



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MIRLLA KAROLINE COSTA SILVA**

**DIAGNÓSTICO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO  
DE SERRA DA RAIZ/PB: PERSPECTIVAS E DESAFIOS**

NATAL/RN  
2020

**MIRLLA KAROLINE COSTA SILVA**

**DIAGNÓSTICO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO  
DE SERRA DA RAIZ/PB: PERSPECTIVAS E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim

NATAL/RN  
2020

Silva, Mirlla Karoline Costa.

Diagnóstico sobre a atenção à saúde do adolescente no município de Serra da Raiz/PB: perspectivas e desafios / Mirlla Karoline Costa Silva. - 2020.

123f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Natal, RN, 2020.

Orientadora: Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim.

1. Saúde do Adolescente - Dissertação. 2. Atenção Primária à Saúde - Dissertação. 3. Política Pública - Dissertação. I. Amorim, Karla Patrícia Cardoso. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-053.6

**BANCA EXAMINADORA**

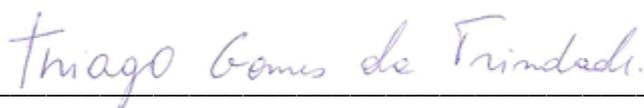
DIAGNÓSTICO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE  
NO MUNICÍPIO DE SERRA DA RAIZ/PB:  
PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Dissertação Aprovada em: 17/06/2020



---

Profª Drª Karla Patrícia Cardoso Amorim (Orientadora)  
Membro Titular Interno - UFRN



---

Prof. Dr Thiago Gomes da Trindade  
Membro Titular Interno - UFRN



---

Profª. Drª Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Membro Titular Externo - URCA

## **DEDICATÓRIA**

À minha avó, Maria do Carmo, grande exemplo de educadora popular que dedicou parte de sua vida à educação de crianças, adolescentes, jovens e mulheres na comunidade do Sítio Suspiro.

À minha mãe, Cida, pelo grande exemplo de luta e por todo investimento na minha educação e formação.

À minha filha, Maya, por me fazer lembrar diariamente da minha responsabilidade na construção do nosso futuro.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim, por entender todas as minhas limitações e me deixar confiante, não permitindo que eu desistisse nos momentos que pensei não ter mais forças para continuar. Gratidão, Karla, por esse encontro. És fonte de inspiração!

## AGRADECIMENTOS

À Deus por todas as possibilidades concedidas na vida pessoal e profissional.

À minha família, por todo apoio dado durante esse processo. Em especial a minha mãe por todo incentivo e estímulo para que eu não desistisse desse sonho.

À minha filha Maya por dar sentido a minha vida.

Aos meus irmãos Ênio e Ézio, e a minha irmã Mirella por dividirem comigo as alegrias de minhas conquistas.

À minhas cunhadas: Lívia, mãe da minha querida sobrinha Cecília, e à Daldiane, carinhosamente chamada de Dal. Grata, meninas, por “ter me suportado e por todo suporte” que me fizeram alcançar esse objetivo.

À Valfredo, que de forma indireta e mesmo sem saber, contribuiu ao longo desse percurso.

À Lena, Aliny, Marcela e Socorro, que puderam dividir comigo os cuidados com Maya, enquanto estive em Natal.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Patrícia, pelo apoio e por todos os ensinamentos que me despertaram o interesse pela pesquisa científica. Obrigada pela confiança!

À todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF da UFRN, em especial aos professores Dra. Maísa Paulino, Dr. José Adailton da Silva, Dra. Ana Tânia Sampaio, pelas grandes contribuições na construção do conhecimento.

Aos professores Dr. Thiago Gomes da Trindade e Dra Fátima Antero por aceitar o convite para participação na banca de defesa e a Dra. Paula Fernanda que esteve na banca de qualificação. Agradeço a vocês pelas grandes contribuições feitas.

À coordenação, professores (em especial a Dra Thalita, Dr. Franklin e Dra Altamira) e colegas do MPSF da nucleadora UFPB, pelo acolhimento.

À minha tia Salete e meus primos Giovanni e Giorgia por todo apoio e disponibilidade enquanto estive em Natal/RN.

À minhas amigas desde a graduação: Camila Figueiredo, Jaqueline Rabello, Mayra Queiroz e Naiara Cavalcanti. Companheiras de grupo de estudo e supervisão. Presente que a psicologia me deu.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à minha coordenadora Suzyanne, que não mediu esforços ao colaborar com minha coleta de dados e que juntamente com Betânia, Harlane, Ermania, Iris e Débora forneceram os dados necessários.

Aos amigos Antônio e Tomaz pela ajuda e paciência nos tutoriais para minha construção gráfica.

E por fim, mas, não menos importante a Fabiana Oliveira e Kátia Queiroz, grandes referências de professoras e pesquisadoras na área da saúde.

“Entrega teu caminho ao Senhor; confia nele  
e o mais ele fará.”

*Salmo 37:5*

SILVA, Mirlla Karoline Costa; AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. **Diagnóstico Sobre a Atenção à Saúde Do Adolescente no Município de Serra da Raiz/PB: Perspectivas e Desafios.** Dissertação. Mestrado Profissional em Saúde da Família – Universidade do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2020.

## RESUMO

A atenção à saúde de adolescentes assume um grande desafio nas práticas de saúde. Isso se dá pelo fato de se tratar de um grupo populacional, com características peculiares e pela vulnerabilidade em que se encontra, por estar mais distante dos serviços de saúde. Logo, o cuidado integral à saúde de adolescentes demanda a integralidade nas redes de atenção saúde, as necessidades de saúde voltadas a esse ciclo de vida e a articulação das diversas políticas setoriais. Tendo em vista a relevância da temática para a APS, o presente estudo teve como objetivo traçar um diagnóstico a respeito da atenção à saúde do adolescente no município de Serra da Raiz/PB. Para isto, realizou-se um estudo exploratório descritivo, do tipo documental e observacional, de cunho qualitativo, tendo o município de Serra da Raiz como local de estudo. Os dados foram coletados com base na consulta e análise de documentos físicos e eletrônicos, observação direta da estrutura e dos registros do processo de trabalho e Sistemas de Informação. A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin, organizados em categorias temáticas baseadas no modelo de qualidade dos serviços de saúde de Donabedian: estrutura, processos e resultados. Os resultados da pesquisa apontaram para um modelo hegemônico biomédico centrado nos serviços de atenção primária voltada ao atendimento aos adolescentes. Percebe-se que por não haver um fluxo definido voltado especificamente para esse público, o acesso se dar na maioria das vezes por demanda espontânea, sendo adolescentes do sexo feminino (68,1%) como predominantes na procura por atendimento nas unidades de saúde. Dificuldades na integralidade também foi percebida, tanto entre as equipes de saúde que por vezes realiza ações de saúde para adolescentes de forma fragmentada, bem como na pouca articulação junto a rede intersetorial. Resultados sinalizaram ainda que os dados de morbidade relacionado a saúde dos adolescentes indicaram uma redução na taxa de

internação por gravidez, parto e puerpério, no período entre 2008 e 2018, porém, a taxa de fecundidade no município é um pouco mais elevada (20,2%) em relação a taxa nacional (18,5%). Apesar dos dados de mortalidade demonstrarem um grande número de mortes na faixa etária de 10 a 19 anos, por causas externas, a nível de Paraíba, Nordeste e Brasil, não houve dados significativos encontrados nos registros dos sistemas de informação do município de Serra da Raiz. Devido às limitações do presente estudo, relacionados à pesquisa documental, e levando em consideração que muitos aspectos importantes não puderam ser observados, sugerem-se novos estudos da realidade local a partir de um planejamento estratégico que possibilite a escuta dos atores, incluindo os usuários adolescentes de forma que outras necessidades sejam elencadas.

