aceitabilidade.

Fragilidades em qualquer destas dimensões podem influenciar negativamente no funcionamento dos serviços, na qualidade da assistência prestada bem como na satisfação do usuário e sua adesão às práticas de saúde. A insatisfação por parte do usuário, a falta de oferta de serviços que atendam suas necessidades, as barreiras que o usuário encontra para ter acesso à saúde básica, podem levá-lo a procurar outros substitutos como hospitais, perdendo assim o sentido da APS como porta de entrada (PENCHANSKY, THOMAS, 1981).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a, p. 10)

Embora a constituição brasileira assegure à saúde como direito universal que deve ser garantido pelo estado e apesar dos avanços conquistados com a implementação do SUS, o que se observa é que há vários cenários de acesso à saúde nas diversas regiões brasileiras, onde “convivemos com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se

justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social” (ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003, p. 816)

Portanto, é preciso lutar para criação e execução de políticas de saúde que compreendam os sujeitos a partir de uma ótica multidimensional; que defendam à saúde como um bem público, um direito individual e coletivo; e que garantam um sistema de saúde com maior acessibilidade, disponibilidade de recursos, acolhedor e que seja organizado para responder as demandas de seus usuários, sendo desta forma aceito pela população (ASSIS, JESUS, 2012; ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

A “Estratégia da Saúde da Família” trouxe uma nova interpretação para o modelo de saúde da APS, compreendido desta vez como estratégia de atenção e não mais programa, e com capacidade de modificar o modelo assistencial vigente. Suas diretrizes operacionais indicam o caráter substitutivo da ESF, entendendo-a não como uma atividade assistencial paralela à rede implantada, mas como a porta de entrada do sistema. A “Saúde da Família” é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde que buscam desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção e reabilitação através do trabalho em equipe (BRASIL, 2012).

Apesar de estar em constante construção, a ESF conseguiu grandes avanços na assistência à saúde das pessoas. Incorporou a clínica centrada em pessoas, trazendo um atendimento humanizado e mais efetivo que considera as singularidades dos sujeitos e coletividades; prática de assistência longitudinal onde os profissionais conhecem os usuários ao longo do tempo, criam vínculos e são reconhecidos como referência em saúde, aumentando dessa forma a resolutividade dos problemas e diminuindo custos para o sistema de saúde; propiciou melhorias nos indicadores de saúde como mortalidade materno-infantil, desnutrição, cobertura vacinal, saúde bucal, redução de internações etc. Muitas iniciativas foram criadas nos últimos anos para fortalecer ainda mais a ESF, ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços ofertados, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); o Programa Mais Médicos; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); o Telessáude etc (CNS, 2016).

Desde a sua edição em 2006, a PNAB sofreu atualizações em 2011 e 2017, sendo esta última publicada na PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, sancionada por uma comissão intergestora tripartite, ou seja, com representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2017b). As novas alterações geraram vários questionamentos, pois foram decisões tomadas de forma muito rápida, com pouca participação popular e que trazem mudanças significativas na atenção primária. Sujeitos políticos coletivos

e instituições da saúde pública como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o Conselho Nacional de Saúde e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade se posicionaram contra as novas mudanças. De acordo com Morosini e Fonseca (2017): “a política de saúde acaba por expressar menos a pluralidade de perspectivas e interesses da sociedade e mais os propósitos imediatistas de gestores”.

Foi interpretada como um retrocesso para a saúde pública, principalmente ao ferir princípios básicos do SUS, como Universalidade e Integralidade, o que acarretará prejuízos para a população, especialmente para aqueles que dependem do SUS como um sistema integral e gratuito. Essas mudanças também foram criticadas, pois, aconteceram no momento em que o país encontrava-se em um contexto político crítico e instável. Além disso, o setor privado tem se fortalecido dentro do SUS a partir da transferência de responsabilidades e recursos públicos para o privado. Por isso, os críticos da nova PNAB acreditam que as mudanças favorecem ainda mais essa disputa dos serviços privados pelo fundo público (MOROSINI, FONSECA, 2017). As mudanças na nova PNAB trazem grandes prejuízos para os avanços conquistados ao longo de anos culminando com a implantação da ESF.

A nova PNAB traz mudanças como a inserção de outros modelos de APS que comprometeriam o papel da ESF como porta de entrada para os serviços de saúde. As chamadas Equipes de Atenção básica seriam outros modelos que podem ser implantados, de acordo com a decisão de gestores municipais (BRASIL, 2017b; CNS, 2016).

“Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da atenção básica nos territórios, que devem seguir os princípios, fundamentos e diretrizes da atenção básica e do SUS descritos nesta portaria, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território. Além da população adstrita ao território, destaca-se, ainda, a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território de responsabilidade, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.” (CNS, 2016, Art. 4º)

Um dos princípios do SUS que é ameaçado pela PNAB 2017 é a universalidade. Para que toda a população tenha acesso aos serviços e que estes sejam resolutivos é importante que a ESF trabalhe com um número de famílias adscritas. As equipes de saúde brasileiras já trabalham com um número de pessoas bem acima do que é sugerido pelos modelos de acesso à APS, e para piorar ainda mais essa situação, a nova PNAB sugere um número de 3500 usuários adscritos por equipe, mas ao mesmo tempo deixa livre as possibilidades de aumento desse número, sem estabelecer um teto máximo. Essa medida leva a um retrocesso para as antigas práticas de saúde baseadas em atendimento pontual, focado em queixas e condutas curativas,

aumento do número de consultas, sem se preocupar com a qualidade, práticas estas que possuem baixa resolutividade (BRASIL, 2017b; CNS, 2016). Este modo de trabalhar vai de encontro com as propostas de atendimento ideal ao adolescente que deve valorizar o acolhimento, a escuta, as questões subjetivas, o que não pode ser alcançado com atendimento direcionado para queixa-conduta.

Outra mudança é a criação de equipes mínimas que compromete a qualidade dos serviços, uma vez que o trabalho em equipe multidisciplinar é indispensável para a integralidade na atenção. Nestes moldes de equipe mínima, o enfermeiro pode ser dispensável e o técnico/auxiliar de enfermagem pode atuar sem supervisão, o que é totalmente contra o regulamento da profissão, previstos na lei 7498/86. Em relação à categoria médica, ao invés de proporcionar melhores condições de trabalho e estimular a permanência deste profissional por maior tempo possível dentro da ESF, e em contato com os usuários de seu território, há uma flexibilização dos regimes de contratação para as equipes de atenção básica, como por exemplo, redução da carga horária mínima para 10 horas semanais, o que compromete a longitudinalidade, já que 2 ou 3 profissionais diferentes podem dividir o cuidado da população influenciando negativamente na continuidade da atenção (BRASIL, 2017b; CNS, 2016). Sabe-se que a abordagem do adolescente precisa envolver uma equipe multidisciplinar devido às diversas questões que perpassam pelos campos biológico e psicossocial. Outro aspecto a ser observado para que as ações em saúde direcionadas a este grupo sejam eficazes é a criação de vínculo entre profissional e usuário, por isso, a criação de equipes mínimas e a flexibilização da carga horária de profissionais comprometem as práticas em saúde, a oferta de serviços e resolutividade das ações, não apenas com adolescentes, mas com todos os usuários da ESF.

Uma das grandes preocupações dos críticos da nova PNAB é a fragilização da importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como parte indispensável na ESF. Esse profissional é de extrema importância para manter o contato diário da comunidade com a ESF especialmente grupos vulneráveis, facilita o acesso, participa das ações de promoção de saúde, dentre diversas outras funções que desempenha na comunidade. Essa nova revisão da PNAB não delimita o número mínimo de ACS por equipes e confere autonomia ao gestor para flexibilizar esse número de acordo as necessidades do território, o que pode implicar na redução de contratação desses profissionais, e na perda da qualidade do serviço, uma vez que os ACS atuantes ficarão sobrecarregados (BRASIL, 2017b; CNS, 2016). O ACS é um importante articulador entre ESF e adolescentes e promotor de saúde dentro da comunidade. Há uma cultura de que o adolescente só procura atendimento para problemas agudos e não se importa com prevenção. Desmerecer a figura do ACS pode comprometer gravemente as práticas de

prevenção e promoção de saúde que estes profissionais executam dentro da comunidade, agravando ainda mais os problemas relacionados à baixa procura do adolescente pela ESF.

Em relação a oferta de serviços, a PNAB 2017 prevê um pacote mínimo de serviços, mas o que a princípio parece ser a garantia de direitos mínimos de acesso à saúde, pode representar a redução de recursos e uma ESF de menor qualidade, já que o mínimo sugerido não é mais a garantia de atenção integral e a oferta de todos os recursos que a APS deve oferecer. Além disso, fica facultado ao gestor contratar serviços complementares para ampliar o acesso na APS, podendo significar a abertura de caminhos para a terceirização da atenção básica. Também não consta na PNAB os valores de repasse para a atenção básica (BRASIL, 2017b; CNS, 2016).

Diante disso, surge uma insegurança em relação as novas propostas da PNAB 2017, pois foram anos de luta para construção do SUS e da APS a fim de garantir a Universalidade do acesso, a integralidade e a equidade nas ações, princípios estes que estão sendo abalados pela nova proposta e que são imprescindíveis para à atenção integral à saúde do adolescente.

#### 4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em dezembro de 1989, através da Portaria nº 980/GM, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que tem como objetivo promover, integrar, apoiar e incentivar práticas de atenção integral à saúde dos adolescentes. Esse programa desenvolve ações interdisciplinares a fim de identificar grupos de riscos, detectar precocemente agravos, tratar doenças, promover reabilitação e atividades preventivas (BRASIL, 1996; RUZANY, *et al.*, 2002).

Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente com o objetivo de garantir os direitos fundamentais inerentes à condição peculiar desses indivíduos. O Capítulo I trata dos direitos relativos à vida e à mediante a efetivação de políticas sociais públicas que garantam o nascimento e o desenvolvimento sadio, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990b).

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens que propôs um novo olhar para este grupo, preconizando a integralidade na atenção ao considerar que a saúde do adolescente é permeada por uma multiplicidade de fatores ligados a questões culturais, socioeconômicas, além daquelas relacionadas a gênero, raça, etnia e religião. Essa política ressalta a importância de práticas intersetoriais e multiprofissionais de promoção de saúde que estimulem a participação destes adolescentes bem como o desenvolvimento de cidadania e emancipação (BRASIL, 2006b).

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Decreto Presidencial nº 6.286 que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) que prevê a integração entre as políticas de educação e saúde, visando ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Este programa desenvolve ações de promoção da atenção integral aos adolescentes, com a participação da comunidade escolar e das equipes de saúde da família (BRASIL, 2007a).

Ainda buscando garantir um atendimento holístico aos adolescentes, em 2010, a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2006a), foram lançadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010a). Ela considera as necessidades específicas de adolescentes e jovens, as características socioeconômicas e culturais da comunidade onde vivem, ou seja, articula os serviços de saúde a outros setores governamentais e não governamentais, buscando alcançar a redução da vulnerabilidade desse grupo.

A integralidade da atenção, como uma das diretrizes do SUS, pressupõe a organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde e para as ações curativas e de reabilitação, perpassando todo o processo de produção da saúde, quer seja individual ou coletivo. Evidenciada a importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens, enfatiza-se a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde (BRASIL, 2010a, p. 75).

De acordo com essa política é preciso atuar de forma intersetorial envolvendo os sujeitos e a coletividade no desenvolvimento de práticas de promoção de saúde, e na garantia da sustentabilidade e efetividade das ações, construindo ambientes saudáveis que conseqüentemente diminuam os riscos de adoecimento. Propõe que deva ser considerado o contexto sociocultural e econômico onde se realizarão essas ações de promoção de saúde; buscar articulação com escola, atores sociais, religião, comunidade, atividades culturais e esportivas que são parceiros das equipes de saúde neste processo de promoção de saúde; estimular a participação dos atores sociais e dos próprios adolescentes no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde no SUS; e também incorporar nas ações em saúde reflexões sobre desigualdade e discriminação relacionadas a gênero, raça e etnia (BRASIL, 2010a).

Embora a atenção primária, amparada nos princípios do SUS, tenha potencial para resolver a maior parte das demandas dos adolescentes e promover assistência integral como proposta pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, o que

se percebe é que as ações voltadas para esse grupo ainda permanecem fragmentadas e desarticuladas (FONSECA, OZELLA, 2010; FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2006).

Quando se fala em Saúde do Adolescente, as políticas, diretrizes e ações criadas especificamente para esse grupo tiveram o intuito de garantir atendimento mais humanizado, por profissionais capacitados e unidades estruturadas, além de aplicar, na prática cotidiana, os direitos dos adolescentes, já estabelecidos em lei. Além disso, também preconizam que se deve estimular e favorecer a participação destes adolescentes no planejamento, desenvolvimento e execução de ações específicas para essa população dentro da APS (BRASIL, 2007a; COSTA, QUEIROZ, ZEITOUNE, 2012).

Para que haja efetividade na atenção ao adolescente na APS é preciso desenvolver práticas voltadas para a promoção de saúde, estímulo a autonomia dos sujeitos, levando em consideração que a adolescência envolve questões amplas que precisam ser valorizadas no planejamento das ações em saúde pela APS.

O atendimento ao adolescente deve ser pautado no reconhecimento de que eles são sujeitos que possuem direitos e que são capazes de tomar decisões, e por isso, deve-se respeitar a autonomia, a liberdade desses jovens, como consta no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), exceto quando isso oferecer risco à saúde e vida dos mesmos e de outros. Sendo assim, deve prevalecer à ética profissional, garantindo o sigilo de informações e o direito de o adolescente ser atendido sem a presença de acompanhantes. Todas essas atitudes melhoram a relação profissional-adolescente, cria vínculos e abre caminhos para que a APS seja uma referência para esses jovens (BRASIL, 2007b).

Outro desafio para oferecer atenção aos adolescentes é a capacitação dos profissionais que atuam na APS e a estruturação dos serviços que receberão os jovens. A equipe deve ser multidisciplinar composta por pessoas capacitadas para lidar com as peculiaridades dos adolescentes. Como essa fase da vida é carregada de mudanças biológicas e psíquicas, o profissional deve estar preparado para lidar com os conflitos que possam surgir devido a essas mudanças rápidas no corpo e na mente, com a linguagem que pode ser diferente para cada “grupo” ou “tribo” – os adolescentes costumam se identificar com grupos e formarem “tribos” com os iguais. A educação permanente, que pode acontecer através de reuniões de equipe, é uma das formas de capacitar todos os profissionais para adquirirem habilidades básicas para a atenção ao adolescente, melhorar a qualidade do trabalho, rever e discutir práticas, além de ser um momento para discussão de casos e planejamento de ações (MACHADO, *et al.*, 2007; COSTA, QUEIROZ, ZEITOUNE, 2012; SOUZA, OLIVEIRA, 2007).

O espaço físico deve ser acolhedor e oferecer estrutura e atividades que vão de encontro às necessidades dos adolescentes. Os materiais usados para promoção de saúde devem ter a

linguagem do adolescente e oferecer recursos que sejam atrativos para os mesmos e estimulem sua participação ativa nos processos de promoção de saúde e prevenção (BRASIL, 2007a).

Outra estratégia para a integralidade na atenção ao adolescente é facilitar o acesso às práticas de saúde estabelecendo parcerias com locais frequentados por adolescentes dentro da própria comunidade como igrejas, clubes, ONGS e em especial a escola. O ambiente escolar é um espaço que pode ser aproveitado para práticas de promoção de saúde, já que é possível levar à UBS até o ambiente onde os adolescentes estão, facilitando dessa forma o acesso. Podem ser desenvolvidas atividades conjuntas com a grade curricular como gincanas, shows, passeios, campeonatos e envolver esses jovens na elaboração e execução de ações de saúde, ou seja, estimular que eles mesmos sejam promotores de saúde (BRASIL, 2007a).

Neste sentido, a atenção integral deve ser entendida como uma prática coletiva que envolve profissionais de saúde, iniciativa pública e privada, além da própria comunidade. Esse conceito deve ser entendido como uma prática de saúde contextualizada que desenvolve ações abrangentes, humanizadas, acolhedoras e resolutivas, que considerem as pessoas em sua totalidade, abandonando qualquer forma de fragmentação do sujeito. Com isso é possível alcançar melhor qualidade no atendimento, além de melhores resultados nas ações voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (FONTOURA, MAYER, 2006).