**Palavras chave:** Saúde do Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Política Pública.

SILVA, Mirlla Karoline Costa; AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. **Diagnosis of Adolescent Health Care in the Municipality of Serra da Raiz / PB: Perspectives and Challenges.** Dissertacion: Professional Masters in Family Health – Federal University of Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2020.

## ABSTRACT

Health care for adolescents is a major challenge in health practices. This is since it is a population group, with peculiar characteristics and the vulnerability in which it is found, as it is more distant from health services. Therefore, comprehensive health care for adolescents demands comprehensive health care networks, health needs geared to this life cycle, and the articulation of different sectoral policies. Given the relevance of the theme for PHC, the present study aimed to outline a diagnosis regarding the health care of adolescents in the municipality of Serra da Raiz/PB. For this, a descriptive exploratory study, of documentary and observational type, of qualitative nature, with the municipality of Serra da Raiz as the study site. Data were collected based on the consultation and analysis of physical and electronic documents, direct observation of the structure and records of the work process, and Information Systems. Data analysis was performed based on Bardin's content analysis, organized into thematic categories based on Donabedian's quality model of health services: structure, processes, and results. The survey results pointed to a hegemonic biomedical model centered on primary care services aimed at serving adolescents. Realize If that because there is a definite flow designed specifically for this audience, access is mostly provided by spontaneous demand, with female adolescents (68.1%) as predominant in the demand for care in health units. Difficulties in comprehensiveness were also noticed, both among health teams that sometimes carry out health actions for adolescents in a fragmented way, as well as in the little articulation with the intersectoral network. Results also signaled that the health-related morbidity data of adolescents indicated a reduction in the rate of hospitalization for pregnancy, childbirth, and the puerperium, between 2008 and 2018, however, the fertility rate in the municipality is slightly higher (20, 2%) concerning the national rate (18.5%). The sorrow of mortality data shows a large number of deaths in the age group 10 to 19 years due to external causes, the level of Paraíba, Northeast, and Brazil, no significant data found in the records of the information systems of Serra da Raiz municipality. Due

to the limitations of the present study, related to documentary research, and taking into account that many important aspects could not be observed, new studies of the local reality are suggested based on a strategic planning that enables the listening of the actors, including adolescent users so that other needs are listed.

**Keywords:** Adolescent Health. Primary Health Care. Public Policy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente comunitário de saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>LOS</b>	Lei Orgânica de Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo Ampliado de Atenção à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PMSSR</b>	Plano Municipal de Saúde de Serra da Raiz
<b>PAS</b>	Plano Anual de Saúde
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## TABELAS

Tabela 1: caracterização dos estudos, segundo área e ano de publicação, base de dados e local de coleta de dados (n = 43).....	49
Tabela 2: Quantidade de atendimentos realizados por tipo de atendimento profissional e sexo dos usuários.....	80
Tabela 3: Quantidade de atividades coletivas, por equipe de saúde.....	83
Tabela 4: Classificação das avaliações antropométricas em adolescentes, por sexo.....	86
Tabela 5: Distribuição de vacinas em adolescentes, por sexo.....	91
Tabela 6: N° de óbitos em adolescentes, entre os anos de 2008 a 2018, por causas externas.....	96
Tabela 7: Dados de internação por residência, referente ao período de 2008 a 2018 (Cap. XV), de usuários na faixa etária de 10 a 19 anos.....	101

## GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade de atividades por práticas e temas para saúde.....	84
Gráfico 2: Classificação das avaliações antropométricas em adolescentes, por sexo.....	87
Gráfico 3: Quantidade de óbitos por causas externas no Estado da PB em adolescentes, de 2008 a 2018.....	97
Gráfico 4: Quantidade de óbitos por causas externas na Região NE, em adolescentes, de 2008 a 2018.....	97
Gráfico 5: Quantidade de óbitos, no Brasil, por causas externas, em adolescentes, de 2008 a 2018.....	97

## QUADROS

Quadro 1: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa do presente estudo, organizados por ano de publicação.....	35
Quadro 2: Situação da política de saúde do adolescente no município de Serra da Raiz/PB.....	72
Quadro 3: Objetivos e metas da primeira diretriz do PMS de Serra da Raiz.....	74
Quadro 4: Metas, ações e indicadores da diretriz 1 do PMSSR.....	75
Quadro 5: Levantamento de demanda de EPS do município de Serra da Raiz.....	77
Quadro 6: Principais causas de internação, por capítulos (CID 10), no período de 2008 a 2018.....	99
Quadro 7: Síntese de recomendações com base nos atributos da APS.....	106

## FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo – Política Pública de Saúde do Adolescente (Serra da Raiz/PB, 2019) .....	30
Figura 2: Representação esquemática da busca na base de dados.....	34
Figura 3: Síntese da literatura analisada, elaborada pela pesquisadora, baseada em estrutura, processos e resultados.....	50
Figura 4: Pirâmide Etária da População Adscrita.....	61
Figura 5: Mapeamento da área de abrangência do município de Serra da Raiz/PB.....	62
Figura 6: Fluxograma do Acesso de Adolescentes na UBS no Município de Serra Da Raiz.....	78

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I</b> .....	17
<b>INTRODUZINDO A TEMÁTICA</b> .....	17
<b>CAPÍTULO II</b> .....	23
<b>CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE DE ADOLESCENTES</b> .....	23
2.1 A SAÚDE DE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	23
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DE ADOLESCENTES .....	26
<b>CAPÍTULO III</b> .....	31
<b>QUALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES: ASPECTOS TEÓRICOS</b> .....	31
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	60
<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	60
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO.....	60
4.2 ÁREA DO ESTUDO.....	57
4.3 DESENHO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	62
4.4 ANÁLISE DE DADOS/INFORMAÇÕES .....	66
4.5 CONSIDERAÇÕES ETICAS.....	67
<b>CAPÍTULO V</b> .....	68
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	68
5.1 ESTRUTURA.....	68
5.2. PROCESSOS .....	79
5.3. RESULTADOS .....	96
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	103
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	103
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	105
<b>APÊNDICES</b> .....	118

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUZINDO A TEMÁTICA**

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (2011), há cerca de 1,8 bilhão de adolescentes e jovens, entre 10 e 24 anos, no mundo atualmente, o que significa quase um terço da população mundial, 80% dos quais vivem em países em desenvolvimento (HORTA e SENNA, 2010).

Nas últimas décadas, houve uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, ao aumento da expectativa de vida e aos movimentos migratórios e de urbanização. Mesmo com a desaceleração no ritmo de crescimento da população jovem, hoje, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é significativa, representando, no censo de 2010, um total de 51.402.821 pessoas, que corresponde a 36,89% da população brasileira (IBGE, 2010).

Foi com a promulgação da Constituição de 88 que crianças e adolescentes brasileiros passam a ter reconhecimento enquanto sujeitos de direitos e ganham destaque nas políticas sociais públicas do país, com status de prioridade absoluta, o que representa um marco histórico nas conquistas de garantia de direitos a essa população. De forma a cumprir tal proteção e a defesa da saúde da população brasileira, o SUS dispõe de um conjunto de ações e serviços visando garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo, consolidando a rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (BRASIL, 2009a).

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescente a população de 12 a 18 anos incompletos e estabelece na legislação ações públicas que atendam as necessidades desse público. Especifica no capítulo que trata sobre o direito à vida e à saúde, que: “A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o desenvolvimento sadio, harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 2005; RAPOSO, 2009). Também garante por meio do SUS, prioritariamente:

“atendimento médico, farmacêutico e outros recursos para tratamento e reabilitação; promoção de programas de assistência médica e odontológica para a prevenção dos agravos do segmento infanto-juvenil; vacinação obrigatória; permanência dos pais ou responsáveis

junto com a criança e o adolescente em casos de internação” (BRASIL, 2005, p. 32).

Considerada como uma fase para a adoção de comportamentos que são críticos na definição do estado de saúde futuro, é nessa fase da adolescência que ocorrem modificações físicas, psicológicas e sociais, surgem os desejos, descobertas de afinidades e reflexões sobre planos para a vida futura. Por isso, as ações intersetoriais e interdisciplinares devem ser priorizadas, envolvendo várias políticas públicas, ministérios, secretarias de Estado e municípios (PENSO, 2013; AMORIM, 2014; VAN DE MORTEL, 2016).

Vale destacar a precariedade que o sistema de assistência à saúde, a esse segmento populacional, ainda se encontra fora das prioridades das gestões em termos de implementação de políticas de saúde, sendo considerada uma situação preocupante, uma vez que o sistema de assistência à saúde pode se configurar como mais um elemento na rede de suporte que se apresenta como frágil diante das demandas do adolescente (PENSO, 2013).

Diante disso, a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos (BRASIL, 2007).

Nesse sentido a OMS (2009) considera que as políticas e ações dirigidas à saúde devem estar embasadas em condições de meio ambiente saudável, que apoiem e fortaleçam as capacidades do indivíduo para a vida e prestem serviços qualificados de saúde e aconselhamento.

Portanto, é de grande relevância que os serviços de cuidados primários a saúde contribuam na melhoria dos comportamentos do adolescente desde que sejam realizadas intervenções preventivas adequadas. Além disso, pode desempenhar um papel fundamental no apoio tanto aos adolescentes como seus pais, esclarecendo a respeito das transições saudáveis de desenvolvimento (BERRA, 2014; HARRIZ et al, 2017).

Assim, a rede de serviços de saúde deve preocupar-se em assistir o indivíduo desde a concepção até o final da vida, reconhecendo a família como a unidade

primária da sociedade, dentro da qual o sujeito se constrói, socializa-se, desenvolve-se e humaniza-se (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, várias mudanças foram observadas no perfil dos problemas de saúde do País, dentre elas, as causas externas (acidentes e violências) na qual ocupam a primeira causa de morte na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2009a).

Isso se justifica pelo fato da adolescência se tratar de uma fase em que o indivíduo passa a vivenciar condutas de riscos que podem comprometer sua saúde de maneira irreversível, exigindo atenção dos profissionais de saúde, uma vez que há necessidade de reconhecer as demandas dessa população e intervir oportunamente. Para satisfazer essas necessidades, é preciso que o adolescente acesse os serviços de saúde. Estudos sobre o acesso aos serviços de saúde podem contribuir para o reconhecimento das desigualdades e das barreiras da organização, além de permitir a identificação de grupos prioritários para atenção à saúde (MARTINS et al, 2019).

Machado et al (2018) ao realizar um estudo com adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, identificou que é comum esse grupo não procurar a unidade de saúde e tender a subestimar seus comportamentos de risco à saúde, pois geralmente se sentem invulneráveis ou minimamente suscetíveis a eles. Entretanto, quando bem direcionados, conseguem perpetuar comportamentos saudáveis durante toda a vida.

Nessa perspectiva, tendo em vista que a adolescência se trata de uma faixa etária especialmente vulnerável em termos de questões comportamentais, é de fundamental importância a necessidade de equipes qualificadas na rede de serviços de saúde (WILLIAN et al, 2012).

Goicolea et al (2015) destaca os benefícios das intervenções de saúde voltadas para os adolescentes, não apenas no curto prazo, mas também no longo prazo, pois, segundo ela, comportamentos saudáveis iniciados durante essa faixa etária têm maior probabilidade de serem mantidos durante a vida.

O Sistema Único de Saúde no Brasil tem procurado desde a década de 90, reconhecer este grupo populacional como sujeito de necessidades específicas de saúde, desenvolvendo ações vinculadas a projetos e/ou programas para o atendimento dessas necessidades (SILVA, 2009).

Assim, a atenção primária à saúde possui efeitos positivos sobre a saúde dessa população e pode reduzir comportamentos de risco e problemas de saúde na adolescência (RYAN et al, 2011).

Apesar disso, muitos são os obstáculos enfrentados por esses usuários, principalmente quando a pobreza e o preconceito os privam de acessar serviços básicos, como é o caso dos serviços de saúde. Como consequência, há uma enorme exposição desse grupo populacional à riscos associados à violência, drogadição, dentre outros conflitos sociais, devido sua vulnerabilidade (RAPOSO, 2009).

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 brasileiros (BRASIL, 2018)

No entanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2007) vem reafirmar a garantia de direitos a esse grupo populacional, por meio de ações que lhes proporcionem a formação da consciência cidadã para a construção de uma sociedade equânime e livre, contribuindo para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável.

O cuidado integral a saúde de adolescentes é uma prioridade estratégica do pacto pela saúde, inserida na agenda pública brasileira decorrente da mudança de paradigma desenvolvida a partir do conceito ampliado de saúde, que considera a constituição do sujeito nas dimensões sociais, psicológicas e sociocultural, orientado pelo princípio doutrinário da integralidade. Tal princípio implica na organização de serviços e a execução de práticas de saúde que integrem estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como as ações curativas e de reabilitação (BRASIL, 2010).

Adolescentes e jovens constituem importante desafio para a construção da integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso se deve à complexa apreensão e resposta ao conjunto de suas necessidades de saúde, decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, próprio da fase, mas, sobretudo, dos aspectos socioculturais relacionados (AYRES et al, 2012).

Logo, o cuidado integral à saúde dos (as) adolescentes demanda a integralidade nas redes de atenção saúde, as necessidades de saúde efetivadas dentro das linhas de cuidado e a articulação das diversas políticas setoriais, já que adolescência implica uma temática transversal (BRASIL, 2007).

Diante dessa realidade complexa, que envolve o cuidado do adolescente, e da vivência da pesquisadora, enquanto profissional do serviço inserida no NASF – Núcleo

Ampliado de Saúde da Família, surgiu o interesse nesse campo de estudo. Com isso, acredita-se que esse estudo que se insere na linha de pesquisa do mestrado - Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, possibilite uma reflexão sobre a saúde do adolescente na APS, a fim de sugerir recomendações visando os avanços dessa política pública, no âmbito municipal.

Essa construção buscou subsidiar respostas às questões seguintes: Existem políticas de saúde direcionadas a atenção e cuidado dos adolescentes no município de Serra da Raiz? De que forma o município de Serra da Raiz vem realizando as ações de saúde do adolescente? Se existem ações de saúde para o adolescente elas estão em consonância com o que vem sendo preconizados pelo Ministério da Saúde e pela comunidade científica? Se não estão, como transformar as políticas de saúde do adolescente na prática?

Com base nesses questionamentos o presente estudo tem como objetivo geral:

- **Traçar um diagnóstico a respeito da atenção à saúde do adolescente no município de Serra da Raiz/PB.**

E mais especificamente:

- **Conhecer como acontece a gestão da saúde do adolescente no município em relação as ações ofertadas.**
- **Descrever as estruturas destinadas à atenção à saúde do adolescente no município.**
- **Analisar as ações dirigidas aos adolescentes, desenvolvidas no município, no que se refere aos indicadores de processos e resultados.**

Como forma de sistematizar o trabalho apresenta-se em seis capítulos, da seguinte forma:

A introdução delimita o objeto de estudo, descreve a relevância do estudo voltada a política pública de saúde do adolescente dando centralidade a Atenção Primária à Saúde, apresentando, também os objetivos e questionamentos da pesquisa.