#### 4.5 O PROFISSIONAL DE SAÚDE E SEUS DESAFIOS NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

Apesar de tantas políticas no SUS voltadas para a integralidade da atenção dos seus usuários e ao trabalho com equipe multiprofissional, a formação dos profissionais que atuam no SUS ainda está bem centrada no modelo biomédico, o que explica muitas práticas fragmentadas e focadas na doença. A atenção ao adolescente, em especial, exige do profissional uma visão ampliada de saúde que leve em consideração as particularidades desta fase de transição para vida adulta, que é vivida de forma particular por cada indivíduo ou grupos. Também é preciso estar atendo para todos os determinantes de saúde-doença que abrangem aspectos biopsicossociais, a fim de desenvolver ações em saúde integrais e efetivas (PENSO, *et al.*, 2013).

Os adolescentes podem procurar os serviços de saúde motivados por uma demanda sua, de seus responsáveis ou de ambos, portanto, o profissional de saúde deve conhecer os princípios éticos envolvidos no atendimento do adolescente. Muitas vezes esse profissional se deparará com situações delicadas, onde o adolescente quer sigilo das informações e ser atendido sem



acompanhante, o que é garantido pelo código de ética médica e pelo ECA. Muitos adolescentes omitem fatos sobre a sua saúde por acreditarem que o sigilo não será garantido. Por isso, o profissional deve conhecer quais são os direitos dos adolescentes em relação a atendimento em serviços de saúde, e também, quando o sigilo deve ser quebrado, a saber, em situações em que o adolescente não é capaz de cuidar da sua saúde ou está em situação de risco para si e para outras pessoas. Quando esses direitos são garantidos, os serviços de saúde passam a ser locais onde os adolescentes procuram, expõem suas dificuldades e têm a oportunidade de receber tratamento e orientações, ou seja, propicia um ponto de referência acolhedor e confiável para os mesmos, garantindo assim o direito à saúde e a redução de danos (TAQUETTE, *et al.*, 2005).

Muitas barreiras na atenção aos adolescentes pela APS/ESF podem ser explicadas por dificuldades e pouco conhecimento técnico de profissionais de saúde para lidar com o adolescente e por isso é imprescindível que haja programas de educação continuada. Constatase ainda que parte dessa dificuldade é consequência de falhas durante a formação destes profissionais, pois nos currículos não são contempladas temáticas que aprofundem na saúde do adolescente, e quando presentes, são focadas apenas na sexualidade e reprodução, deixando a desejar em outros aspectos, como por exemplo, os relacionados a questões psicossocial-cultural e político. Diante do exposto, é imperativa a necessidade de reestruturação do processo de trabalho das equipes e fazer valer as políticas públicas de atenção aos adolescentes, que já foram consolidadas após luta de vários atores sociais (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2006).

Ferrari, Thomson e Melchior (2006) afirmam que os profissionais da atenção básica que trabalham em programas de atenção à saúde do adolescente relatam sentimento de frustração e desmotivação no desenvolvimento do seu trabalho, pois geralmente poucos adolescentes comparecem as atividades. No entanto, reconhecem que as atividades deveriam ser interessantes e escolhidas pelos próprios adolescentes, o que não é uma realidade na maioria dos serviços. Esses profissionais reconhecem a relevância do desenvolvimento de atividades específicas para esse público, mas ressaltam a importância de que essas ações sejam desenvolvidas em conjunto com outros profissionais como assistente social, psicóloga, médicos, enfermeiros etc. Para isso é importante buscar suporte em outros pontos da rede como escolas, Secretaria de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da família - NASF, Organização não governamentais - ONGS e outros serviços dentro da própria comunidade.

“É difícil afirmar se a relativa ausência dos adolescentes nos serviços de saúde se deve a pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura dos mesmos, uma vez que estes dois fatores estão interligados e se referem à forma como o serviço de saúde está estruturado atualmente no país e, também existir poucos estudos sobre esse enfoque” (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2006, p. 2492).

Souza e Oliveira (2007) observaram que estudantes de enfermagem participantes do seu estudo, quando solicitados que representassem por meios de palavras as ideias que tinham sobre os termos “adolescente” e “adolescência”, surgiram palavras como “rebeldia, andar em grupo, trancar-se no quarto, não obedece regras, difícil, fase de transformações, difícil comunicação, desejo de ser aceito no grupo” demonstrando os preconceitos que os futuros profissionais têm a respeito do adolescente. Tais concepções podem representar barreiras no atendimento desses adolescentes, como por exemplo, a ideia que a comunicação é difícil e que eles são rebeldes. Muitas desses preconceitos são construídos a partir de lembranças da sua própria adolescência. Ferrari, Thomson e Melchior (2006) observaram o mesmo fenômeno em seu estudo. Os profissionais emitiram em seus discursos alguns julgamentos em relação aos adolescentes como, por exemplo, “deseducados”, “permissivos”, “desrespeitosos”, demonstrando assim pouco conhecimento sobre a adolescência e uma visão preconceituosa a respeito desta fase, o que gera ainda mais prejuízos na atenção, pois cria barreiras na relação entre profissional e usuário.

Outros autores (TAQUETTE, *et al.*, 2005) também afirmam que profissional de saúde pode ser influenciado pelas suas próprias experiências ao atender o adolescente, sendo susceptível a ter reações inconscientes, portanto, é preciso refletir sobre o comportamento dos profissionais que atendem o adolescente, os quais devem buscar conhecimento técnico-científico e ético para prestar um atendimento imparcial e buscando o bem do paciente.

De acordo com Souza e Oliveira (2007) para cuidar do adolescente é necessário considerar suas particularidades e desenvolver ações que vão além do conhecimento técnico-científico, abordando também as questões subjetivas que envolvem essa fase da vida. Isso representa um desafio para os profissionais que geralmente são formados no modelo biomédico, pois esse atendimento diferenciado exige habilidades como ser flexível, capacidade de interação, empatia e conhecimento dos princípios éticos que envolvem o atendimento do adolescente.

Gonçalves, Silva e Pitangui (2015) afirmam que para se conseguir um atendimento integral ao adolescente é preciso uma rede multidisciplinar e intersetorial articulada e que haja co-responsabilização de todos os setores e serviços que a compõem.

“Ampliar o acesso à rede de atenção básica de saúde, que, por conseguinte, deverá criar espaços de discussão e aprofundamento de questões formuladas pelos próprios adolescentes. O grande investimento a ser feito é o desenvolvimento de ações voltadas para esta parcela da população, pois estaremos contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida de nossos futuros adultos e conseqüentemente modificando o perfil de saúde dos mesmos” (FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2006, p. 2494)

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva que adota como método a revisão integrativa de literatura que é definida como um tipo de pesquisa que sistematiza e analisa resultados de estudos a respeito de uma questão, a fim de contribuir para o conhecimento deste tema. É chamada de integrativa por fornecer informações abrangentes sobre o evento estudado, podendo influenciar na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas no conhecimento que precisam ser melhor estudadas. O método é confiável e permite aprofundamento da questão estudada, pois se estrutura através de etapas metodológicas que devem ser seguidas rigorosamente, a fim de prevenir distorções e garantir que a pesquisa tenha validade e credibilidade científicas (ROMAN, FRIEDLANDER, 1998). Este tipo de revisão facilita a utilização do conhecimento científico já que condensa os resultados de várias pesquisas, tornando esses dados mais acessíveis ao leitor (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

As etapas da revisão integrativa seguiram o rigor científico e os protocolos estabelecidos pela literatura, a saber: 1) definição da pergunta de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos em tabelas de acordo as características em comum; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e análise; 5) interpretação dos resultados; 6) relatório sobre os resultados encontrados (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; WHITTEMORE, KNAFL, 2005; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

### 5.1 COLETA DE DADOS: DEFINIÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A partir da pergunta norteadora “A APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando a atenção integral, o estímulo a autonomia e corresponsabilização destes sujeitos?” iniciou-se uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), publicados no período entre 2008 a 2019. Este período foi escolhido propositalmente para abranger estudos realizados após a criação de políticas públicas importantes para o avanço na atenção ao adolescente brasileiro, como por exemplo: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens” (BRASIL, 2017b) e a “Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)” em 2006 (BRASIL, 2006a) Programa Saúde na Escola- PSE” em 2007 (BRASIL, 2007a):

“Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010a) em 2010 dentre outras (BRASIL, 2005).

A princípio realizou-se alguns testes com apenas dois descritores “adolescente” e “atenção primária à saúde” buscando nos campos: título, resumo e assunto. Observou-se que desta forma, a pesquisa não supriria os objetivos deste trabalho. Como o referencial norteador desta pesquisa “clínica ampliada e compartilhada” é amplo, foi necessário uso de vários descritores para encontrar artigos que abordassem em profundidade o tema e respondessem à questão inicial. Portanto, foram acrescentados outros descritores à busca nas seguintes combinações: 1) Adolescente “AND” Atenção primária “OR” Saúde da Família; 2) Adolescente “AND” Práticas educativas “AND” Autonomia; 3) Adolescente “AND” Práticas educativas “OR” Promoção da Saúde. Os critérios para a inclusão dos artigos foram: artigos publicados no período de 2008 a 2019, em português, inglês ou espanhol, que abrangessem as práticas de atenção aos adolescentes pelos profissionais de saúde da APS/ESF no Brasil e que abordassem questões relacionadas ao acesso (barreiras e facilitadores), promoção de saúde (com ênfase em práticas dialógicas, estímulo a autonomia e corresponsabilização) e articulação da ESF com a rede. Os critérios de exclusão foram: apresentação insuficiente de resultados; resultados que fugissem ao tema ou fossem mais abrangentes que o objetivo desta revisão. As teses foram excluídas devido saturação de dados a partir dos artigos.

Pelo título foram selecionados na base BVS 136 artigos e na Scielo 73. Após leitura dos resumos restaram 26 artigos na BVS e 11 artigos na Scielo. Com a leitura do texto completo e exclusão dos repetidos restaram 21 artigos para extração de dados e análise final. (Quadro 1)

**Quadro 1:** Estratégia de busca

Descritores	Número de artigos selecionados	
	BVS	Scielo
Adolescente AND Atenção Primária OR Saúde da Família	46	41
Adolescente AND Práticas Educativas AND Autonomia	21	16
Adolescente AND Práticas Educativas OR Promoção de Saúde	69	16
<b>Selecionados pelo título</b>	136	73
<b>Selecionados após leitura do resumo</b>	26	11
<b>Seleção final após leitura dos textos na íntegra e exclusão dos repetidos</b>	21	

Fonte: Elaboração própria

## 5.2 CATEGORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS

Realizou-se uma pré-análise dos artigos e foi construída uma planilha que possibilitava uma visão geral de cada um deles, incluindo a referência, objetivo, população estudada, local de realização do estudo, abordagem e instrumento de coleta (Quadro 2).

**Quadro 2:** Visão geral dos artigos

REFERÊNCIA	OBJETIVOS	POPULAÇÃO	LOCAL	ABORDAGEM	INSTRUMENTO DE COLETA
<b>PENSO, M. A.; BRASIL, K. C. T. R.; ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. Saude Soc. 2013, v. 22, n. 2, p. 542-553.</b>	Discutir a relação entre saúde e escola na percepção dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal (DF)	13 profissionais de saúde: 2 enfermeiras, 3 médicos e 5 técnicas de enfermagem, e 1 técnico em higiene, 1 dentista, 1 assistente social.	Centros de saúde - Distrito Federal (DF)	Qualitativa	Entrevistas
<b>AMORIM, D. U.; QUEIROZ, M. V. O.; BRASIL, E. G. M.; MAIA, E. G. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. Saúde debate. 2014, v. 38, n. 101, p. 254-266.</b>	Descrever as percepções e as práticas de Agentes Comunitários de Saúde em seu trabalho junto a adolescentes.	28 agentes comunitários de saúde	ESF – Iguatu (CE)	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas

<p><b>COELHO, M. M. F.;</b>  <b>MIRANDA, K. C. L.;</b>  <b>GOMES, A. M. T.;</b>  <b>SILVEIRA, L. C.</b> <b>Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. Rev. enferm. UERJ. 2015, v. 23, n. 1, p. 9-14.</b></p>	<p>Compreender as condições de produção de discurso que subsidiam as enunciações de enfermeiros na prática de educação em saúde com adolescentes.</p>	<p>15 enfermeiros</p>	<p>ESF vinculadas ao PSE – Fortaleza (CE)</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Dinâmica e Entrevista semiestruturada</p>
<p><b>TEIXEIRA, M. R.;</b>  <b>COUTO, M. C. V.;</b>  <b>DELGADO, P. G. G.</b> <b>Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciênc. saúde coletiva. 2017, v. 22, n. 6, p. 1933-1942.</b></p>	<p>Analisar aspectos facilitadores e barreiras para construção do cuidado colaborativo entre a AB, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a saúde mental, a partir do CAPSi, em um território de grande centro urbano.</p>	<p>25 profissionais de saúde: 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 médicos de família, 3 enfermeiros, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de enfermagem</p>	<p>CAPSi e ESF</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Banco de dados do serviço, grupo focal e grupo de intervenção</p>
<p><b>HENRIQUES, B. D.;</b>  <b>ROCHA, R. L.;</b>  <b>MADEIRA, A. M. F.</b> <b>Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. Rev</b></p>	<p>Conhecer o significado que os profissionais da atenção primária do município de Viçosa-MG dão para o atendimento ao adolescente.</p>	<p>12 profissionais de saúde: 5 médicos e 7 enfermeiros</p>	<p>ESF - Viçosa/MG</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Entrevista</p>

Med Minas Gerais. 2010, v. 20, n. 3, p. 300-309.					
<b>HIGARASHI, I. H.; BARATIERI, T.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. Rev. enferm. UERJ. 2011, v. 19, n. 3, p. 375-80.</b>	Identificar as dificuldades existentes na atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família, no município de Maringá/PR, junto aos adolescentes; e as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade no atendimento a esta clientela.	8 enfermeiros	UBS/ESF - Maringá/PR	Quantitativa	Entrevistas semiestruturadas
<b>FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A. P.; SILVA, M. A. I. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. Rev. bras. enferm. 2008, v. 61, n. 3, p. 342-348.</b>	Descrever a assistência em saúde oferecida às crianças e adolescentes abrigados no Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados (CACAV), no município de Ribeirão Preto-SP	19 funcionários do abrigo: 2 funcionários da enfermagem, 1 coordenadora geral, 3 encarregados, 12 educadores e 1 técnico de enfermagem.	Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados (CACAV) - Ribeirão Preto (SP)	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas, observação não estruturada e análise de documentos e registros: cartões de vacinação das crianças e adolescentes abrigados e prontuários médicos existentes na instituição.
<b>BRASIL, E. G. M.; QUEIROZ, M. V. O.; CUNHA, J. M. H.; MAGALHÃES, S. S.; MAIA, E. G. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. Rev.</b>	Descrever as relações e a formação de vínculo do enfermeiro com a mãe adolescente na consulta de puericultura.	5 enfermeiros e 3 mães adolescentes.	UBS/ESF – Fortaleza (CE)	Qualitativa	Observação sistemática e entrevista

fundam. care. 2016; 8(3): 4601-4608.					
<b>OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SILVA, F. M.; MACIEL, E. L. N.</b> As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciênc. saúde coletiva. 2009, v. 14, n. 2, p. 635-644.	Avaliar as ações de educação em saúde referente à criança e ao adolescente realizadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Vitória, Espírito Santo.	Profissionais de saúde e adolescentes de 10 a 19 anos	UBS/ESF – Vitória (ES)	Quantitativa	Observação direta das ações de Educação em Saúde
<b>MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O.</b> Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. Rev. Gaúcha Enferm. 2012, v. 33, n. 3, p. 65-72.	Analisar o cuidado ao adolescente na atenção básica na visão destes sujeitos, enfocando necessidades e interação com os trabalhadores de saúde.	15 adolescentes de 13 a 17 anos, matriculados no 9º ano de um Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES)	Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES) – Fortaleza (CE)	Qualitativo	Grupo focal
<b>COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R, C. G.</b> Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. Esc. Anna Nery. 2012, v. 16, n. 3, p. 466-472.	Descrever ações dos gestores e dos enfermeiros com os adolescentes na atenção primária, baseadas nas perspectivas da integralidade.	4 gestores e 13 enfermeiros	UBS/ESF - Fortaleza (CE)	Qualitativa	Entrevista semiestruturada
<b>KEMPFER, S. S.; FRAGA, S. M. N.; MAFRA, T. J.; MAFRA, T. J.; HOFFMAN, A.</b>	Sensibilizar adolescentes sobre a importância do	70 adolescentes nas oficinas e 10 adolescentes nas consultas	Centro de Saúde e Centro Educativo -São José (SC)	Qualitativo	Oficina educativa e Consultas de enfermagem – Observação participante e