O segundo capítulo se divide em dois tópicos, dos quais o primeiro busca situar a política de saúde de adolescentes dando centralidade à Atenção Primária à Saúde enquanto o segundo tópico segue fazendo uma reflexão a partir da leitura dos principais documentos publicados pelo Ministério da Saúde brasileiro, que tratam da política pública de saúde do adolescente.

O terceiro capítulo expõe os aspectos teóricos que possibilita à compreensão da qualidade do cuidado voltado a saúde do adolescente, permitindo ao leitor o entendimento no tocante aos serviços de saúde que são ofertados com base no modelo de qualidade de Donabedian (1980). Para o desenvolvimento deste capítulo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura referente saúde de adolescentes, com ênfase na qualidade dos serviços de saúde que são ofertados aos usuários, desse ciclo de vida, através da atenção primária à saúde em diversos contextos.

O quarto capítulo descreve o percurso metodológico utilizado no estudo, realizado de forma qualitativa, especificando o tipo de estudo, campo, sujeitos da pesquisa e a forma como os dados foram analisados, visando alcançar os objetivos propostos.

O quinto capítulo expõem os resultados da pesquisa e a discussão dos dados.

O sexto capítulo foi dedicado às considerações finais do estudo realizado.

## CAPÍTULO II

### CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE DE ADOLESCENTES

#### 2.1 A SAÚDE DE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*“Adolescência: sua marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos, inseridos nas mais diferentes culturas.”  
(Maria Ignez Saito)*

Em termos de recorte etário, diferente do ECA, a Organização Mundial de Saúde define adolescência como o período de vida compreendido entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias (WHO, 2009). Essa idade também é adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde.

No entendimento de Gondim (2015) tanto os conceitos, quanto a delimitação cronológica são importantes para a investigação epidemiológica, para elaboração de políticas públicas e para definição de programas e ações específicas para esse público.

Senna e Dessen (2015) afirmam que no tocante a pesquisa científica, devido às especificidades observadas durante a adolescência, esta pode ser dividida em inicial/precoce, intermediária e final/tardia, variando em função das idades de início e fim. O adolescente é, então, classificado em: “adolescente precoce”, abaixo dos 15 anos; “adolescente-jovem”, entre os 15 e os 19 anos; e “adulto-jovem”, dos 20 aos 24 anos (SMETANA, CAMPIONE-BARR e METZGER, 2006).

Ferreira et al (2007) aponta que numa perspectiva mais culturalista, a adolescência é vista como categoria sociocultural, construída historicamente. Segundo a autora, as dimensões biopsicológicas, cronológicas e sociais se configuram na expressão da complexidade da adolescência, que deve ser entendida, contemplando, não só os fenômenos biológicos universais, como também os contextos sociais, históricos, políticos e econômicos nos quais os adolescentes estão inseridos.

Para Riley et al (2016) os comportamentos de saúde são moldados por múltiplas forças sociais nos níveis pessoal, familiar, comunitário e nacional. Essas forças, também conhecidas como determinantes sociais da saúde, são definidos pela OMS

como “as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” e são as influências que resultam em iniquidades em saúde.

Portanto, as ações de saúde na APS devem, em especial, interferir nos modos e estilos de vida dos indivíduos, das famílias e das comunidades, contribuindo para a melhoria das condições gerais de saúde e cidadania e, dessa maneira, melhorando a vida de todos. Essa articulação com base na integralidade, exigindo investimentos que se desdobram em ações, deve envolver as mais diversas instituições sociais, governamentais ou não, em especial escolas, clubes, associações e outros. Essa visão, que é circular, histórica e interdisciplinar, estabelece que todas as ações políticas devem ser compartilhadas por todos os setores da sociedade, por meio da mobilização coletiva e do compromisso social, e mais, prescreve que a sua concretização deve se realizar à luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança introduzindo, no plano normativo, o valor intrínseco da criança e do adolescente como ser humano, a necessidade de especial respeito a sua condição de pessoa em desenvolvimento, o reconhecimento como sujeitos de direitos e sua prioridade absoluta nas políticas públicas (BRASIL, 2017).

Um grande marco na política pública de saúde no Brasil foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, que apontou os cuidados primários à saúde como parte integrante do sistema de saúde e principal estratégia para o alcance da assistência à saúde para todos os indivíduos (OMS, 1978).

De acordo com Giovanella (2008) a Conferência de Alma-Ata contribuiu para a adoção da atenção básica enquanto eixo reorientador das práticas no Sistema Único de Saúde, no Brasil.

O Ministério da Saúde brasileiro define a atenção básica como um “conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2009).

Iniciativas na Atenção Básica à Saúde devem incluir a melhoria de condições sanitárias no ambiente físico, e a atenção às necessidades nutricionais, biológicas, psicológicas e sociais em todas as etapas do desenvolvimento humano, dentro do ciclo da vida. A integralidade da atenção nos serviços de Atenção Básica a Saúde é

entendida como a integração das ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e enfermidades, de assistência e de controle de doenças, sempre pautada nos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL,2017).

De forma a operacionalizar a atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a posteriori o Programa da Saúde da Família (PSF), em 1994, que se propunha a trabalhar com base nos princípios da integralidade, hierarquização, territorialização, equipe multiprofissional e cadastramento de clientela (BRASIL, 1990; CASTRO e MACHADO, 2010).

Alguns estudos têm sugerido que o profissional de saúde que atua na atenção básica no seu campo de abrangência pode estar mais capacitado para apreensão do quadro de vulnerabilidades locais, inclusive compreender os processos de saúde-doença implicados na adolescência, possibilitando a ações coletivas pautadas na educação em saúde (FERRARI et al, 2008; PARIZ 2012).

Pariz (2012) aponta que a ESF tem se mostrado como o ponto de partida mais propício para redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde.

Assim como o município de Serra da Raiz na Paraíba, vários são os municípios brasileiros que dispõe na sua rede de saúde local, unicamente, a atenção primária à saúde, tendo capacidade de solucionar 80% dos problemas de saúde da população (OPAS, 1978; STARFIELD,2002). Porém, os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes por não serem reconhecidos em sua especificidade etária.

Os adolescentes são considerados uma população de grande relevância para as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (NASSER, FIORONI E AYRES, 2015). No entanto, por muito tempo, ficou demarcado como uma fase de transição, dificultando a implementação das ações dirigidas a esse grupo populacional de forma integral, pois o foco era baseado em programas verticais, levando em conta questões ligadas ao desenvolvimento biológico centrado na doença e abordando fatores de riscos devido a grande vulnerabilidade que os adolescentes são submetidos. Poucos estudos abordam a temática da adolescência do ponto de vista

da autonomia e do protagonismo. Sendo assim, é de grande relevância estudos que ampliem o que vem sendo proposto pela política normativa do Ministério da Saúde.

Um relatório realizado pelo UNICEF no ano de 2011 aponta que os adolescentes constituem-se um dos grupos mais sujeitos aos impactos das vulnerabilidades e riscos sociais, como a miséria, a violência, doenças sexualmente transmissíveis - DST, AIDS, uso abusivo de drogas, gravidez precoce, homicídio, bem como a privação da convivência familiar e comunitária. Assim, a percepção da integralidade das ações para a saúde dos adolescentes ainda carece ser discutida no âmbito do SUS, sendo essa uma das justificativas da importância de estudos voltados à referida faixa etária, visto que por muitas vezes o cuidado se limita a ações individuais, fragmentadas, o que favorece a lógica do focalismo e fomenta práticas pontuais acarretando na baixa resolutividade das ações voltadas a saúde de usuários pertencentes a esse ciclo de vida.

A OMS apontou que apoiar a saúde do adolescente é uma entre dez funções-chave do setor de saúde e também indicador de equidade e enfatizou o investimento na pesquisa em saúde do adolescente como uma prioridade (DAMARI et al, 2018).

Foi refletindo sobre essa realidade descrita associada ao que se tem percebido nas práticas dos serviços de saúde, na qual gestores e profissionais apresentam dificuldades em desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas aos adolescentes, que a profissional pesquisadora se interessou em abordar tal temática, buscando através desse estudo contribuir de forma significativa para meio social e acadêmico.

## **2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE DE ADOLESCENTES**

O presente tópico buscou refletir, a partir da leitura nos documentos oficiais publicados, sobre a condução que o Ministério da Saúde brasileiro vem propondo no que se refere à política pública de saúde do adolescente (Figura 1). A consulta e leitura dos documentos mencionados a seguir, contribuíram para construção dos instrumentos de levantamentos de dados sobre a saúde dos adolescentes que serão apresentados em capítulo posterior.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948, pela Assembleia Geral da Organização da ONU, representa um marco jurídico inicial para consolidação dos direitos civis e sociais da criança e do adolescente. O acordo internacional contribuiu para criação de marcos legais a esse segmento da população.

Cabe destacar que por algumas décadas, a adolescência, representava um grupo social sem visibilidade no campo das políticas públicas, ocupando apenas um subprograma dentro do Programa de Saúde Materno Infantil, no cenário nacional. Após a década de 70, passou a ser vista como problema social, sendo associada a vários comportamentos de risco, como sexo sem proteção, consumo de álcool e outras drogas e a exposição da violência. Entre a década de 1980 e 1990, legislações e diretrizes reiteraram a importância de um atendimento integral, através de políticas mais específicas destinadas a essa população, tendo destaque as ações de prevenção com educação em saúde e sexualidade (SAITO et al, 2015; BRASIL, 2017).

Observou-se que na década de 90, as ações propostas pelo Ministério da Saúde eram realizadas de forma verticalizada, com práticas centralizadoras que não favoreciam aos Estados e municípios a elaboração de políticas locais condizentes com as necessidades locais. Horta e Sena (2010) considera que apesar do aumento das políticas referentes à temática dos adolescentes no âmbito do Governo Federal, se tratava de projetos isolados não sinalizando na direção da consolidação de políticas e formas democráticas de gestão. Outra problemática apontada pelas autoras em um estudo de revisão se refere ao fato do termo adolescência aparecer em várias bases científicas como sinônimo de juventude.

É importante considerar, enquanto marco na construção da política pública de saúde do adolescente, que a Constituição Federal (1988) e as Leis Orgânicas da Saúde (1990) estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado. O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) representa um grande avanço ao declarar crianças e adolescentes como sujeito de direitos, provocando grandes mudanças no que se refere a gestão das políticas de atendimento voltadas para esse público.

Tido como programa pioneiro à saúde do adolescente, o Prosad, criado em 1989, foi implantado para meninas e meninos de 10 a 19 anos, com o objetivo de reorientar a atenção à saúde do adolescente, por meio da articulação entre atenção

básica e promoção da saúde, enquanto estratégia programática sob o eixo da integralidade dentro e fora dos serviços (BURSTYN e RIBEIRO, 2005; MACEDO, 2010; PARIZ, 2012).

Com base nas ações do Prosad, quatro anos depois, o Ministério da Saúde publicou as Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente que foram apresentadas em 3 volumes divididos pelas seguintes temáticas: I - Diretrizes gerais para atendimento de adolescentes; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; distúrbios da puberdade e desenvolvimento psicológico do adolescente; II - Saúde mental e sexualidade na adolescência; III – Assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e problemas ginecológicos (BRASIL, 1996).

O programa brasileiro de saúde do caracteriza-se por um conjunto de ações desenvolvidas por centros de referência, com ênfase nas práticas educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde (BRASIL, 2008; RAPOSO, 2009).

Apesar das propostas de atenção a saúde do adolescente, o Prosad foi alvo de diversas críticas e dificuldades para sua implementação, pelo fato de suas diretrizes se mostrarem limitadas, incipientes e pontuais. Além disso, as ações eram tidas como desarticuladas. Outro ponto criticado foi o fato de transferir a responsabilidade das ações de promoção da saúde, centradas na prevenção de agravos, realizadas pelos adolescentes, chamados de multiplicadores de ações, quando nem mesmo são implementadas pelos profissionais (HORTA e SENA, 2010; TEIXEIRA et al, 2013).

Em 2005, o Ministério da Saúde pública o Marco Legal, que dentre os objetivos fornece elementos necessários para elaboração de políticas públicas de atendimento as necessidades de saúde dos (as) adolescentes (BRASIL, 2007).

O documento Marco Legal preconiza ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e redução da morbimortalidade. Tem-se como objetivo a integração da família, escola e comunidade no cuidado ao adolescente e jovens, dentro de uma visão biopsicossocial, onde a integralidade no atendimento é condição primordial na assistência ao adolescente. Além da promoção da saúde, tem-se como estratégia específica a participação dos usuários, adolescentes e jovens, na garantia do direito à liberdade assegurado pelo ECA, contribuindo para a construção da cidadania (BRASIL, 2006; PENSO, 2013).

Em 2006, o MS lança a versão preliminar do “Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”. Trata-se de um documento baseado em normativas que visam a implementação de ações voltadas a população adolescente, na perspectiva da atenção à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006).

Outro marco fundamental foi a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem (PNAISAJ), que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo considerada em sua implementação, as necessidades e singularidades desses grupos envolvendo inclusive o SUS.

No ano de 2007, o Ministério da Saúde apresenta o manual Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde, tendo como objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa, considerando fundamental o acesso as seguintes ações: acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes (BRASIL, 2007).

Tendo como base a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, o Ministério da Saúde lança, em 2010, as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, trazendo três eixos fundamentais para viabilizar a atenção integral à atenção integral à saúde de adolescentes: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e; atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas.

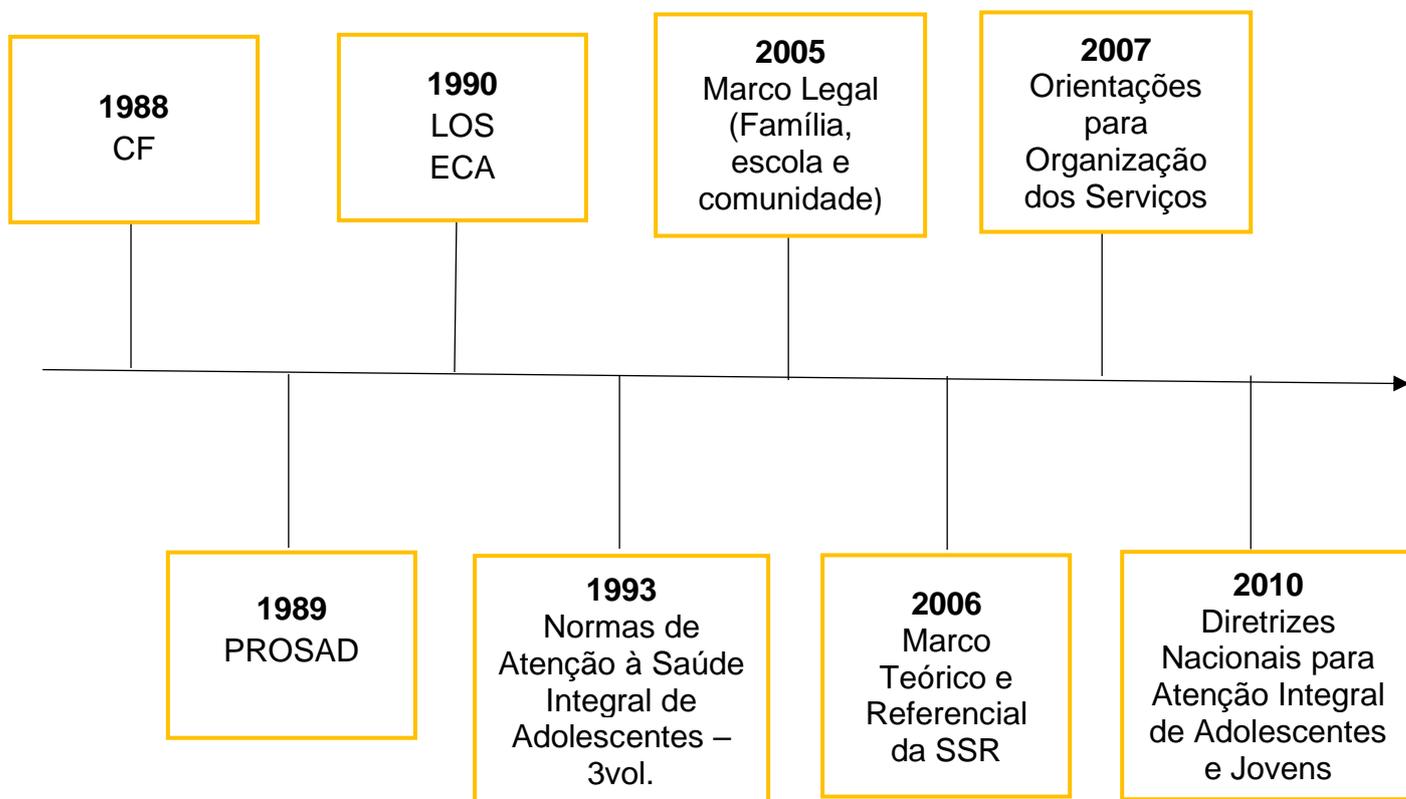
O documento aborda de forma sistêmica as necessidades do público adolescente e instrumentaliza gestores e profissionais de saúde para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010).