<p><b>C. S.; LAZZARI, D. D. Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado. Rev. pesq. cuid. fundam. 2012, v. 4, n. 3, p. 2702-2711.</b></p>	<p>autocuidado na prevenção da gravidez.</p>				<p>entrevista semiestruturada</p>
<p><b>COIN-CARVALHO, J. E.; ESPOSITO, F. C. F. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes. Aletheia. 2012, v. 37, p. 149-161.</b></p>	<p>Estudar as condições para a implantação de um programa de visitadoras domiciliares para adolescentes puérperas em parceria com ESF.</p>	<p>79 mulheres da comunidade, 5 mulheres lideranças da comunidade, e 15 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)</p>	<p>Comunidade e UBS- São Paulo (SP)</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Rodas de conversa, encontros na UBS. Observação</p>
<p><b>FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009, v. 25, suppl 2, p. s240-s250.</b></p>	<p>Explorar as possibilidades e os limites da integração das ações de prevenção das DST/AIDS na atenção operada numa unidade de atenção básica organizada pela Estratégia Saúde da Família</p>	<p>Gerente da ESF, profissionais de saúde (2 auxiliares de enfermagem, 1 médico e 3 agentes comunitários de saúde)</p>	<p>UBS – São Paulo (SP)</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Observações e entrevistas semiestruturadas</p>
<p><b>AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M.; NASSER, M. A.; SALTÃO, R. M.; MENDES, V. M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunic.,</b></p>	<p>Levantar e analisar ações de APS de adolescentes e jovens examinando o caso de um serviço com atividades específicas para o grupo localizado na região oeste</p>	<p>5 adolescentes e 12 profissionais, entre gestores, profissionais de nível superior e funcionários</p>	<p>UBS/ESF - São Paulo (SP)</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Observação e entrevista semiestruturada</p>

<p><b>Saude, Educ. 2012, v. 16, n. 40, p. 67-81.</b></p>	<p>da cidade de São Paulo.</p>				
<p><b>FONTANA, R. T., SANTOS, A. V., BRUM, Z. P. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. Rev. pesq. cuid. fundam. 2013, p. 5, n. 4, p. 529-536.</b></p>	<p>Educar e promover a saúde do adolescente, estimulando a adoção de medidas preventivas de autocuidado em relação ao tema "sexualidade"</p>	<p>26 adolescentes de 12 a 18 anos</p>	<p>Comunidade terapêutica para usuários de substâncias psicoativas de uma Organização Não Governamental (ONG) - Rio Grande do Sul (RS)</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Oficina pedagógicas</p>
<p><b>SANTOS, A. A. G.; SILVA, R. M.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; CATRIB, A. M. F.; JORGE, H. M. F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. Ciênc. saúde coletiva. 2012, v. 17, n. 5, p. 1275-1284.</b></p>	<p>Analisar os sentidos atribuídos às práticas de promoção à saúde do adolescente por profissionais da Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>47 profissionais de saúde: 5 gestores municipais de saúde, 22 enfermeiros, 11 médicos e 9 cirurgiões-dentistas.</p>	<p>UBS/ESF – Fortaleza (CE)</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Entrevista semiestruturada</p>
<p><b>LEITE, J. T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica.</b></p>	<p>Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica à saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a</p>	<p>5 enfermeiras</p>	<p>ESF - São Paulo (SP)</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Entrevistas semiestruturadas</p>

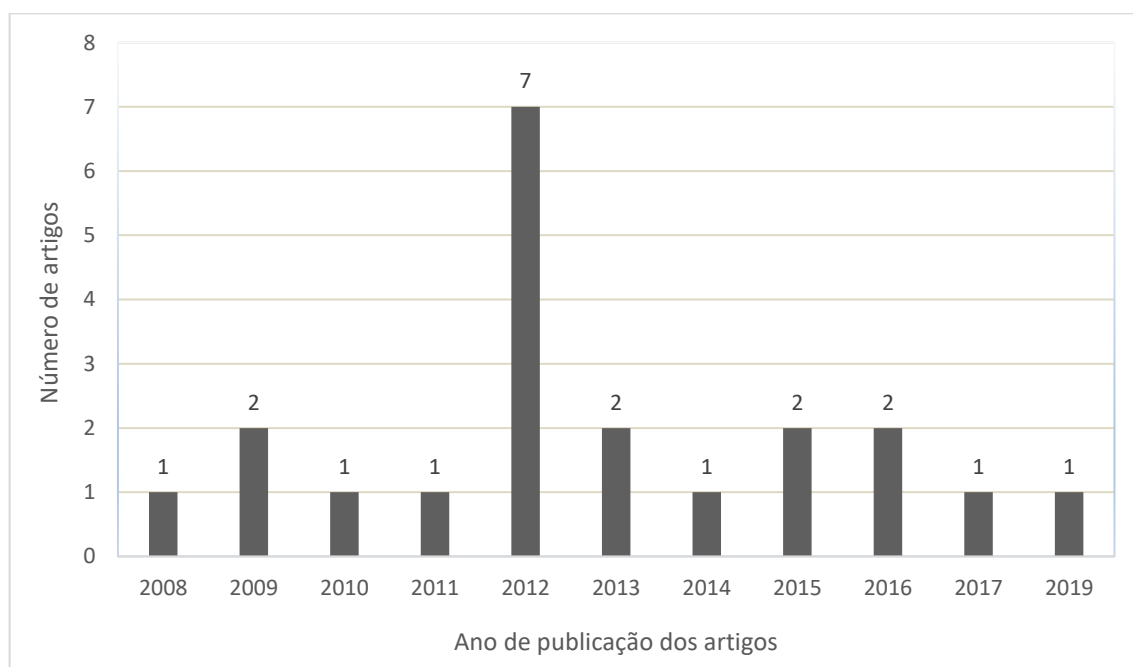
<b>Rev. Gaúcha Enferm. 2016, v. 37, n. 2, e55796.</b>	partir da perspectiva da atenção integral à saúde.				
<b>MACHADO, M. F. A. S.; GUBERT, F. A.; MEYER, A. P. G. F. V.; SAMPAIO, Y. P. C. C.; DIAS, M. S. A.; ALMEIDA, A. M. B.; et al. Saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. J. Hum. Growth Dev. 2015, v. 25, n. 3, p. 307-312.</b>	Identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do Brasil no Programa Saúde na Escola (PSE).	17.202 equipes de Saúde da Família que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012 no Brasil	ESF - Brasil	Quantitativa	Coleta de dados secundários oriundos do Ministério da Saúde - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012 no Brasil
<b>COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ. 2012, v. 20, n. 2, p. 197-202.</b>	Analisar a organização da linha do cuidado ao adolescente na percepção dos gestores e dos enfermeiros da atenção primária.	18 profissionais de saúde: 4 gestores e 14 enfermeiros	UBS - Fortaleza (CE)	Qualitativa	Entrevista semiestruturada
<b>MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; PINTO, E. P. JR.; AMORIM, L. D. A. F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e</b>	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	812 indivíduos de 15 a 24 anos de idade	ESF/UBS - Município de Camaçari (BA)	Quantitativo	Questionário

<b>jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 1, e00044718.</b>	Família (ESF).				
---	----------------	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

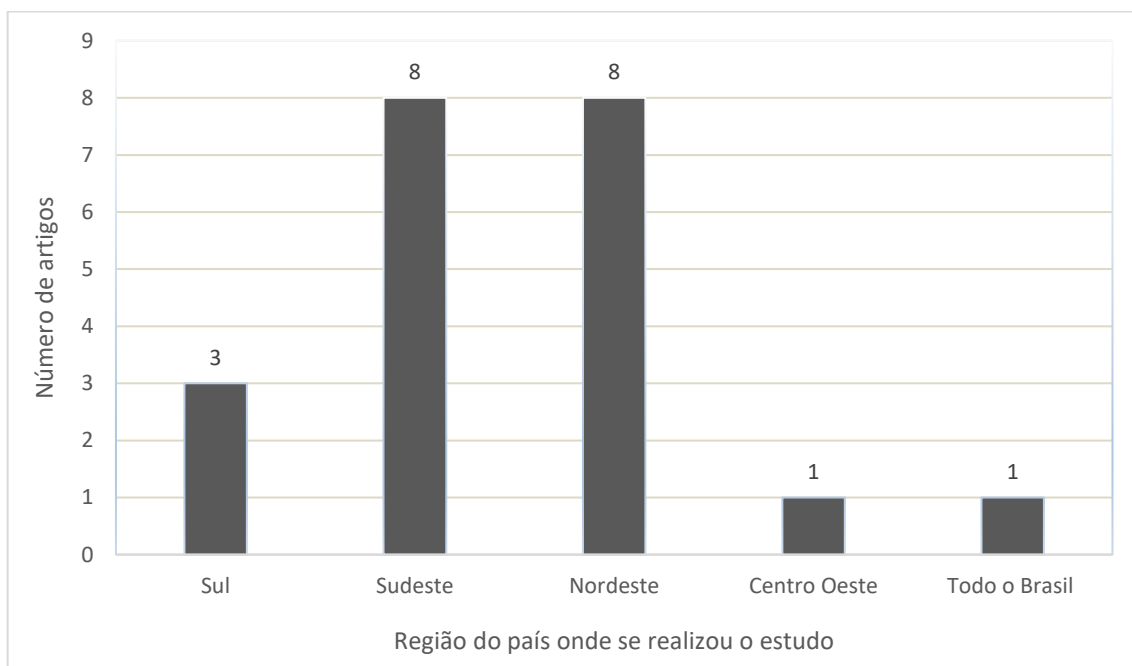
Os artigos também foram classificados de acordo o ano de realização (Gráfico 1), a região do Brasil (Gráfico 2) e a metodologia empregada (Gráfico 3):

**Gráfico 1-** Estudos por ano de publicação.



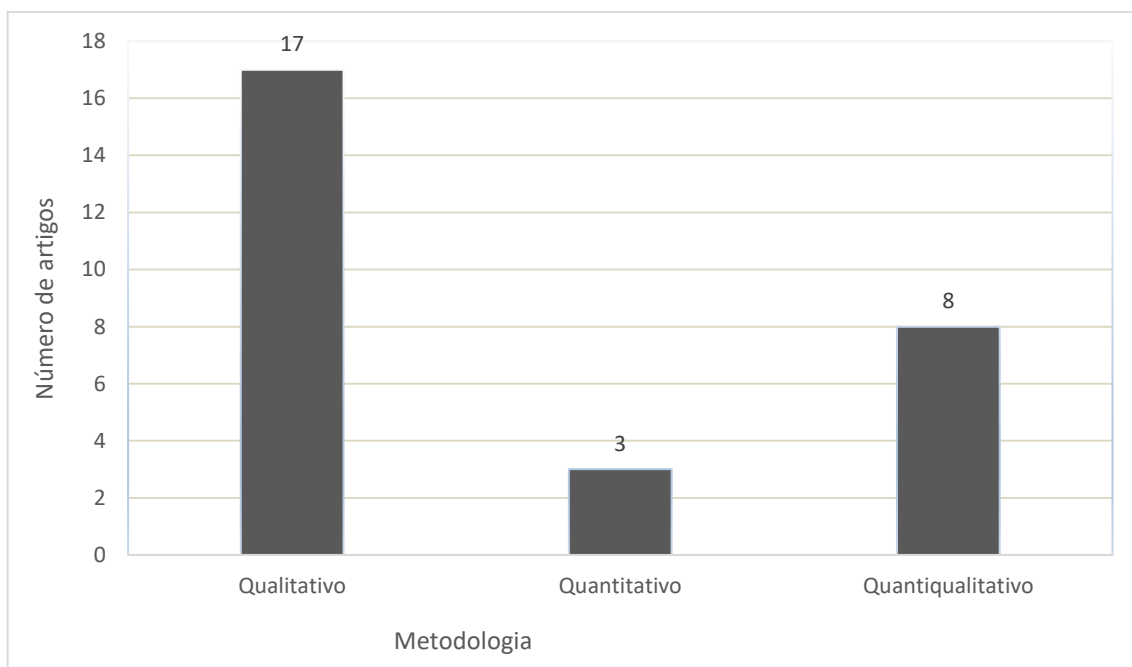
Fonte: Elaboração própria.

**Gráfico 2-** Estudos por região do Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

**Gráfico 3:** Estudos por metodologia.



Fonte: Elaboração própria.

Para orientar a categorização e interpretação dos artigos foram definidos temas a serem explorados que remetiam a “atenção integral ao adolescente numa perspectiva ampliada e compartilhada: visão do profissional de saúde sobre adolescência, (conhecimento sobre o tema,

estigmatização/preconceitos); acolhimento e vínculo (como é o processo e quem realiza); formação/capacitação do profissional de saúde (capacitação permanente, conhecimento das políticas públicas); barreiras de acesso à ESF; trabalho em equipe e suas práticas; integralidade e autonomia na atenção ao adolescente; rede de apoio a ESF/APS com ênfase na intersetorialidade (tabela b).

**Quadro 3** - Temas que deram origem às categorias/subcategorias e seus respectivos autores (número da referência)

Temas			Número das referências	Número total - N
<b>O profissional de saúde e a atenção ao adolescente</b>	<b>Visão dos profissionais sobre a adolescência</b>	Desconhecimento sobre a adolescência	(ROCHA, GARCIA, 2008; CALLIGARIS, 2000; SALLES, 2005)	3
		Visão estigmatizada/preconceituosa/baseada em vivências pessoais	(ROCHA, GARCIA, 2008; CALLIGARIS, 2000; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; SBP, 2017; ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010)	5
	<b>acolhimento e vínculo</b>	Focado no enfermeiro	(ROCHA, GARCIA, 2008; HORTA, SENA, 2010; CERVENY BERTHOUD, 2010; AVILA, 2005)	4
		Limitado a atendimentos individuais/palestras/consultas	(AVILA, 2005)	1
		Estabelecimento de vínculo /relações de confiança/ser acolhedor	ROCHA, GARCIA, 2008; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; PRATTA, SANTOS, 2007; AVILA, 2005; UNICEF, 2011)	6
	<b>formação profissional</b>	Falhas na formação – falta de capacitação para lidar com adolescente	ROCHA, GARCIA, 2008; CALLIGARIS, 2000; SALLES, 2005; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, 2010; CERVENY, BERTHOUD,	12

			2010; AVILA, 2005; AYRES, <i>et al.</i> , 1999); ABRAMOVAY, <i>et al.</i> , 2002; MIOTO, 2000; MUÑOZ-SÁNCHEZ, BERTOLOZZI, 2007; BRASIL, 2016b).	
		Desconhecimento das políticas públicas ou não colocar em prática	BRASIL, 1990b; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; MIOTO, 2000.	4
<b>A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente</b>	<b>Barreiras de acesso</b>	Alta rotatividade de profissionais/falta de recursos humanos, físicos e materiais	BRASIL, 1990b; SALLES, 2005; HORTA, SENA, 2010; CERVENY, BERTHOUD, 2010; AVILLA, 2005; ISAMBERT-JAMATI, 1966; PESSALACIA, MENEZES, MASSUIA, 2010; MIOTO, 2000.	8
		Longa espera para atendimento/ Horários não atende ao usuário	ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; CERVENY, BERTHOUD, 2010; PRATTA, SANTOS, 2007; CERQUEIRA-SANTOS, <i>et al.</i> , 2010.	4
		Desmotivação/desinteresse dos profissionais	RIBEIRO, ROSENDO, 2011; CERVENY, BERTHOUD, 2010;	2
		Desconhecimento do número de adolescentes adscritos	ROCHA, GARCIA, 2008; AYRES, <i>et al.</i> 1999.	2
		Motivos de procura dos adolescentes pela ESF/ou baixa procura	ROCHA, GARCIA, 2008; CALLIGARIS, 2000; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; UNICEF, 2011; AYRES, <i>et al.</i> 1999; ABRAMOVAY, <i>et al.</i> 2002; 40, CERQUEIRA-	10