A publicação das diretrizes aponta ainda para as características do processo de trabalho das equipes de saúde da família, sendo fundamentais na atenção integral à saúde dos adolescentes. Dentre as características, destaca-se: a prática do cuidado

familiar ampliado, atividades de educação em saúde realizadas por meio de grupos, estabelecimento de parcerias intersetoriais, valorização da participação e o desenvolvimento da autonomia desse grupo populacional, tendo em vista que “produzir saúde com adolescentes é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos” (BRASIL, 2010).

Apesar dos avanços nos últimos anos nas políticas públicas de atenção à saúde, promoção e proteção dos direitos dos adolescentes em nosso país, ainda se observa uma baixa resolutividade no tocante a saúde dos adolescentes na atenção básica, que segundo Marques (2010) é refletida pela condução dos programas ministeriais que na maioria das vezes são pensados de maneira vertical, a nível de técnicos e gestores, resultando no baixo impacto desses programas.

Figura 1: Linha do tempo – Política Pública de Saúde do Adolescente (Serra da Raiz/PB, 2019)



### **CAPITULO III**

#### **QUALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES: ASPECTOS TEÓRICOS**

Com vistas a operacionalizar a construção deste marco teórico, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, referente à saúde do adolescente, considerando as experiências nos modelos supracitados. A revisão integrativa da literatura constitui uma metodologia que possibilita a síntese do conhecimento e a apropriação da utilidade dos achados de pesquisas relevantes para a prática. Este método é indicado, para revisão de teorias e de evidências, definição de conceitos e análise metodológica, no intuito de promover uma vasta compreensão do fenômeno estudado. Para tanto, deve-se realizar as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos selecionados, coleta dos dados e categorização dos estudos, análise e interpretação dos resultados, apresentação da revisão e síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Como fio condutor para a realização desta revisão, formulou-se a seguinte questão norteadora: o que a literatura técnico científica tem publicado em relação a qualidade do cuidado à saúde prestada aos adolescentes na atenção primária à saúde?

Para isso, foram analisados artigos originais publicados online no período de 2008 a 2018; envolvendo adolescentes (10 a 19 anos); escritos em português, espanhol ou inglês; que estivessem disponíveis na íntegra. Foram excluídos os artigos de revisão, de opinião, cartas ao editor; dissertação e teses; estudos duplicados, e aqueles que não subsidiaram um melhor entendimento do objeto de investigação.

A identificação dos estudos foi realizada nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scopus, Scielo e Web Of Science (WOS). Para tanto, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus respectivos correspondentes do Medical Subject Headings (MeSH): Saúde do adolescente (adolescent health); Atenção Primária à Saúde (primary health care); Política Pública de Saúde (public health policy); Qualidade da Assistência à Saúde

(quality of health care); Avaliação de Processos e Resultados (outcome and process assessment).

Tais termos foram aplicados isoladamente ou em conjunto, utilizando o operador booleano “and”. Após a busca na base de dados, utilizando os termos ora mencionados, foram identificados 567 estudos, dos quais, foram excluídos 449 por não atenderem aos critérios de inclusão. Posteriormente, procedeu-se à leitura criteriosa dos 118 artigos na íntegra, considerando-se a adequação e a consistência do conteúdo dos mesmos, no intuito de verificar a estrutura dos equipamentos, os processos que implica na oferta dos serviços de saúde ao adolescente e os resultados desse cuidado ofertado.

Considerando isso, a amostra final da literatura investigada foi constituída por 43 estudos (Figura 1).

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2019, utilizando-se o instrumento validado por Ursi (2005). As duas últimas etapas da revisão integrativa (análise e interpretação dos resultados, apresentação da revisão e síntese do conhecimento) serão apresentadas a seguir, de acordo com os achados sumarizados (Tabela 1). A análise dos dados foi feita por meio da análise categorial temática proposta por Bardin (2011) que é operacionalizada pelas etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos e interpretação destes.

No processo de análise dos dados foram delimitadas as unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), as quais foram agrupadas tematicamente em categorias pré-estabelecidas (estrutura, processo e resultado), utilizando como referência conceitual o clássico modelo sistêmico de Donabedian (1978) que considera esses elementos como foco de análise dos serviços de saúde e das práticas assistenciais, visando o alcance do objetivo desta revisão. Conforme os preceitos da técnica de análise escolhida, a categorização segue o princípio da exclusão mútua, da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2011).

Assim, na categoria temática I, denominada de Estrutura, buscou-se verificar nos estudos os recursos disponíveis, que podem ser classificados em humanos, materiais e financeiros, ressaltando o conhecimento de sua quantidade, especificidade e organização relacionado aos equipamentos de Atenção Primária à Saúde que prestam assistência à saúde do adolescente.

O componente “estrutura” abrange todos os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são prestados. Isso inclui os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como as características organizacionais, a exemplo da formação do pessoal e mecanismos de financiamento. A estrutura é muitas vezes fácil de observar e medir, podendo ser importante para complementar avaliações do processo e dos resultados (DONABEDIAN, 1980; PORTELA, 2000).

Na categoria II (Processos) foram contemplados estudos que diziam respeito aos procedimentos que os profissionais de saúde fazem para os indivíduos, usuários dos serviços, assim como a habilidade com que realizam as tarefas. Trata dos cuidados prestados, por meio de atividades e ações, utilizadas nos serviços de saúde para que os recursos passem a resultados. De acordo com Donabedian (1980) o componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida.

A terceira categoria Temática – Resultados incorporou estudos que dizem respeito aos indicadores e efeitos da atenção para o estado de saúde do usuário e da população, a exemplo da satisfação do usuário, que pode ser medida pela busca por cuidado e sua obtenção de forma episódica ou contínua, ou pelos níveis de saúde/doença, assim, incluem-se aqueles referentes à mortalidade, à morbidade, à incapacitação e ao desconforto. Também podem constituir-se em medida direta, ou indireta, das consequências do uso de intervenções em saúde. Em vista disso, o componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN, 1980; PORTELA, 2000).

É oportuno destacar que todas as unidades de análise identificadas na literatura e incorporadas às categorias temáticas originadas dos dados obtidos, serão discutidas, tanto neste capítulo da revisão, quanto no capítulo relativo a discussão.

Seguem a apresentação dos resultados e a discussão da revisão integrativa:

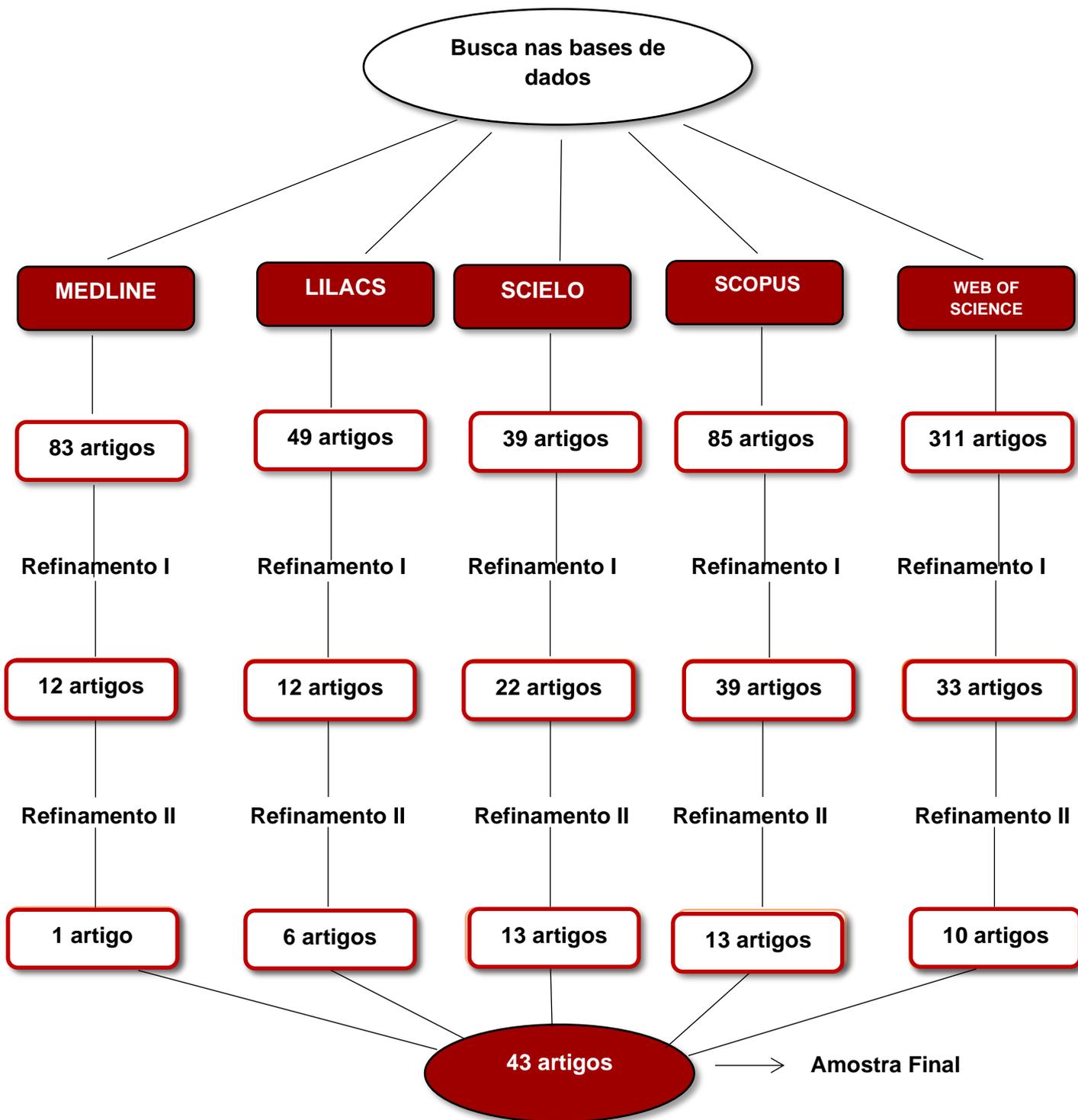


Figura 2: Representação esquemática da busca na base de dados  
 Fonte: A Autora (2020)

Quadro 1. Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa do presente estudo, organizados por ano de publicação.

Ano	Autor	Título	Periódico (País de Publicação)	Objetivo	Principais Resultados
2008	Ferrari et al	Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família	Interface – Comunicação, saúde, educação	Caracterizar as ações programáticas -pré-natal, preventivo do câncer uterino e planejamento familiar-, preventivas -gravidez, DST/aids e uso do preservativo-, e de intervenção aos adolescentes e analisar a percepção dos profissionais quanto às práticas de atenção a este grupo etário.	Os resultados demonstraram que os enfermeiros realizam as ações programáticas com maior frequência do que os médicos, estes por sua vez referem que seus atendimentos se esgotam na consulta. Ambos profissionais afirmam orientar a prevenção. Quase a totalidade dos enfermeiros e pouco mais de 50% dos médicos fazem ações de intervenção. Há consenso quanto à necessidade da implantação de um serviço sistematizado, capacitar para todos os profissionais, reestruturação dos recursos materiais e humanos e maior integração.
2008	Bursztyn	Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil	Caderno de Saúde Pública	Realizar a análise da implantação do projeto de atenção ao homem jovem com vistas a identificar os fatores que facilitam ou opõem obstáculos à mudança e ao seu efetivo desenvolvimento.	Observou-se que o resultado do projeto variou entre as unidades avaliadas, apesar do bom nível de sensibilização dos profissionais, bem como a excessiva centralização e falta de flexibilidade relacionados com a menor capacidade de incorporação de novas práticas. Identificou ainda a participação dos adolescentes como elemento chave, em especial no Prosad, tendo entre seus objetivos, o de estimular o protagonismo juvenil.

2009	Silva e Reis	Saúde e adolescentes: possibilidades de violência simbólica	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	Buscou analisar o tipo de relação que as unidades de saúde estabelecem com os adolescentes no município de Fortaleza-CE, a partir de pressupostos da Teoria da Violência Simbólica de Bourdieu.	Os resultados mostraram que há uma descrença na implantação de políticas públicas para a saúde na adolescência e que a sustentabilidade de programas e projetos fica fragilizada pela ausência dessa estrutura de apoio às ações no cuidado aos adolescentes.
2010	Horta e Sena	Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão	PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva	Analisar a abordagem e a concepção de adolescente e jovem presentes nos documentos oficiais de saúde publicados pelo Ministério da Saúde, bem como a organização da atenção à saúde proposta para esses sujeitos.	Como resultado do estudo, foi possível identificar que a abordagem do setor saúde centra-se no conceito de adolescência, numa perspectiva de risco, em que nas publicações oficiais de saúde, os adolescentes e jovens permanecem à margem da atenção à saúde com propostas de ações simplistas e reducionistas.
2011	Ryan et al	Understanding adolescent and young adult use of family physician services: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey	Family Practice BMC	Analisar os cuidados nos serviços de atenção primária à saúde, tendo como base três questões relacionadas à utilização desses serviços por adolescentes e jovens: a desigualdade no acesso aos serviços; o estágio de desenvolvimento da adolescência; e a distinção entre a utilização X intensidade no que se refere ao uso do serviço de saúde primária.	O estudo identificou um maior acesso de adolescentes do sexo feminino nos serviços de saúde; na grande maioria a procura se dava por usuários com doenças crônicas.
2012	Ayres et al	Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde	Interface – Comunicação, saúde, educação	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.	Apesar de reconhecer as necessidades das especificidades de atenção à saúde desse grupo, verificou-se importantes limitações relacionadas à construção de projetos de cuidado capazes de integrar as diversas