			SANTOS, <i>et al.</i> , 2010.	
		Dificuldade para atender o adolescente	ROCHA, GARCIA, 2008, CALLIGARIS, 2000; SALLES, 2005; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; ABRAMOVAY, <i>et al.</i> 2002;	6
		Falhas no acolhimento/relações frágeis entre usuário e profissional	ROCHA, GARCIA, 2008, 31, 34, 35, ABRAMOVAY, <i>et al.</i> 2002;	5
		Sobrecarga de trabalho dos profissionais	BRASIL, 1990b; RIBEIRO, ROSENDO, 2011, ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; 39, 41	5
		Atitudes dos profissionais: autoritarismo, rispidez, ameaças etc	27; ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; 31, 35	4
	<b>práticas/ações de promoção de saúde</b>	Ações de cuidado específicas para adolescentes são raras ou inexistentes/ Ausência de projeto terapêutico individual	SALLES, 2005; RIBEIRO, ROSENDO, 2011, ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; 29, ABRAMOVAY, <i>et al.</i> 2002; 41	6
		Planejamento em equipe multiprofissional/construção conjunta de projetos terapêuticos com participação do adolescente	ROCHA, GARCIA, 2008; SALLES, 2005; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; 29, 31, 32, AYRES, <i>et al.</i> 1999; ABRAMOVAY, <i>et al.</i> 2002; 41	10
		Fragmentação na atenção/descontinuidade das ações	SALLES, 2005; 29, ABRAMOVAY, <i>et al.</i> 2002; 41	4
		Práticas dialógicas que geram mudanças de atitudes em relação a saúde/autonomia/corresponsabilização	ROCHA, GARCIA, 2008, CALLIGARIS, 2000; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010;, 29, 31, 32, UNICEF, 2011; 37, 38, 41	11



		Fatores ligados ao atendimento: sigilo, julgamentos morais, linguagem adequada	ROCHA, GARCIA, 2008; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; 29, AYRES, <i>et al.</i> 1999; CERQUEIRA-SANTOS, <i>et al.</i> , 2010.	7
		Práticas focadas na doença/modelo biomédico	BRASIL, 1990b; ROCHA, GARCIA, 2008; CALLIGARIS, 2000; RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; 27, 32, UNICEF, 2011; AYRES, <i>et al.</i> 1999; 38	10
		Práticas disciplinares/normativas/transmissão unilateral de conhecimentos	ARAUJO, LUNARDI, SILVEIRA, 2010; 35, AYRES, <i>et al.</i> 1999; 38	4
		Integralidade da atenção/visão ampliada sobre adolescência	BRASIL, 1990a; ROCHA, GARCIA, 2008; 23, RIBEIRO, ROSENDO, 2011; HORTA, SENA, 2010; 31, 32, AYRES, <i>et al.</i> 1999; 38,	9
<b>A importância da Rede de Saúde e Intersetorial na atenção integral</b>	<b>Intersetorialidade</b>	Articulação da rede/diálogo/intersetorialidade	BRASIL, 1990b; SALLES, 2005; HORTA, SENA, 2010; UNICEF, 2011; AYRES, <i>et al.</i> 199; 38	6
		Desconhecimento da rede / falhas no matriciamento	SALLES, 2005	1
		Escola como espaço indispensável para promoção de saúde/ Programa Saúde na Escola (PSE)	BRASIL, 1990a; CALLIGARIS, 2000; 38, 40	4

Fonte: Elaboração própria.

Destes temas originaram as categorias de análise e suas respectivas subcategorias: 1) O profissional de saúde e a atenção ao adolescente: a) visão dos profissionais sobre a adolescência; b) acolhimento e vínculo; c) formação profissional. 2) A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente: a) Barreiras de acesso; b) práticas/ações de promoção de saúde. 3) A

importância da Rede de Saúde e Intersetorial na atenção integral: a) intersectorialidade (Quadro 4).

**Quadro 4:** Síntese dos artigos por categorias

Categorias de análise/Subcategorias							
AUTOR/AN O/NÚMERO DA REFERENC IA	Local	O profissional de saúde e a atenção ao adolescente			A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente		A importância da Rede de Saúde e Intersetorial na atenção integral
		Visão dos profission ais sobre a adolescên cia	Acolhi mento e víncul o	Formaç ão profissio nal	Barreiras de acesso	Práticas/a ções de promoção de saúde	Intersetoriali dade
PENSO, M. A., BRASIL, K. C. T. R.; ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R. (2013).	Distrito Federal- DF/Brasil/ Região Cento- Oeste				x	x	x
AMORIM, D. U.; QUEIROZ, M. V. O.; BRASIL, E. G. M.; MAIA, E. G. (2014).	Iguatu- CE/Brasil/ Região Nordeste	x	x	x	x	x	
COELHO, M. M. F.; MIRANDA, K. C. L.; GOMES, A. M. T.; SILVEIRA, L. C. (2015).	Fortaleza- CE/Brasil/ Região Nordeste	x		x	x	x	x
TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. (2017).	Rio de Janeiro- RJ/Brasil/ Região Sudeste	x		x	x	x	x
HENRIQUES , B. D.;	Viçosa- MG/Brasil	x	x	x	x	x	

ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. (2010).	/Região Sudeste						
HIGARASHI, I. H.; BARATIERI, T.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. (2011).	Maringá-PR/Brasil/ Região Sul		x	x	x	x	x
FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCI, A. P.; SILVA, M. A. I. (2008)	Ribeirão Preto-SP/Brasil/ Região Sudeste	x				x	
BRASIL, E. G. M.; QUEIROZ, M. V. O.; CUNHA, J. M. H.; MAGALHÃES, S. S.; MAIA, E. G. (2016).	Fortaleza-CE/Brasil/ Região Nordeste	x	x		x	x	
OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SILVA, F. M.; MACIEL, E. L. N. (2009).	Vitória-ES/Brasil/ Região Sudeste		x	x	x	x	
MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. (2012).	Fortaleza-CE/Brasil/ Região Nordeste		x		x	x	
COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. (2012).	Fortaleza-CE/Brasil/ Região Nordeste		x	x	x	x	
KEMPFER, S. S.; FRAGA, S. M. N.; MAFRA, T. J.;	São José - SC/ Brasil/Região Sul		x		x	x	x

HOFFMAN, A. C. S.; LAZZARI, D. D. (2012).							
COIN-CARVALHO, J. E.; ESPOSITO, F. C. F. (2012).	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste				x		
FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. (2009).	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste				x	x	
AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M.; NASSER, M. A.; SALTÃO, R. M.; MENDES, V. M. (2012).	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste			x	x	x	x
FONTANA, R. T.; SANTOS, A. V.; BRUM, Z. P. (2013).	Rio Grande do sul-RS/Brasil/Região Sul				x	x	
SANTOS, A. A. G.; SILVA, R. M.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; CATRIB, A. M. F.; JORGE, H. M. F. (2012).	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste			x	x	x	x
LEITE, J. T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C. (2016).	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste			x	x		
MACHADO, M. F. A. S.; GUBERT, F. A.; MEYER, A. P. G. F. V.; SAMPAIO,	Território brasileiro			x	x		x

Y. P. C. C.; DIAS, M. S. A.; ALMEIDA, A. M. B.; ET AL (2015).							
COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G.; (2012).	Fortaleza- CE/Brasil/ Região Nordeste			x	x	x	
MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; PINTO, E. P.; AMORIM, L. D. A. F.; (2019).	Camaçari/ Salvador- BA/Região o Nordeste				x	x	

Fonte: Elaboração própria.

### 5.3 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS ARTIGOS

Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo à luz do conceito da clínica ampliada e compartilhada. A referida metodologia procura descrever e interpretar dados oriundos dos mais diversos documentos. Um mesmo texto possui vários significados e pode ser visto sob várias perspectivas, portanto, cabe ao pesquisador captar os sentidos simbólicos que cada texto traz, dando sua interpretação pessoal (MORAES, 1999; BARDIN, 2011). Bardin (2011) define análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que ao serem aplicadas de forma sistemática sobre uma determinada mensagem ou texto, permitem ao pesquisador fazer inferências sobre eles (BARDIN, 2011).

Por fim, a interpretação dos dados foi feita baseada nos referenciais de clínica ampliada e compartilhada (CAMPOS, CAMPOS, 2006; BRASIL, 2009b; CAMPOS, 2003).

### 5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma revisão de literatura que utiliza dados com livre acesso disponíveis em bases de dados virtuais, não houve necessidade de solicitação de parecer em Comitê de Ética em Pesquisa ou autorização dos autores dos estudos.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Serão apresentados em formato de artigo – APENDICE A.

## 7 CONCLUSÃO

A clínica ampliada busca compreender os sujeitos em sua integralidade reconhecendo a complexidade do processo saúde-doença e compartilhando responsabilidades entre profissionais e usuários. A atuação sobre os diversos determinantes da saúde é feita com articulação de vários saberes e através de práticas dialógicas buscando a corresponsabilização e autonomia dos sujeitos envolvidos.

Diante desta perspectiva em que se ampliam os conceitos de práticas de saúde torna-se indispensável que a APS/ESF cumpra o seu papel como porta de entrada para o sistema de saúde e como norteadora da atenção. Considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o princípio da integralidade, é imprescindível combater a fragmentação das práticas em saúde, migrando do campo meramente biológico para ações que valorizem a subjetividade dos sujeitos e todo o contexto que os cercam.

Esta revisão aponta lacunas na atenção ao adolescente pela APS/ESF, por isso algumas mudanças são necessárias para melhoria da atenção ofertada a esses jovens. Os relatos de diversos profissionais das ESF brasileiras mostram a existência de dificuldades no desenvolvimento de ações junto aos adolescentes. Portanto, é preciso investir em capacitação desses profissionais, repensar os currículos das universidades e dos cursos técnicos que formam profissionais de saúde, buscando a formação de sujeitos mais preparados para lidar com as várias dimensões que permeiam a adolescência.

Para atender às necessidades de saúde dos adolescentes é preciso colocá-los como prioridade nas agendas dos serviços, conhecer as particularidades desta fase tão peculiar, desprender de preconceitos e julgamentos, promover práticas de saúde acolhedoras, que considerem a opinião destes usuários, envolvê-los no planejamento e execução das ações, construindo desta forma uma prática em saúde abrangente e que garanta a integralidade destes jovens. A medida que o jovem é priorizado pela APS/ESF e as ações são compartilhadas entre equipe e usuário, diminuem-se as barreiras de acesso e aumenta-se a procura destes serviços pelos adolescentes.

A equipe de saúde deve buscar planejar e executar ações específicas para o adolescente, que fomentem a autonomia e corresponsabilização, contando com equipe multiprofissional e rede intersetorial a fim de garantir a integralidade em suas práticas. É preciso combater a fragmentação que se configura em falta de acesso aos serviços de saúde, descontinuidade da assistência e incoerência entre necessidades da população e serviços ofertados. Deve-se, portanto, garantir o acesso do adolescente a APS/ESF e oferecer um atendimento de acordo com as políticas públicas e visando suprir as reais necessidades deste grupo.

Como limitação desta revisão, cabe lembrar dos possíveis vieses de publicação e informação, como a seleção do intervalo de tempo - limitado aos últimos doze anos e a não utilização de teses, escolhas já explicitadas na seção de metodologia. Justifica-se, ainda, a não realização de análises estatísticas e a adoção de critérios quantitativos para a avaliação da qualidade dos artigos, considerando-se tratar aqui de revisão exploratória da literatura, que procurou ser inclusiva, diante da complexidade do tema estudado e de sua aplicação para a atenção integral ao adolescente.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do atual contexto de mudanças na PNAB relacionadas à novas regras para as equipes das ESF, relativização da importância dos agentes comunitários de saúde, alterações no financiamento federal, incentivo para outros modelos de saúde diferentes da “saúde da família”, do congelamento de recursos da área social e de fragilização dos princípios de integralidade e universalidade; além da atual repressão às discussões de questões de gênero nas escolas e posturas autoritárias do atual governo como por exemplo, o recolhimento de livros na Bienal que aconteceu no Rio de Janeiro em setembro de 2019, teme-se que nos próximos anos à atenção ao adolescente se fragmente ainda mais e que haja retrocesso em tudo que já foi conquistado até aqui.

Ao contrário, é preciso buscar melhoria da qualidade do atendimento aos adolescentes, seja por meio do acolhimento, dando voz, respeito e autonomia, seja na atenção clínica e na promoção da saúde. Espera-se maior resolutividade da ESF e criação de vínculo entre jovens e profissionais. Porta aberta também para os adolescentes, espaço na agenda dos serviços, acolhimento qualificado e garantia de seus direitos, sem preconceitos, é o que se espera de uma APS integral, efetiva e ética.

Sistematizar experiências de atenção ao adolescente na APS/ESF, pela presente revisão, permitiu repensar o processo de trabalho e discutir estratégias de melhoria da atenção. É necessário mudanças no modelo de atenção – de ações pontuais e centrados nas doenças – para modelos mais sistêmicos, que integrem os atributos da APS, associados à promoção de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais que envolvem a adolescência, as características ambientais dos diferentes territórios e de sua população.

Espera-se que esta revisão suscite reflexões sobre as práticas de atenção aos adolescentes não apenas pela APS/ESF, mas também por outros setores como educação, assistência social, justiça e os demais setores que estão relacionados à saúde; e possibilite mudanças para uma melhor assistência a esse grupo tão particular, não apenas na assistência às demandas de saúde, mas na busca por garantia dos seus direitos, na diminuição das desigualdades e no combate à violência.

Como a maioria dos estudos enfocava relatos de profissionais e/ou observações de ações desenvolvidas na APS/ESF, recomenda-se, portanto, aprofundar a discussão deste tema estudando a visão dos adolescentes sobre este cenário, já que eles são os protagonistas. Também sugere-se explorar mais o campo de estudo sobre as fragilidades da rede e barreiras para oferta de uma atenção integral aos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY M.; CASTRO M. G.; PINHEIRO L. C.; LIMA F. S.; MARTINELLI C. C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas.** Brasília: UNESCO; 2002. Disponível em: <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127138>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

AMORIM, D. U.; QUEIROZ, M.V.O.; BRASIL, E. G. M.; MAIA, E. G. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 254-266, Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0254.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

AMORIM, R. M.; MAIA, A. C. B. Sexualidade na adolescência: dúvidas de alunos de uma escola pública. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 7, n. 4, p. 95-106, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/6290/4700>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

ARAÚJO, A. C.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 135-142, 2010. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10296/8888>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2019.

AVILA, S. F. O. de. A adolescência como ideal social. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 1., 2005, São Paulo. **Trabalhos do I Simpósio Internacional do Adolescente.** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200008&script=ci\\_arttext&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200008&script=ci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 13 mai. 2019.

AYRES, J. R. C. M.; FRANCA, J. R.I; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS.** In: BARBOSA R. M.; PARKER R. G. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro-São Paulo: IMS/UERJ-Editora 34, 1999, p. 49-72.

AZEVEDO, W. F.; DINIZ, M. B.; FONSECA, E. S. V. B.; AZEVEDO, L. M. R.; EVANGELISTA, C. B. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein.** São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt\\_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3127.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3127.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A. **Condições de Saúde da População Brasileira**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. DE V. C.; NORONHA, J. C. DE; CARVALHO, A. I. de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2 ed., ver., amp; 2014. p.143-181.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARONCELLI, L. Adolescência: fenômeno singular e de campo. **Rev. abordagem gestáltica**. Goiânia, v. 18, n. 2, p. 188-196, Dez. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v18n2/v18n2a09.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

BEZERRA, H. D. A violência contra jovens no Brasil: com a participação do Estado? **Desidades**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 33-43, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/v7/n7a04.pdf>>. Acesso em: 4 mai. 2019.

BORGES, D. L.; CANO, I. (Orgs.). **Índice de homicídios na adolescência: IHA 2014**. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2017. 108p. Disponível em: <<http://prvl.org.br/wp-content/uploads/2017/06/IHA-2014.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2010b.

BRASIL. **SUS**: a saúde do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016a.

BRASIL, E. G. M.; QUEIROZ, M. V. O.; CUNHA, J. M. H.; MAGALHÃES S. S.; MAIA, E. G. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4601-4608, jul.-set. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017a.

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). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. **Direitos da Criança e Adolescente**. Brasília: 2018a. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Letalidade infanto-juvenil**: dados da violência e políticas públicas existentes. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2018d.

BRAZ, M.; BARROS FILHO, A. A.; BARROS, M. B. A. Saúde dos adolescentes: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1877-1888, Set 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a26v29n9.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CALLIGARIS, C. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000. 81 p.

CAMPOS, G. W. S.; FIGUEIREDO, M. D.; PEREIRA JUNIOR, N.; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 669-688.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. P. 121-142.

NORONHA, J. C. DE; CARVALHO, A. I. de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. p.121-142.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; PALUDO, S. S.; DEI SCHIRÒ, E. D. B.; KOLLER, S. H. Gravidez na adolescência: risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p.72-85, Mar. 2010.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Família e ciclo vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CNS. Grupo de Trabalho de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 287ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília; 2016. Disponível em: <<https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/09/relatorio-pnab-do-gt-ab-cns.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

COELHO, M. M. F.; MIRANDA, K. C. L.; GOMES A. M. T.; SILVEIRA, L. C. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 9-14, Mar. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9618>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

COIN-CARVALHO, J. E., ESPOSITO, F. C. F. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes. **Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 149-161, Abr. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a11.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 466-472, Set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/06.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. Versão 2009. Rio de Janeiro. 2009, 166p.  
Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1698/107>>. Acesso em: 9 jul. 2019.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, Nov. 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2019.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. s240-250, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/06.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

FERREIRA M.; NELAS P. B. Adolescências... Adolescentes... **Rev. Mill.**, v. 11, n. 32, p. 141-162, 2006. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8399>>. Acesso em: 28 set. 2019.

FERRIANI, M. G. C.; BERTOLUCCI, A. P.; SILVA, M. A. I. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 3, p. 342-348, Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a11v61n3.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2019.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ FAC CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p. 2115-2122, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a16.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2019.

FONSECA, D. C.; OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 14, n. 33, p. 411-424, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a14v14n33.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2019.

FONTANA, R. T.; SANTOS, A. V.; BRUM, Z. P. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 529-536, 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767736>>. Acesso em: 1 mai. 2019.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

FRANCO M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estud. pesqui. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 147-160, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a13.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

GABBAY, M.; CESARINI, P. R.; DIB, S. A. Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. **J. Pediatr (Rio J.)**. Porto Alegre, v. 79, n. 3, p. 201-208, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n3/v79n3a04.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. da. Manifestações de gênero no processo de adolescer. **Acta Scientiarum. Health Science**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 231-237, 2004.

GONÇALVES, C. F. G.; SILVA, L. M. P.; PITANGUI, A. C. R. Rede de atendimento ao adolescente em situação de violência: percepções dos profissionais de saúde. **Rev. Eletr.Enf.** [s.i], v. 17, n. 4, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a14.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

HEILBORN M. L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006. 536 p.

HEILBORN, M. L., ROHDEN, F. Gênero e diversidade na escola: a ampliação do debate. In: BARRETO, A.; ARAÚJO, L.; PEREIRA, M. E. (Orgs.). **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais**. Livro de conteúdo. Versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/dilma-vana->

rousseff/publicacoes/orgao-essenciais/secretaria-de-politica-para-mulheres/genero-e-diversidade-na-escola-formacao-de-professoras-es-em-genero-sexualidade-orientacao-sexual-e-relacoes-etnico-raciais/@@download/file/gde-2009-livro-de-conteudo.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da tenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**. v. 20, n. 3, p. 300-309, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-564334>>. Acesso em: 7 ago. 2019.

HIGARASHI, I. H.; BARATIERI, T.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 375-380, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a06.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016, 132 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos resultados do Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

ISAMBERT-JAMATI, V.; NUNES, F. S. A adolescência na sociedade moderna. **Análise Social**, Lisboa, v. 4, n. 14, p. 185-197, 1966. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224167546B2sPA2qt0Dm30EC7.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

JAEN-VARAS, D; et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 389-395, Fev. 2019. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/331176474\\_The\\_association\\_between\\_adolescent\\_suicide\\_rates\\_and\\_socioeconomic\\_indicators\\_in\\_Brazil\\_a\\_10-year\\_retrospective\\_ecological\\_study](https://www.researchgate.net/publication/331176474_The_association_between_adolescent_suicide_rates_and_socioeconomic_indicators_in_Brazil_a_10-year_retrospective_ecological_study)>. Acesso em: 14 mai. 2019.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2010. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: 31 mai. 2019.

KEMPFER, S. S.; FRAGA, S. M. N.; MAFRA, T. J.; HOFFMAN, A. C. S.; LAZZARI, D. D. Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2702-2711, 2012. Disponível em: <[https://www.redalyc.org/pdf/5057/Resumenes/Resumo\\_505750894009\\_5.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/5057/Resumenes/Resumo_505750894009_5.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2019.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, 9 telas, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23)>. Acesso em: 31 mai. 2019.

LAVRAS, C. Atenção Primária à saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

LEITE, J. T.; BESERRA, M. A.; SCATENA, L.; SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M. G. C. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n.2, e55796, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160255796.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

LEVY, M. L. Adolescência - Uma Fase do Ciclo de Vida. **Acta Pediatr.** Lisboa, v. 28, n. 3, p. 207-209, 1997.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2019.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/09.pdf>> Acesso em: 14 mai. 2019.

MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L.; PINTO, E. P. JR.; AMORIM, L. D. A. F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00044718, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00044718.pdf>> Acesso em: 14 set. 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Context - Enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2019.

MIOTO, R. C. T. **Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4. O trabalho do assistente social e as



políticas sociais. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância; 2000, p. 217-224.

MOIZÉS, J. S.; BUENO, S. M. V. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do Ensino Fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n.º 44, p. 205-212, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v44n1/a29v44n1.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2019.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod\\_resource/content/1/Roque-Moraes\\_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf)> Acesso em: 7 jan. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, e00206316, 2017. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/313832543\\_Revisao\\_da\\_Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Basica\\_numa\\_hora\\_dessas](https://www.researchgate.net/publication/313832543_Revisao_da_Politica_Nacional_de_Atencao_Basica_numa_hora_dessas)> Acesso em: 29 jan. 2019.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>> Acesso em: 9 jan. 2019.

OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SILVA, F. M.; MACIEL, E. L. N. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a32v14n2.pdf>>

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/3764310.pdf?seq=1>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

PENSO, M. A.; BRASIL, K. C. T. R.; ARRAIS, A. R.; LORDELLO, S. R. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a23.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos\\_423-430\\_.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2019.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud.** Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

RIBEIRO, C.; ROSENDO, I. Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar. **Rev Port Clin Geral**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 184-186, 2011. <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a06.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

ROCHA, A. P. R.; GARCIA, C. A. A. Adolescência como ideal cultural contemporâneo. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 28, n. 3, p. 622-631, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a14.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-112, 1998. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358/26850>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estud. psicol. (Campinas)**. Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a04.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2019.

SANTOS, A. A. G.; SILVA, R. M.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, L. J. E. S.; CATRIB, A.M.F.; JORGE, H.M.F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a21v17n5.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

SANTOS, L. S.; BEIRAS, A.; ENDERLE, C. M. Violência de estado, juventudes e subjetividades: Experiências em uma delegacia especializada. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 38, n. spe2, p. 265-276, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38nspe2/1982-3703-pcp-38-spe2-0265.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Obesidade na infância e adolescência** - Manual de Orientação. 2. ed. São Paulo: SBP, Departamento Científico de Nutrologia, 2012. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/publicacoes/14297c1-man\\_nutrologia\\_completo.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/14297c1-man_nutrologia_completo.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Tratado de pediatria**. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.

SENNA S. R. C. M.; DESSEN M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**. Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n2/v16n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

SOARES, B. M.; CAETANO R. de O.; SOARES, S. de S. A sexualidade no ensino de Ciências. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE ENSINO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 4., 2014, **Anais...** Ponta Grossa: SINECT, 2014. Disponível em: <<http://sinect.com.br/anais2014/anais2014/artigos/ensino-de-ciencias/01409336252.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

SOUZA, S. R.; OLIVEIRA, I. C. S. Entre desafios e possibilidades: estratégias para ensinar a cuidar em enfermagem do adolescente com câncer. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 508-512, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/23.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

SZWARCWALD, C. L. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 639-649, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9292.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; SILVA, M. M.; VALE, M. P. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1717-1725, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/09.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

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. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1933.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Adolescentes e jovens do Brasil**: participação social e política. UNICEF/Ayrton Senna/Itaú Social, 2007. Disponível em: <<http://pratein.com.br/home/images/stories/Juventude/jovensunicefpolitica.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2019.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2011 – Adolescência**: Uma fase de oportunidades. Nova Iorque, 2011. Disponível em: <[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef\\_sowc/sit\\_mund\\_inf\\_2011\\_adolescencia.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2011_adolescencia.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2019.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n. 2, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Carta de Ottawa**. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)**: guidance to support country implementation. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Luxembourg, 2014. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 25 jun. 2019.

## APÊNDICE A: ARTIGO

### **Atenção integral à saúde do adolescente pela atenção primária à saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa**

### **Comprehensive care to adolescent by primary health care in Brazil: an integrative review**

### **Atención integral de la salud adolescente por la atención primaria de salud en el territorio brasileño: una revisión integrativa**

**Reila Freitas Silva<sup>1</sup>**

**Elyne Montenegro Engstrom<sup>2</sup>**

#### **Resumo**

A adolescência, fase de intensas transformações biopsicossociais, requer da Atenção Primária à Saúde (APS) um modelo de cuidado à saúde abrangente, integral e promotor da saúde e da autonomia, aspectos que serão abordados nesta revisão crítica de literatura. Objetivou-se, diante disso, sistematizar evidências sobre experiências de cuidado ao adolescente pela APS. Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Eletrônica Científica Online, selecionando-se 21 artigos publicados entre 2008 a 2019. Observaram-se dificuldades e estigmas no cuidado ao adolescente; lacunas na formação profissional; acolhimento centrado na enfermagem; fragilidades dos vínculos; escassez de recursos estruturais e humanos; ações educativas, porém normativas; fragmentação das práticas e barreiras de acesso à Rede de Saúde e Intersetorial. Conclui-se, portanto, que, para alcançar um cuidado ampliado, é preciso repensar as práticas e dar voz ao adolescente.

**Palavras chave:** Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Profissionais de saúde. Práticas educativas. Autonomia.

---

<sup>1</sup> Médica Pediatra, Mestranda em Saúde da Família pela FIOCRUZ-RJ.

<sup>2</sup> Médica Pediatra, Mestre e Doutora pela Fundação Oswaldo Cruz.

## **Summary**

The adolescence, intense phase of biopsychosocial changes, requires from the Primary Health Care (PHC), a model of comprehensive health care, with health promotion and autonomy, aspects that will be discussed in this critical review of the literature. The aim was systematizing evidence on experiences of care adolescents by APS. The authors done an integrative review in databases Virtual Health Library and Scientific Electronic Library Online, with 21 selected articles published in the period of 2008 to 2019. It was observed difficulties and stigmas in adolescents; gaps on vocational training; User embracement, although present, was centered on nursing; weaknesses of linkages; structural and human resource shortages; educative practices, but normative ones; fragmentation of practices, barriers of access to health and intersectorial Network. To develop a comprehensive care, it is necessary to rethink practices and give voice to the teenager.

### **Keywords:**

Teenager. Primary health care. Health professionals. Educational practices. Autonomy.

## **Resumem**

Adolescencia, fase intensa de cambios biopsicosociales, requiere de la atención primaria de salud (APS) un modelo de integrales aspectos de salud y la salud y la autonomía, que se abordarán en esta revisión crítica de la literatura. El objetivo de sistematizar la evidencia sobre experiencias de los adolescentes atención por APS. Un examen integrador de bases de datos Biblioteca Virtual en salud y Scientific Electronic Library Online, selección de 21 artículos publicados entre 2008 a 2019. Las dificultades observadas y estigmas en los adolescentes; lagunas sobre la formación profesional; acogimiento presente, aunque centrado en la enfermería; debilidades de los vínculos; escasez de recursos estructurales y humanos; acciones educativas, pero las regulaciones; fragmentación de las prácticas, barreras de acceso a la salud y la red intersectorial. Se concluye que para lograr el cuidado extendido es necesario repensar las prácticas y dar voz a la adolescente.

### **Palabras clave:**

Adolescente. Atención primaria de salud. Profesionales de la salud. Prácticas educativas. Autonomía

## **Introdução:**

A promoção da saúde do adolescente, para além da ausência de doença e da prevenção de comportamentos de risco, envolve vários aspectos vinculados à qualidade de vida, satisfação pessoal, desenvolvimento de competências sociais, proteção contra todo tipo de violência, assim como acesso às condições básicas de vida que envolve moradia, educação, lazer, saúde, dentre outras.<sup>1</sup>

Apesar de diversas políticas públicas para melhoria das condições de saúde dos adolescentes nos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), muitos estudos mostram práticas fragmentadas, ainda baseadas no modelo biomédico, que não consideram as dimensões biopsicossociais no cuidado e são pouco direcionadas às singularidades dos adolescentes.<sup>2</sup> Tais pressupostos merecem ser aprofundados, a partir do conhecimento das práticas dos profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que estas devem traduzir um modelo de atenção ampliado, o qual traga uma reflexão acerca dos modos de cuidar, permeados por valores, conhecimentos e comportamentos culturais que influenciem diretamente nas práticas de saúde.<sup>3</sup>

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica,<sup>16</sup> do Ministério da Saúde, preconiza, desde 2006 até os dias de hoje, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolva-se como o modelo de atenção e que seja capaz de reorientar as práticas de saúde na APS, exercendo os atributos essenciais de porta de entrada principal para o SUS, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.<sup>4,5,6</sup>

Apesar dos avanços na expansão de cobertura da ESF no país, ainda persistem desafios quanto à qualidade da atenção, especialmente à população adolescente. Esse grupo, apesar de acometido por agravos específicos que os tornam vulneráveis, como alterações no crescimento e desenvolvimento, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, causas externas, ainda encontra barreiras de acesso aos serviços de saúde, tendo que competir com outros grupos, como crianças, gestantes, idosos com doenças crônicas, priorizados nos atendimentos programados e/ou na demanda livre. A atenção ao adolescente é ainda mais prejudicada considerando-se que, em muitos cenários, as equipes da ESF enfrentam condições adversas de trabalho, excesso de população cadastrada, poucos recursos além de profissionais não capacitados para práticas clínicas ampliadas, que incluam a

prevenção de agravos e a promoção da saúde. O conceito de clínica ampliada diz respeito ainda ao cuidado como gerador de autonomia dos sujeitos, de corresponsabilização entre usuários e profissionais de saúde e de criação de espaços que facilitem o acesso e o vínculo com os serviços de saúde.<sup>7,8</sup> Refere-se a um modo de produzir saúde com práticas centradas na integralidade, nas singularidades, no contexto dos usuários, suas relações com família, ambiente e a rede que o cerca.<sup>8,9</sup> Baseia-se também em relações que propiciem a elaboração de projetos terapêuticos e o estabelecimento de profissionais de referência que se tornarão peças fundamentais na construção do cuidado.<sup>10</sup>

Assim, esta revisão de literatura trará uma discussão sobre as formas de cuidado do adolescente pela APS/ESF em três dimensões: profissional de saúde, serviços e rede de atenção.

### **Metodologia:**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem por objetivo fornecer informações abrangentes sobre o evento estudado, podendo influenciar na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas no conhecimento. O método é confiável e facilita a utilização do conhecimento científico já que condensa os resultados de várias pesquisas, tornando-os mais acessíveis ao leitor.<sup>11</sup>

As etapas da revisão integrativa seguiram o rigor científico estabelecido na literatura, a saber: 1) definição da pergunta de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão e seleção da amostra; 3) definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos em tabelas de acordo com as características em comum; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão e análise; 5) interpretação dos resultados; 6) relatório sobre os resultados encontrados.<sup>11,12,13</sup>

O objetivo desta revisão foi sistematizar, a partir da literatura brasileira, experiências nacionais de atenção integral ao adolescente pela APS/ESF, suas especificidades e barreiras. A pergunta norteadora do estudo foi: A APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando o cuidado integral, o estímulo à autonomia e a corresponsabilização destes sujeitos? Para respondê-la, buscaram-se artigos científicos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), publicados no período entre 2008 a 2019. Esse período foi escolhido propositalmente para abranger estudos realizados



após a criação de políticas públicas importantes para o avanço nos cuidados do adolescente brasileiro, como: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens” em 2006; “Programa Saúde na Escola- PSE” em 2007; “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” em 2010, dentre outras.<sup>14,15,16,17,18</sup>

A busca nas bases de dados usou combinações dos seguintes descritores: 1) Adolescente “AND” Atenção primária “OR” Saúde da Família; 2) Adolescente “AND” Práticas educativas “AND” Autonomia; 3) Adolescente “AND” Práticas educativas “OR” Promoção da Saúde. (Tabela 1) Os critérios para a inclusão foram: artigos publicados no período (2008/2019), idioma (português, inglês ou espanhol), temas afins (práticas de cuidado aos adolescentes pelos profissionais de saúde da APS/ESF no Brasil, acesso, promoção de saúde, articulação ESF-Rede). Os critérios de exclusão foram: apresentação insuficiente de resultados, data de publicação incompatível com a estabelecida e temáticas não contempladas no objetivo desta revisão. Pelo título foram selecionados na base BVS 136 artigos e na Scielo 73. Após leitura dos resumos, restaram 26 artigos na BVS e 11 artigos na Scielo. Com a leitura do texto completo e a exclusão dos repetidos, restaram 21 artigos para extração de dados e análise final. (Tabela 1).

Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo, metodologia que procura descrever e interpretar dados oriundos dos mais diversos documentos. Isso porque um mesmo texto possui vários significados e pode ser visto sob várias perspectivas, portanto, cabe ao pesquisador captar os sentidos simbólicos que cada texto traz, dando sua interpretação pessoal.<sup>19</sup> Bardin (2011) define análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que, ao serem aplicadas de forma sistemática sobre uma determinada mensagem ou texto, permitem ao pesquisador fazer inferências sobre eles. Nesta revisão, foram seguidas as etapas sugeridas por este autor: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.<sup>20</sup>

Na pré-análise, foi feita uma leitura dos títulos e resumos, com seleção dos artigos que comporiam o “corpus” da análise. Em seguida, na fase exploratória, aprofundou-se na leitura na íntegra dos artigos, guiada pelas hipóteses e referencial teórico da clínica ampliada e compartilhada. (Tabela 2) Foram definidas as unidades de significado, que constituem o elemento unitário do conteúdo, e, posteriormente,

submeteu-se à categorização.<sup>20,21</sup> As unidades de significado escolhidas foram temas que remetiam ao cuidado do adolescente numa perspectiva ampliada e compartilhada: visão do profissional de saúde sobre adolescência, (estigmatização/preconceitos), formação/capacitação do profissional de saúde, acolhimento e abordagem do adolescente na ESF, barreiras de acesso à ESF, trabalho em equipe e suas práticas, integralidade e autonomia no cuidado ao adolescente e rede de apoio à ESF/APS.<sup>7,8,9</sup> (Tabela 3)

Na fase de tratamento dos dados, a partir das unidades de significado, surgiram as seguintes categorias e seus respectivos eixos temáticos (Tabela 4): 1) O profissional de saúde e o cuidado do adolescente: a) Visão sobre a adolescência; b) Acolhimento e vínculo; c) Formação profissional. 2) A influência do serviço de saúde no cuidado ao adolescente: a) Barreiras de acesso; b) Práticas/ações de promoção de saúde. 3) A importância da Rede de Saúde e Intersetorial no cuidado integral: a) Intersetorialidade. Por fim, a interpretação dos dados foi feita baseada nos referenciais de clínica ampliada e compartilhada.<sup>7,8,9</sup>

Por se tratar de pesquisa que utiliza dados com livre acesso, disponíveis em bases virtuais, não houve necessidade de solicitação de parecer em Comitê de Ética em Pesquisa ou autorização dos autores dos estudos.

**Tabela 1:** Estratégia de busca

Descritores	Número de artigos selecionados	
	BVS	Scielo
Adolescente AND Atenção Primária OR Saúde da Família	46	41
Adolescente AND Práticas Educativas AND Autonomia	21	16
Adolescente AND Práticas Educativas OR Promoção de Saúde	69	16
<b>Selecionados pelo título</b>	136	73
<b>Selecionados após leitura do resumo</b>	26	11
<b>Seleção final após leitura dos textos na íntegra e exclusão dos repetidos</b>	21	

**Tabela 2: Pré-análise: visão geral dos artigos**

REFERÊNCIA	OBJETIVOS	POPULAÇÃO	LOCAL	ABORDAGEM	INSTRUMENTO DE COLETA
Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR. <b>A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal.</b> Saude Soc. 2013; 22(2): 542-553.	discutir a relação entre saúde e escola na percepção dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal (DF)	13 profissionais de saúde: 2 enfermeiras, 3 médicos e 5 técnicas de enfermagem, e 1 técnico em higiene, 1 dentista, 1 assistente social.	Centros de saúde - Distrito Federal (DF)	Qualitativa	Entrevistas
Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, Maia EG. <b>Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes.</b> Saúde debate. 2014; 38(101): 254-266.	Descrever as percepções e as práticas de Agentes Comunitários de Saúde em seu trabalho junto a adolescentes.	28 agentes comunitários de saúde	ESF – Iguatu (CE)	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas
Coelho MMF, Miranda KCL, Gomes AMT, Silveira LC. <b>Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes.</b> Rev. enferm. UERJ. 2015; 23(1): 9-14.	Compreender as condições de produção de discurso que subsidiam as enunciações de enfermeiros na prática de educação em saúde com adolescentes	15 enfermeiros	ESF vinculadas ao PSE – Fortaleza (CE)	Qualitativa	Dinâmica e Entrevista semiestruturada
Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. <b>Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras.</b> Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(6): 1933-1942.	Analisar aspectos facilitadores e barreiras para construção do cuidado colaborativo entre a AB, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a saúde mental, a partir do CAPSi, em um território de grande centro urbano.	25 profissionais de saúde: 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 4 médicos de família, 3 enfermeiros, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico de enfermagem	CAPSi e ESF	Qualitativa	Banco de dados do serviço, grupo focal e grupo de intervenção
Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. <b>Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG.</b> Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(3): 300-309.	Conhecer o significado que os profissionais da atenção primária do município de Viçosa-MG dão para o atendimento ao adolescente.	12 profissionais de saúde: 5 médicos e 7 enfermeiros	ESF - Viçosa/MG	Qualitativa	Entrevista
Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. <b>Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação.</b> Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(3): 375-80.	Identificar as dificuldades existentes na atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família, no município de Maringá/PR, junto aos adolescentes; e as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade no atendimento a esta clientela.	8 enfermeiros	UBS/ESF - Maringá/PR	Quantitativa	Entrevistas semiestruturadas
Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. <b>Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP.</b> Rev. bras. enferm. 2008; 61(3): 342-348.	Descrever a assistência em saúde oferecida às crianças e adolescentes abrigados no Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados (CACAV), no município de Ribeirão Preto-SP	19 funcionários do abrigo: 2 funcionários da enfermagem, 1 coordenadora geral, 3 encarregados, 12 educadores e 1 técnico de enfermagem.	Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados (CACAV) - Ribeirão Preto (SP)	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas, observação não estruturada e análise de documentos e registros: cartões de vacinação das crianças e adolescentes abrigados e prontuários médicos existentes na instituição.

Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. Rev. fundam. care. 2016; 8(3): 4601-4608.	Descrever as relações e a formação de vínculo do enfermeiro com a mãe adolescente na consulta de puericultura.	5 enfermeiros e 3 mães adolescentes.	UBS/ESF – Fortaleza (CE)	Qualitativa	Observação sistemática e entrevista
Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(2): 635-644.	Avaliar as ações de educação em saúde referente à criança e ao adolescente realizadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Vitória, Espírito Santo.	Profissionais de saúde e adolescentes de 10 a 19 anos	UBS/ESF – Vitória (ES)	Quantitativa	Observação direta das ações de Educação em Saúde
Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 65-72.	Analisar o cuidado ao adolescente na atenção básica na visão destes sujeitos, enfocando necessidades e interação com os trabalhadores de saúde.	15 adolescentes de 13 a 17 anos, matriculados no 9º ano de um Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES)	Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES) – Fortaleza (CE)	Qualitativo	Grupo focal
Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoun RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. Esc. Anna Nery. 2012; 16(3): 466-472.	Descrever ações dos gestores e dos enfermeiros com os adolescentes na atenção primária, baseadas nas perspectivas da integralidade.	4 gestores e 13 enfermeiros	UBS/ESF - Fortaleza (CE)	Qualitativa	Entrevista semiestruturada
Kempfer SS, Fraga SMN, Mafra TJ, Mafra TJ, Hoffman, ACS, Lazzari DD. Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado. Rev. pesq. cuid. fundam. 2012; 4(3): 2702-2711.	Sensibilizar adolescentes sobre a importância do autocuidado na prevenção da gravidez.	70 adolescentes nas oficinas e 10 adolescentes nas consultas	Centro de Saúde e Centro Educativo - São José (SC)	Qualitativo	Oficina educativa e Consultas de enfermagem – Observação participante e entrevista semiestruturada
Coin-Carvalho JE, Esposito FCF. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes. Aletheia. 2012; 37:149-161.	Estudar as condições para a implantação de um programa de visitadoras domiciliares para adolescentes puérperas em parceria com ESF.	79 mulheres da comunidade, 5 mulheres lideranças da comunidade, e 15 profissionais de saúde ( médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)	Comunidade e UBS- São Paulo (SP)	Qualitativo	Rodas de conversa, encontros na UBS. Observação
Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(suppl 2): s240-s250.	Explorar as possibilidades e os limites da integração das ações de prevenção das DST/AIDS na atenção operada numa unidade de atenção básica organizada pela Estratégia Saúde da Família	Gerente da ESF, profissionais de saúde (2 auxiliares de enfermagem, 1 médico e 3 agentes comunitários de saúde)	UBS – São Paulo (SP)	Qualitativa	Observações e entrevistas semiestruturadas
Ayres JRMC, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012; 16(40): 67-81.	Levantar e analisar ações de APS de adolescentes e jovens examinando o caso de um serviço com atividades específicas para o grupo localizado na região oeste da cidade de São Paulo.	5 adolescentes e 12 profissionais, entre gestores, profissionais de nível superior e funcionários	UBS/ESF - São Paulo (SP)	Qualitativa	Observação e entrevista semiestruturada
Fontana RT, Santos AV, Brum ZP. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. Rev. pesq. cuid. fundam. 2013; 5(4): 529-536.	Educar e promover a saúde do adolescente, estimulando a adoção de medidas preventivas de autocuidado em relação ao tema "sexualidade"	26 adolescentes de 12 a 18 anos	Comunidade terapêutica para usuários de substâncias psicoativas de uma Organização Não Governamental (ONG) - Rio Grande do Sul (RS)	Qualitativa	Oficina pedagógicas
Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(5): 1275-1284.	Analisar os sentidos atribuídos às práticas de promoção à saúde do adolescente por profissionais da Estratégia Saúde da Família.	47 profissionais de saúde: 5 gestores municipais de saúde, 22 enfermeiros, 11 médicos e 9 cirurgiões-dentistas.	UBS/ESF – Fortaleza (CE)	Qualitativa	Entrevista semiestruturada

Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. <b>Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica.</b> Rev. Gaúcha Enferm. 2016; 37(2): e55796.	Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica à saúde no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a partir da perspectiva da atenção integral à saúde.	5 enfermeiras	ESF - São Paulo (SP)	Qualitativa	Entrevistas semiestruturadas
Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB et al. <b>Saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil.</b> J. Hum. Growth Dev. 2015; 25(3): 307-312.	Identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do Brasil no Programa Saúde na Escola (PSE).	17.202 equipes de Saúde da Família que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012 no Brasil	ESF - Brasil	Quantitativa	Coleta de dados secundários oriundos do Ministério da Saúde - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2012 no Brasil
Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoun RCG. <b>Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem.</b> Rev. enferm. UERJ. 2012; 20(2): 197-202.	Analisar a organização da linha do cuidado ao adolescente na percepção dos gestores e dos enfermeiros da atenção primária.	18 profissionais de saúde: 4 gestores e 14 enfermeiros	UBS - Fortaleza (CE)	Qualitativa	Entrevista semiestruturada
Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto EP Jr, Amorim LDAF. <b>Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil.</b> Cad. Saúde Pública. 2019; 35(1): e00044718.	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 (ESF).	812 indivíduos de 15 a 24 anos de idade	ESF/UBS - Município de Camaçari (BA)	Quantitativo	Questionário

**Tabela 3:** Unidades de significado que deram origem às categorias/subcategorias e seus respectivos autores (número da referência)

Unidades de significado			Número das referências	Número total - N
O profissional de saúde e a atenção ao adolescente	Visão dos profissionais sobre a adolescência	Desconhecimento sobre a adolescência ou "falta de olhar diferenciado"	22, 23, 24,25	4
		Visão negativa/ estigmatizada/ preconceituosa/ baseada em vivências pessoais	22, 23, 25, 26, 27,28	6
	acolhimento e vínculo	Focado no enfermeiro	22, 26, 29, 32	4
		Limitado a atendimentos individuais/palestras/consultas	32, 36	2
		Estabelecimento de vínculo /relações de confiança/ser acolhedor	22, 25, 26, 28, 31, 32	6
	formação profissional	Falhas na formação – falta de capacitação para lidar com adolescente	24, 25, 26, 29, 38, 39, 40, 41	8

		Desconhecimento das políticas públicas ou não colocar em prática	2, 25, 26, 39	4
<b>A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente</b>	<b>Barreiras de acesso</b>	Alta rotatividade de profissionais	24, 32	2
		Falta de recursos humanos, físicos e materiais	2, 26, 29, 32, 37, 39	6
		Dificuldades para conseguir atendimento: filas, demora para marcar consultas	28, 29, 31, 34, 44	5
		Desmotivação/desinteresse dos profissionais	29	1
		Desconhecimento do número de adolescentes adscritos	22, 32, 36, 41	4
		Motivos de procura dos adolescentes pela ESF/ou baixa procura	22, 23, 25, 26, 28, 33, 36, 38, 44	9
		Dificuldade para atender o adolescente	22, 23, 24, 25, 26, 38	6
		Falhas no acolhimento/relações frágeis entre usuário e profissional	22, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37	11
		Sobrecarga de trabalho dos profissionais	2, 25, 28, 39, 41	5
		Atitudes dos profissionais: autoritarismo, rispidez, ameaças etc	27, 28, 31, 35	4
	<b>práticas/ações de promoção de saúde</b>	Ações de cuidado específicas para adolescentes são raras ou inexistentes/ Ausência de projeto terapêutico individual	25, 29, 31, 35, 36, 38, 41	7
		Planejamento em equipe multiprofissional/construção conjunta de projetos terapêuticos com participação do adolescente	2, 22, 23, 25, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 41	13
		Fragmentação na atenção/descontinuidade das ações/desacordo com as políticas públicas	2, 23, 24, 27, 29, 36, 38, 41	8
		Práticas dialógicas que geram mudanças de atitudes em relação a saúde/autonomia/corresponsabilização	22, 23, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 41	11

		Fatores ligados ao atendimento: sigilo, julgamentos morais, linguagem adequada	22, 25, 26, 28, 29, 36, 44	7
		Práticas focadas na doença/modelo biomédico	2, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 36, 38	11
		Práticas disciplinares/normativas/transmissão unilateral de conhecimentos	28, 35, 36, 37, 38	5
		Integralidade da atenção/visão ampliada sobre adolescência/ práticas que consideram os sujeitos sob dimensões biopsicossociais	2, 22, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 35, 36, 38	11
<b>A importância da Rede de Saúde e Intersetorial na atenção integral</b>	<b>Intersetorialidade</b>	Articulação da rede/diálogo/intersetorialidade	2, 24, 26, 33, 36, 38	6
		Desconhecimento da rede / falhas no matriciamento/carência de profissionais para compor equipe multiprofissional	24, 25	2
		Escola como espaço indispensável para promoção de saúde/ Programa Saúde na Escola (PSE)	2, 23, 38, 40	4

**Tabela 4:** Síntese dos artigos por categorias

Categorias de análise/Subcategorias							
Autor/ano/número da referência	Local	O profissional de saúde e a atenção ao adolescente			A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente		A importância da Rede de Saúde e Intersetorial na atenção integral
		visão dos profissionais sobre a adolescência	acolhimento e vínculo	formação profissional	Barreiras de acesso	práticas/ações de promoção de saúde	Intersetorialidade
Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR (2013) <sup>2</sup>	Distrito Federal-DF/Brasil/Região Cento-Oeste			x	x	x	x
Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, Maia EG (2014) <sup>22</sup>	Iguatu-CE/Brasil/Região Nordeste	x	x		x	x	
Coelho MMF, Miranda KCL, Gomes AMT, Silveira LC (2015) <sup>23</sup>	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste	x			x	x	x
Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG (2017) <sup>24</sup>	Rio de Janeiro-RJ/Brasil/Região Sudeste	x			x	x	x
Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF (2010) <sup>25</sup>	Viçosa-MG/Brasil/Região Sudeste	x	x	x	x	x	x
Higarashi I.H, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS (2011) <sup>26</sup>	Maringá-PR/Brasil/Região Sul	x	x	x	x	x	x

Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI (2008) <sup>27</sup>	Ribeirão Preto-SP/Brasil/Região Sudeste	x				x	x	
Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG (2016) <sup>28</sup>	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste	x	x			x	x	
Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN (2009) <sup>29</sup>	Vitória-ES/Brasil/Região Sudeste		x	x		x	x	
Marques JF, Queiroz MVO (2012) <sup>31</sup>	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste		x			x	x	
Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoun RCG (2012) <sup>32</sup>	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste		x			x	x	
Kempfer SS, Fraga SMN, Mafra TJ, Hoffman ACS, Lazzari DD (2012) <sup>33</sup>	São José - SC/ Brasil/Região Sul					x	x	x
Coin-Carvalho J E, Esposito FCF (2012) <sup>34</sup>	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste					x		
Ferraz DAS, Nemes MIB (2009) <sup>35</sup>	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste					x	x	
Ayres JR, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM (2012) <sup>36</sup>	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste		x			x	x	x
Fontana RT, Santos AV, Brum ZP (2013) <sup>37</sup>	Município do interior do Rio Grande do Sul- RS/ Brasil/Região Sul					x	x	
Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF (2012) <sup>38</sup>	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste				x	x	x	x
Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC (2016) <sup>39</sup>	São Paulo-SP/Brasil/Região Sudeste				x	x		
Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB et al (2015) <sup>40</sup>	Território brasileiro				x			x
Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoun RCG (2012) <sup>41</sup>	Fortaleza-CE/Brasil/Região Nordeste				x	x	x	
Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto EP Jr, Amorim LDAF (2019) <sup>44</sup>	Camaçari/ Salvador-BA/Região Nordeste					x	x	

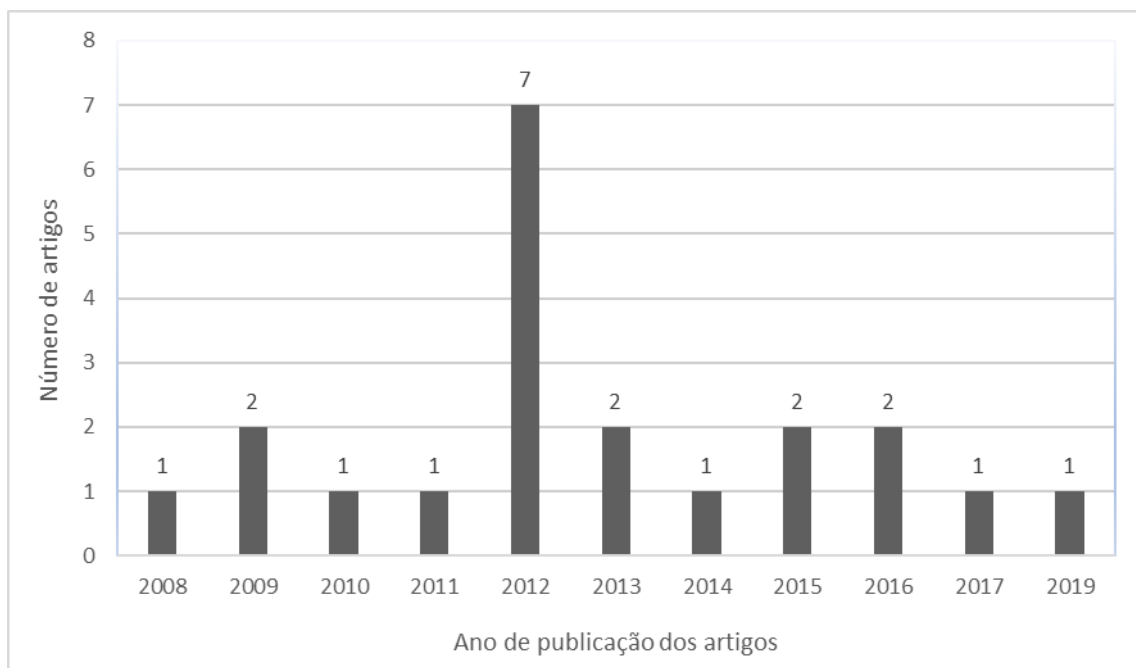
## Resultados:

A distribuição temporal foi a seguinte: 1 (2008); 2 (2009); 1 (2010); 1 (2011); 7 (2012); 2 (2013); 1 (2014); 2 (2015); 2 (2016); 1 (2017); 1 (2019). (Figura 1) Sobre a localização geográfica dos estudos, 3 foram na região Sul (Santa Catarina-SC, Paraná-PR e Rio Grande do Sul- RS), 8, na Sudeste (São Paulo-SP, Minas Gerais-

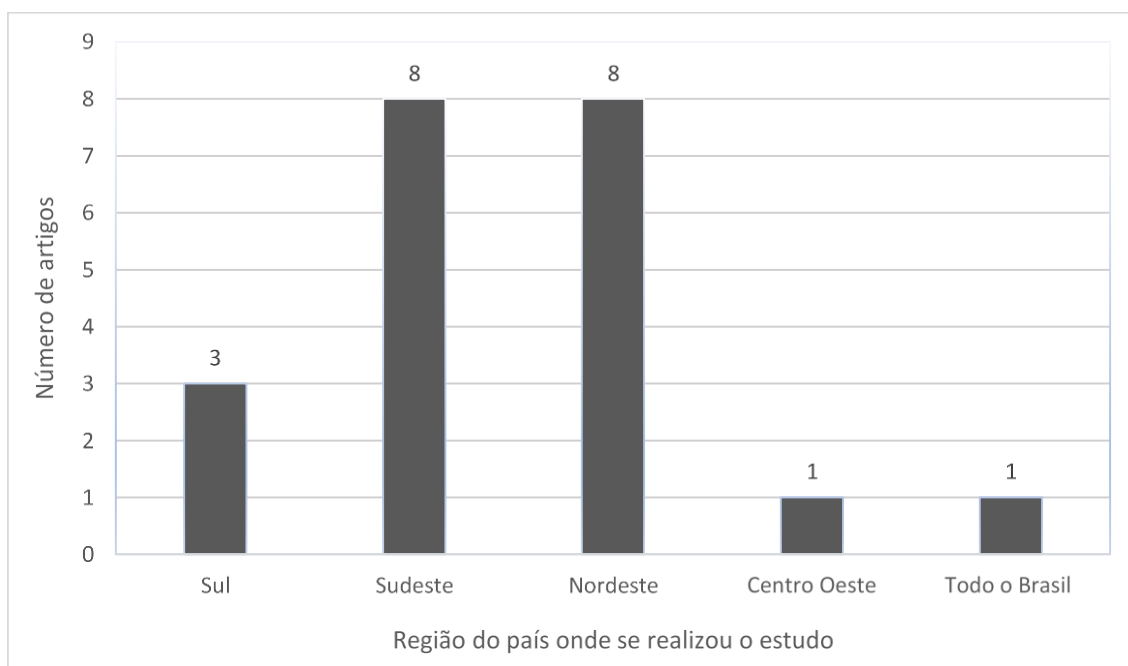


MG, Espírito Santo-ES e Rio de Janeiro-RJ), 8, na região Nordeste (Ceará-CE e Bahia-BA), 1, na Centro-Oeste (Distrito Federal-DF) e 1 abrangeu todo o território brasileiro. (Figura 2) Sobre o desenho, 3 foram estudos epidemiológicos (inquérito=2 e ensaio de campo=1), 17 utilizaram metodologia qualitativa e 1 estudo adotou ambas as metodologias (inquéritos e pesquisa social). Sobre a seleção dos participantes (adolescentes, profissionais de saúde ou população em geral), 1 estudo foi de base comunitária ou populacional, 16 estudos fizeram seleção a partir de serviços de saúde ou sociais (ESF/UBS=9, Escola=1, Comunidades terapêuticas/abrigos=2, em mais de um serviço= 4) e 4 estudos incluíram participantes de base comunitária e dos serviços de saúde ou dados provenientes destes serviços. (Tabela 2) A grande maioria dos estudos (17) incluiu pessoas de ambos os sexos ou não se referiu a esse quesito; 1 incluiu apenas homens e 2 apenas mulheres. Houve estudos que incluíram adolescentes/jovens com faixa etária variada (n=4; sendo 10-19 anos =1, 12-18 anos = 1, 13-17 anos = 1, 15-24 anos =1); outros quatro estudos abrangeram profissionais, incluindo gestores (20-60 anos = 1, 27-58 anos = 1, 30-55 anos = 1, média 30-40 anos =1) e 13 não citaram faixa etária dos envolvidos (adolescentes, profissionais de saúde e gestores).

**Figura 1:** Estudos por ano de publicação.



**Figura 2:** Estudos por região do Brasil.



## **1) O profissional de saúde e o cuidado ao adolescente**

### **a) Visão sobre a adolescência**

Dentre o universo estudado, três artigos mostraram que os profissionais de saúde desconhecem ou mesclam conceitos do senso comum e científicos para se referir à adolescência como parte do ciclo de vida<sup>22,23,25</sup> e outro relatou a falta de um “olhar diferenciado” do profissional de saúde para as particularidades desta fase.<sup>24</sup> Cinco estudos mostraram que os profissionais de saúde possuem uma visão negativa ou preconceituosa da adolescência, repleta de julgamentos, o que constitui uma importante barreira para o cuidado aos adolescentes,<sup>22,23,25,26,27</sup> uma vez que afasta o usuário do profissional de saúde.<sup>28</sup> Adjetivos como “arredios” e “defensivos” foram usados para caracterizar o adolescente.<sup>25</sup> Foi destacada a projeção da vivência pessoal sobre os conceitos que os profissionais têm sobre a adolescência.<sup>22,23</sup> Embora caracterizassem a adolescência negativamente, como fase difícil, de conflitos,<sup>22,25</sup> complicada, de inseguranças e incertezas,<sup>22</sup> e também como fase de posturas irresponsáveis e de incapacidade de tomar decisões de forma reflexiva,<sup>23</sup> alguns profissionais foram capazes de compreender que essa fase não se constitui

apenas de transformações biológicas, e, portanto, merece um atendimento diferenciado.<sup>22,25</sup>

Em dois dos artigos, houve a percepção de que uma visão distorcida, estigmatizante ou preconceituosa sobre adolescência, pode influenciar negativamente nas práticas de cuidado,<sup>22,28</sup> afastar o profissional de saúde desses usuários e prejudicar o estabelecimento de vínculo entre eles.<sup>28</sup> Percebeu-se em um dos estudos a falta de motivação dos profissionais para lidar com adolescentes, demonstrada pela presença dos profissionais nas atividades, mas ora alheios, ora apenas observando sem participar das ações.<sup>29</sup> Tais concepções ou atitudes podem representar barreiras no atendimento a esses adolescentes, como exemplo, a ideia de que a comunicação é difícil e de que eles são rebeldes, não se importam com a própria saúde, não seguirão o tratamento proposto o que impossibilita dialogar e construir projetos terapêuticos em conjunto.

## **b) Acolhimento e vínculo**

O acolhimento constitui as relações de cuidado entre os trabalhadores de saúde e os usuários que procuram pelo serviço básico de saúde. Esse termo dispõe sobre como o serviço se organiza para receber o usuário e como o acesso a esses locais pode ser facilitado, evidenciando que há vários modos de acolher: seja por meio de escuta, de disponibilidade de recursos e serviços, de tentativa de atender a uma necessidade de saúde do usuário, seja no campo biológico ou subjetivo. Acolher significa prestar um atendimento humanizado e garantir maior resolutividade possível, gerando, assim, satisfação e bem-estar para o usuário.<sup>30,31</sup> A importância dessa atitude foi enfatizada em cinco artigos.<sup>22,25,28,32,33</sup> A escuta foi destacada como uma atitude fundamental para o acolhimento e aproximação do profissional com o usuário,<sup>22,25,28,31</sup> sendo que um acolhimento adequado destacou-se como fundamental para gerar vínculos e possibilidade de o profissional conhecer as particularidades e demandas de cada sujeito, melhorando, assim, a assistência prestada.<sup>22,25,28,31,32</sup>

Três estudos ressaltaram que os adolescentes apresentaram reclamações relativas aos profissionais,<sup>27,31,34</sup> como pouco tempo para conversar sobre questões subjetivas,<sup>34</sup> que muitas vezes são “estressados”, “mal-humorados”, “ignorantes”, “não escutam”<sup>27,31</sup>. Além disso, foi observado que as consultas se resumiam à prática prescritiva, com pouco espaço para diálogo/escuta.<sup>27,31,34,35</sup>

Marques e Queiroz<sup>31</sup> relataram problemas no acolhimento e porta de entrada do serviço, desde a chegada do adolescente para marcar uma consulta até o relacionamento com os profissionais no atendimento, gerando insatisfação e sentimento de desvalorização no usuário. Costa, Queiroz e Zeitoune<sup>32</sup> ressaltaram a importância da qualidade do acolhimento, não apenas na porta de entrada, mas também durante todos os momentos em que o cuidado é ofertado. Diversos estudos citaram que a relação entre profissional e usuário deveria ser pautada em um bom acolhimento, com relações de respeito, confiança, e criação de vínculos, em que o adolescente pudesse se expressar sem ser julgado.<sup>22,25,26,28</sup>

Foram observadas em alguns estudos posturas que atrapalham o acolhimento<sup>27,31</sup> a exemplo de atitudes autoritárias relatadas como “sermão”<sup>28</sup> e “tom ameaçador”<sup>35</sup>, além de práticas baseadas numa visão disciplinar e normativa, desconsiderando, assim, as singularidades dos sujeitos e desprezando uma prática baseada no diálogo.<sup>35,36,37</sup>

O acolhimento e outras atividades eram muito focados na figura do enfermeiro e não em prática de equipe.<sup>22,26,29,32</sup> Quando existia, o acolhimento limitava-se a ações pontuais como marcação de consulta, palestras, conversas de forma individual, sem um planejamento e envolvimento da equipe.<sup>32,36</sup> Um dos estudos, ao contrário, mostrou ações que envolveram a interação entre a equipe multiprofissional; porém, com ênfase na atuação do enfermeiro, dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, da psicóloga e da assistente social.<sup>26</sup>

Um dos estudos também evidenciou resultados positivos no acolhimento de mães adolescentes por enfermeiros, em que foi priorizada a escuta, o respeito, facilitando, dessa forma, o estabelecimento de vínculo entre o profissional e as adolescentes.<sup>28</sup> Atitudes positivas de acolhimento também foram observadas no trabalho dos ACS, fato que talvez possa ser explicado pela aproximação que estes têm com os usuários, já que vivem na comunidade.<sup>22</sup> Os ACS se mostraram empenhados no atendimento ao adolescente, embora tivessem limitações na formação para o cuidado com este grupo. Esses profissionais destacaram-se como promotores de saúde e articuladores da ESF com o adolescente.<sup>22,32</sup>

Relatos de adolescentes revelaram relações superficiais/vínculos frágeis entre eles e os profissionais da ESF: muitos não conheciam os profissionais, não sabiam seus

nomes nem a função de cada um deles na unidade de saúde;<sup>31</sup> havia distanciamento entre adolescentes e profissional de saúde; e ausência de desenvolvimento em equipe de projeto terapêutico singular.<sup>31,35,36</sup> Corroborando os achados, estudos reforçam a necessidade de maior aproximação entre usuários e profissionais de saúde<sup>22,28</sup> e ampliação do conceito de cuidado, migrando do campo biomédico para um olhar sobre o subjetivo, o social e a individualidade de cada sujeito,<sup>27,36</sup> superando-se, assim, a fragmentação do cuidado, em busca da integralidade nas ações.<sup>35</sup>

### **c) Formação profissional**

Vários estudos relataram dificuldades por parte de profissionais em suas práticas com os adolescentes na APS,<sup>22,23,24,25,26,38</sup> e esses obstáculos, muitas vezes, foram justificados pelo desconhecimento das questões que envolvem a adolescência, além de lacunas na formação e a falta de educação permanente.<sup>24,26,39</sup> Os estudos reforçaram a importância da capacitação profissional<sup>25,26,29,38,39,40</sup> e educação permanente,<sup>25,40</sup> já que um profissional preparado é capaz de transpor as barreiras que possam existir no cuidado ao adolescente pela APS e garantir a integralidade das ações. Foi destacado em um dos artigos que a incipiente formação dos profissionais para uma abordagem ampliada e biopsicossocial diminui a resolutividade da APS, possibilitando o aumento da demanda por especialistas.<sup>24</sup> Outro estudo destaca que profissionais da atenção básica não capacitados deixam de responder às demandas dos usuários, gerando a procura por outros serviços como porta de entrada à saúde.<sup>32</sup>

Constatou-se que poucos profissionais que atuam na APS tinham formação específica para o cuidado ao adolescente.<sup>38,41</sup> Houve também relato de falta de tempo para participar de programas de capacitação, já que os profissionais são sobrecarregados com a rotina de trabalho da ESF.<sup>39</sup> Diante disso, um dos estudos enfatizou que o profissional precisa ter vontade, iniciativa e se empenhar no atendimento ao adolescente.<sup>26</sup>

Um dos artigos destacou que essa carência de capacitação profissional pode ser atribuída a currículos acadêmicos deficientes em temas voltados à saúde do adolescente e, quando presentes, são focados em assuntos relacionados à sexualidade e à prevenção de doenças.<sup>26</sup> Discutiu-se também que os profissionais possuem uma formação pautada no modelo biomédico, em que aprendem a ser transmissores de conhecimentos ao invés de estabelecerem práticas dialógicas.<sup>38</sup>

Houve citação ao desconhecimento, por parte dos profissionais, das políticas públicas existentes para o cuidado integral ao adolescente,<sup>25,39</sup> e também que a existência dessas políticas não é garantia de que sejam aplicadas na prática.<sup>2,26</sup>

## **2) Serviço de saúde e cuidado ao adolescente:**

### **a) Barreiras de acesso**

O conceito ampliado de acesso relaciona-se às condições dos usuários e dos serviços, em equilíbrio entre oferta, demanda e necessidades, portanto, o acesso é o grau de ajuste do usuário com o sistema de saúde.<sup>42</sup>

Jesus & Assis (2010)<sup>43</sup> definem acesso como a “porta de entrada, o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade.” (p.162)

Fragilidades em qualquer destas dimensões podem influenciar negativamente no funcionamento dos serviços, na qualidade da assistência prestada, bem como na satisfação do usuário e em sua adesão às práticas de saúde. A insatisfação por parte do usuário, a falta de oferta de serviços que atendam a suas necessidades, as barreiras que o usuário encontra para ter acesso à saúde básica podem levá-lo a procurar outros substitutos, como hospitais, perdendo, assim, o sentido da APS como porta de entrada. <sup>42</sup>

A partir dessa revisão, foi verificado que, além das barreiras de acesso já citadas relacionadas ao profissional de saúde, como falhas no acolhimento e na abordagem dos adolescentes, são descritos outros empecilhos para o acesso dos adolescentes à ESF.

Para efetuar o cuidado aos adolescentes pela APS, diversos artigos destacam a escassez de recursos humanos e físicos, por exemplo, material didático-pedagógico.<sup>2,26,29,32,37,39</sup> Dois artigos afirmam que a falta de recursos materiais não pode se tornar uma justificativa para a não realização de atividades com os adolescentes,<sup>26,37</sup> já que o processo educativo tem como principais protagonistas o educador e o educando.<sup>37</sup>

Outros artigos citaram como barreiras para o cuidado do adolescente a falta de planejamento dos gestores,<sup>41</sup> a sobrecarga de trabalho e pouco tempo disponível na unidade de saúde.<sup>2,25,28,39,41</sup> Alguns profissionais referiram insatisfação com a gestão que prefere “números”, ou seja, um grande volume de pessoas atendidas à qualidade no atendimento.<sup>41</sup>

Outro ponto crítico é o desconhecimento do número de adolescentes adscritos no território, o que impossibilita a busca ativa e acompanhamento deles.<sup>22,32,36,41</sup> Alguns autores referiram que há pouca procura dos adolescentes pela ESF,<sup>23,25,26,33,38</sup> ou procuram quando há uma demanda específica, como busca por preservativos, anticoncepcional, pré-natal etc.<sup>22,28,36,44</sup> Os profissionais justificaram este fato pelos sentimentos de “invulnerabilidade” e “imortalidade” que alguns jovens trazem consigo.<sup>40</sup>

Em relação ao serviço foram citados, como barreiras de acesso, as filas de espera,<sup>28,29,44</sup> a dificuldade para atendimento,<sup>28,31</sup> a demora para marcação de consultas,<sup>31,34,44</sup> a falta de privacidade,<sup>28</sup> a alta rotatividade de profissionais<sup>24,32</sup> e o perfil “materno-infantil” do serviço, não atrativo para adolescentes.<sup>38</sup>

Embora todos esses fatores possam influenciar na relação do adolescente com os serviços de saúde, um dos estudos destacou que não é possível afirmar se a ausência do adolescente na ESF ocorre por baixa oferta de serviços ou porque o adolescente não procura as unidades, já que esses fatores estão interligados.<sup>33</sup>

## **b) Práticas de Promoção de Saúde**

A promoção de saúde (PS) amplia o conhecimento, o autocuidado e autonomia, e pode colaborar para o enfrentamento de determinantes sociais de saúde;<sup>45</sup> estimulando a própria comunidade e indivíduos a participarem da tomada de decisões e de planejamentos de políticas públicas.<sup>45</sup>

Nos planos de cuidado, os usuários devem ser vistos em suas singularidades, compreendendo que o adoecer não envolve apenas a doença, e sim fatores ligados às dimensões física, mental e social.<sup>7</sup> No entanto, essa prática não é possível com a clínica tradicional focada na cura, na obediência do usuário às prescrições médicas, sem que ele participe do processo, ao contrário, é preciso ampliar a clínica, valorizando a escuta e as questões subjetivas; a individualidade dos casos, sem

esquecer da coletividade; e trabalhar a corresponsabilização dos sujeitos com a própria saúde.<sup>7</sup>

Os artigos mostraram que grande parte das ESFs não possui atividades específicas para adolescentes, ou quando existem são pontuais<sup>25,29,38,41</sup> e que a compreensão de PS é reduzida à prevenção,<sup>38</sup> geralmente voltada a atendimentos clínicos, com questões ligadas à sexualidade (prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) ou ao uso de drogas.<sup>23,25,31,36,38</sup>

Alguns motivos para a não realização de atividades específicas para os adolescentes são a deficiência na capacitação dos profissionais<sup>2,25,26,29,32,38,39</sup> e a sobrecarga de trabalho.<sup>2,25,39</sup> Percebeu-se que está bem estabelecida a rotina para outros grupos como hipertensos, gestantes, puericultura, diabéticos etc; e que esses grupos são aproveitados para encaixar os adolescentes, por exemplo, o pré-natal de mães adolescentes ocorre junto com o de mulheres adultas.<sup>25,28,29,36,38,41</sup> Foi mencionado que os assuntos abordados nesses grupos, muitas vezes, não são de interesse do adolescente ou não suprem as suas expectativas,<sup>33</sup> os profissionais têm uma postura normativa e disciplinar,<sup>28,35,36,38</sup> o que acaba por afastá-lo das atividades.

Em síntese, destaca-se que os estudos afirmaram que a abordagem ao adolescente precisa ser acolhedora<sup>22,28,36,44</sup> e destituída de julgamentos e valores morais.<sup>25,26,29,36</sup> Deve-se respeitar os direitos do adolescente<sup>25,26,28</sup> e garantir o sigilo.<sup>26,36</sup> Enfatizaram que, para um atendimento integral ao adolescente, se deve ampliar o campo de atuação,<sup>25,31,36,38</sup> migrando de intervenções meramente biológicas, focadas em doenças para uma prática que enxergue a subjetividade desses sujeitos,<sup>2,22,25,31</sup> o contexto em que estão inseridos,<sup>2,22,26,38</sup> as demandas individuais que cada um traz,<sup>26,31,32,38</sup> ou seja, deve-se considerar as dimensões psicossociais, políticas e coletivas.<sup>2,22,23,26,38</sup>

Destaca-se o papel do ACS na PS do adolescente, talvez pela convivência no território.<sup>22</sup> Por meio de visitas domiciliares, o ACS pode identificar situações de vulnerabilidade dos adolescentes e alcançar usuários que não procuram a ESF, constituindo-se como um importante articulador local.<sup>22,28</sup>

O profissional de saúde, portanto, pode construir vínculos, promover autonomia nos usuários<sup>22,28,31,32</sup> se houver práticas emancipatórias, as quais formem sujeitos críticos e capazes de tomar decisões sobre sua saúde.<sup>22,26,29,31,32,33,37,38</sup> Diversos estudos



observaram que, para garantir a integralidade do atendimento ao adolescente, seria necessário o desenvolvimento de ações interdisciplinares com equipe multiprofissional e adequação dos serviços para atender às reais necessidades dos adolescentes.<sup>2,22,25,26,29,31,32,36,38,41</sup> Ressaltam, ainda, que as atividades deveriam dar espaço ao diálogo, contar com a participação do adolescente no seu planejamento e abordar a integralidade dos sujeitos através da promoção de saúde e não apenas da prevenção de agravos e doenças.<sup>22,23,25,29,31,32,33,37,38,41</sup> Alguns artigos destacam que o cuidado ao adolescente na APS ainda é fragmentado<sup>24,29,38,41</sup> já que, muitas vezes, não tem continuidade, as práticas são desarticuladas das políticas públicas, assistencialistas, descontextualizadas e focadas na doença.<sup>2,23,27,36,38</sup>

Embora a maioria dos estudos tenha mostrado que o adolescente não participa ativamente da elaboração de atividades desenvolvidas pela ESF, um estudo feito em Vitória-ES obteve resultados positivos. Foi observada participação dos adolescentes no planejamento das atividades, na escolha dos temas das reuniões e na criação de um espaço para discussão, o que levou a um maior interesse e envolvimento dos jovens nesse processo. Também se observou que a equipe usava material didático em suas atividades, o que não era a realidade de vários outros serviços.<sup>29</sup>

Foram observadas ações positivas em outros dois estudos<sup>22,25</sup> nos quais os profissionais reconheceram a importância do acolhimento do adolescente na ESF, melhorando, assim, a adesão desses jovens às práticas propostas. Esses profissionais trabalham com um diálogo descontraído, respeitando o direito do adolescente de ser atendido sozinho e realizando uma escuta sem julgamentos, atendendo às demandas individuais de cada um.<sup>22,25</sup>

Apenas um estudo evidenciou amplo acesso de jovens à ESF e que esta respondia às necessidades de saúde dos adolescentes, com atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos.<sup>44</sup> Outro também demonstrou ações promotoras de autonomia.<sup>32</sup>

### **3) A rede de atenção ao adolescente**

#### **a) Intersetorialidade**

A Intersetorialidade é a articulação entre distintos saberes que juntos possibilitam a resolução de situações complexas e alcançam a integralidade dos sujeitos, rompendo

com a fragmentação das políticas. Não se restringe apenas ao setor social, mas envolve a saúde, educação, meio ambiente, transporte, infraestrutura urbana, segurança, economia, política/governo etc.<sup>46</sup> Essas ações integradas permitem um olhar amplo sobre os fatos e pessoas, interação e diálogo da rede, e, conseqüentemente, maior resolutividade de problemas da população de um determinado território<sup>47</sup>, por isso esse tipo de ação é tão importante para o setor saúde.

Estudos destacaram a escola como um ambiente de grande potencialidade para o desenvolvimento de ações de saúde<sup>2,23,38,40</sup> e alguns profissionais demonstraram não enxergar outros locais para promoção de saúde que não seja a escola.<sup>38</sup> Embora os estudos tenham colocado a instituição educacional como ambiente prioritário para educação em saúde, destacaram-se ações pontuais, muitas vezes sem continuidade, e focadas em atividades preventivas.<sup>2,38</sup>

Outros locais como igrejas, núcleos de ação social, indústrias, empresas, universidades, NASF, dentre outros, são sugeridos pelos estudos como espaços de comunicação intersetorial que podem ser usados para práticas de promoção de saúde.<sup>26,33,38</sup>

Um dos artigos mostrou que os profissionais desconhecem a rede e seu modo de funcionamento, e, por isso, muitas vezes não conseguem dialogar e compartilhar cuidados com essa rede intersetorial, o que gera sentimentos de desamparo e impotência. Apesar de acreditarem que ações mais efetivas ocorrem quando elas são compartilhadas, desacreditam que é possível a articulação com a rede.<sup>24</sup>

Observou-se, a partir do relato de profissionais da ESF, que a equipe tem carência de profissionais como psicólogo e assistente social, figuras importantes para desenvolvimento de ações integrais com adolescentes.<sup>25</sup> Nesta revisão também se identificou que o apoio matricial, um instrumento para ampliar as ações com os adolescentes, ao invés de auxiliar na resolutividade dos casos na ESF, tem sido muitas vezes sinônimo de triagem para encaminhamentos a especialistas.<sup>24</sup>

## **Considerações finais**

Esta revisão explicita lacunas no cuidado do adolescente pela APS, razão pela qual algumas mudanças são necessárias para melhoria do cuidado ofertado a esses jovens. Os relatos de diversos profissionais da APS no país mostram a existência de dificuldades no desenvolvimento de ações junto aos adolescentes. Cabe buscar melhorias nas condições estruturais para os serviços de saúde, assim como recursos humanos que atendam às necessidades dos territórios, com formação diferenciada. É necessário também repensar os currículos das universidades e dos cursos técnicos que formam profissionais de saúde despreparados para lidar com a adolescência.

A partir da melhoria da qualidade do atendimento aos adolescentes, seja por meio do acolhimento, dando voz, respeito e autonomia, seja na atenção clínica e na promoção da saúde, espera-se maior resolutividade da ESF e criação de vínculo entre jovens e profissionais. Porta aberta também para os adolescentes, espaço na agenda dos serviços, acolhimento qualificado e garantia de seus direitos, sem preconceitos, é o que se espera de uma APS integral, efetiva e ética.

Sistematizar experiências de cuidado ao adolescente na APS, pela presente revisão, permitiu repensar o processo de trabalho e discutir estratégias de melhoria do cuidado. É necessário mudanças no modelo de atenção – de ações pontuais e centradas nas doenças – para modelos mais sistêmicos, que integrem os atributos da APS, associados à promoção de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais que envolvem a adolescência, as características ambientais dos diferentes territórios e de sua população.

Espera-se que esta revisão suscite reflexões sobre as práticas de cuidado aos adolescentes pela APS/ESF e possibilite mudanças para uma melhor assistência a esse grupo tão particular. Como a maioria dos estudos enfocava relatos de profissionais e/ou observações de ações desenvolvidas na APS/ESF, recomenda-se, portanto, aprofundar a discussão deste tema estudando a visão dos adolescentes sobre este cenário, já que eles são os protagonistas. Também se sugere explorar mais o campo de estudo sobre as fragilidades da rede e barreiras para oferta de um cuidado integral aos adolescentes. É imprescindível repensar as práticas das equipes de saúde de forma a preconizar ações dialógicas e que levem em consideração as reais demandas dos adolescentes.

#### **Referências bibliográficas:**

1. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psic., Saúde & Doenças*. 2015; 16(2): 217-229.
2. Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saude Soc*. 2013; 22(2): 542-553.
3. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): 9 telas.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(3): 783-794.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
6. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011; 20(4): 867-874.
7. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 669-688.
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
9. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
10. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(4): 849-859.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008; 17(4): 758-764.
12. Whitemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(2): 546-53.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8(1): 102-106.
14. Ministério da Saúde (BR). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes . Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Ministério da Saúde (BR). Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

16. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Brasil. Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Diário Oficial da União. 06 dez 2007.
18. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Moraes R. Análise de conteúdo. Educação.1999; 22(37): 7-32.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
21. Franco MLPB. Análise de conteúdo. 3. ed. Brasília: Líber Livro; 2008.
22. Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, Maia EG. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. Saúde debate. 2014; 38(101): 254-266.
23. Coelho MMF, Miranda KCL, Gomes AMT, Silveira LC. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. Rev. enferm. UERJ. 2015; 23(1): 9-14.
24. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(6): 1933-1942.
25. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(3): 300-309.
26. Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(3): 375-80.
27. Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. Rev. bras. enferm. 2008; 61(3): 342-348.
28. Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. Rev. fundam. care. 2016; 8(3): 4601-4608.
29. Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(2): 635-644.
30. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

31. Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3): 65-72.
32. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc. Anna Nery.* 2012; 16(3): 466-472.
33. Kempfer SS, Fraga SMN, Mafra TJ, Mafra TJ, Hoffman, ACS, Lazzari DD. Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado. *Rev. pesq. cuid. fundam.* 2012; 4(3): 2702-2711.
34. Coin-Carvalho JE, Esposito FCF. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes. *Aletheia.* 2012; 37:149-161.
35. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(suppl 2): s240-s250.
36. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2012; 16(40): 67-81.
37. Fontana RT, Santos AV, Brum ZP. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. *Rev. pesq. cuid. fundam.* 2013; 5(4): 529-536.
38. Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(5): 1275-1284.
39. Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016; 37(2): e55796.
40. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB et al. Saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J. Hum. Growth Dev.* 2015; 25(3): 307-312.
41. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ.* 2012; 20(2): 197-202.
42. Panchansky R, Thomas JW. The Concept of Access. *Medical Care.* 1981; 19(8): 127-140.
43. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(1): 161-170.

44. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto EP Jr, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(1): e00044718.
45. Fleury-Teixeira, P. Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(sup 2): 2115-2122.
46. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Rev. adm. pública. 2000; 34(6): 35-45.
47. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saude Soc*. 1997; 6(2): 31-46.