					finalidades do trabalho no cotidiano da Unidade, com destaque para a insuficiência de interações profissionais e setoriais, e fragilidades na comunicação de profissionais entre si e de profissionais e usuários.
2012	Marques e Queiroz	Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço	Revista Gaúcha de Enfermagem	Analisar o cuidado ao adolescente na atenção básica sob a visão dos próprios sujeitos em relação às suas necessidades e a relação que mantém com o serviço com suporte na interação adolescente/ profissional.	Os adolescentes relataram insatisfação quanto ao cuidado recebido, desvelando a relação superficial com a equipe de saúde; O cuidado mostrou-se ainda com pontos críticos entre as necessidades apontadas e a efetivação de ações que permitam incluir os adolescentes como sujeitos de direitos que necessitam de atenção semelhante a outros segmentos populacionais.
2012	Costa et al	Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade	Escola Ana Nery – Revista de Enfermagem	Descrever ações dos gestores e dos enfermeiros com os adolescentes na atenção primária, baseadas nas perspectivas da integralidade.	Dentre os principais resultados observou-se a inexistência de ações promotoras de acolhimento para os adolescentes; os profissionais mostraram a necessidade de estabelecer estratégias para formação de vínculo com os adolescentes, bem como retrataram a resolutividade como ferramenta para a integralidade, enfocando a referência e contrarreferência como situação real da prática; a busca ativa sob responsabilidade dos ACS.
		A Atenção e o Cuidado à Gravidez na Adolescência nos		Analisar a questão da gravidez na adolescência, observando o modo	Os resultados apontaram dificuldades de comunicação entre cada uma das três

2012	Pariz et al	Âmbitos Familiar, Político e na Sociedade: uma revisão da literatura	Saúde e Sociedade	como família, política e sociedade têm cuidado dessas adolescentes.	esferas estudadas (familiar, político e sociedade). Além disso, os estudos têm sugerido estratégias de enfrentamento em relação a engravidar durante a adolescência, mas esses achados não têm sido traduzidos em ações ou projetos.
2012	Willams et al	Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago	Revista médica de Chile	Avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários adolescentes em dois centros de atenção primária à saúde no Chile.	Os resultados apontaram que os profissionais avaliados se sentem pouco capacitados para ofertar serviços de saúde ao adolescentes e por essa razão a assistência é curativista; verbalizam espaço limitado para ações, na qual as atividades são realizadas na grade maioria em feiras de saúde nas escolas; e tempo insuficiente para uma assistência integral. Já os usuários, durante avaliação de satisfação, relataram receber bom atendimento por parte da equipe e que o espaço era bem localizado e adequado ao atendimento.
2013	Penso et al	A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal.	Saúde e Sociedade	Discutir a relação entre saúde e escola na percepção dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal (DF).	A pesquisa constatou uma dificuldade de integração entre os profissionais das áreas de educação e saúde. Assim, verificou um distanciamento temporal entre os documentos oficialmente instituídos e a criação de uma cultura local entre gestores e profissionais que estão na execução.
				Descrever o processo de adaptação e	Concluiu que em relação a

2013	Gubert et al	Tradução e validação da escala Partner Communication Scale – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino	Revista Escola de Enfermagem - USP	validação da escala Partner Communication Scale-PCS com adolescentes do sexo feminino em Fortaleza, CE.	aplicabilidade da Escala, indica-se que a versão traduzida da PACS-VB pode ser aplicada no cenário da atenção primária à saúde, durante as consultas de enfermagem ao adolescente, diagnóstico prévio para atividades de educação em saúde, quanto em atividades comunitárias.
2013	Vasan et al	Baseline assessment of adult and adolescent primary care delivery in Rwanda: an opportunity for quality improvement	BMC Health Services Research	Descrever a qualidade da rotina de cuidados primários de saúde prestados aos adolescentes e adultos em um distrito rural de Ruanda, a fim de verificar a qualidade atual de tratamento, identificar as necessidades de melhoria e propor possíveis intervenções.	Foi identificado que a maioria dos usuários adolescentes era do sexo feminino, na qual as queixas principais mais comuns foram problemas femininos geniturinários (15,0%), tosse (14,2%), dor abdominal epigástrica (11,1%) e febre (9,7%). Identificou poucas ações de prevenção relacionada a uso do álcool e tabaco; o estudo também associou a má tomada de decisão dos profissionais a lacunas existentes na infraestrutura, recursos humanos e materiais.
2013	Reis et al	Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência	Revista Latino Americana de Enfermagem	Analisar as vulnerabilidades à saúde na adolescência, associadas às condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência, na perspectiva dos escolares.	Observou-se que um percentual elevado de adolescentes era beneficiado pelo Programa Bolsa Família; parte dos usuários já havia experimentado bebida alcoólica e tabaco, Identificaram-se 15% de relato de agressão e 26,7% de bullying. A maioria informou nunca/raramente conversar com os pais sobre as dificuldades cotidianas (64,5%) e 22% das adolescentes relataram insônia e/ou sentimento de solidão.
				Discutir modelos de cuidado de atenção primária, examinando as	Dentre os principais resultados, o estudo aponta para a

2014	Vasan et al	Integrated care as a means to improve primary care delivery for adults and adolescents in the developing world: a critical analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)	Medicine for Global Health (BMC Medicine)	fortalezas e fracassos do Gerenciamento Integrado de Doenças de Adolescentes e Adultos (IMAI), da OMS, destacando o potencial desse guia na melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde de cuidados primários em locais pobres.	necessidade da integralidade do cuidado visando o estabelecimento de um novo paradigma de prestação de cuidados primários, destacando o IMAI, desenvolvido pela OMS, como um exemplo de serviços de saúde ofertados num único espaço de forma abrangente e contínua aos adolescentes.
2014	Amorim et al	Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes	Saúde e Debate	Descrever as percepções e as práticas de Agentes Comunitários de Saúde em seu trabalho junto a adolescentes.	Verificou-se que uma das formas de atuação do ACS ocorre através de busca ativa, por meio das visitas domiciliares, na qual se realiza escuta, presta orientações e os encaminhamentos de adolescentes à unidade de saúde.
2014	Barbaro et al	Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde	Revista Latino Americana de Enfermagem	Avaliar a atenção pré-natal às adolescentes em unidades de saúde, segundo os atributos da Atenção Primária à Saúde.	Constatou-se que nas unidades participantes do estudo, o atributo acesso obteve escore $\leq 6,6$ ; os atributos longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados), coordenação (sistemas de informação) e integralidade obtiveram escores $\geq 6,6$ e escore essencial $\leq 6,6$ . Comparando-se as unidades básicas e as unidades de saúde da família, os escores estão igualmente distribuídos: acessibilidade: $\leq 6,6$ e os demais atributos com escores $\geq 6,6$ , no entanto, o escore essencial nas unidades básicas foi $\leq 6,6$ e nas unidades de saúde da família foi $\geq 6,6$ .
2014	Berra et al	Experiences with primary care associated to health, socio-demographics	Caderno de Saúde Pública	Avaliar a experiência do usuário com a atenção primária para crianças e adolescentes de acordo os dados de saúde,	O estudo identificou que melhorias em algumas funções da atenção primária à saúde poderiam

		and use of services in children and adolescents		características sociodemográficas e o uso de serviços de saúde.	reduzir o uso de serviços de urgência e iniquidade.
2015	Gondim et al	Accessibility of adolescents to sources of information on sexual and reproductive health	Journal of human growth and development	Identificar as fontes de informações utilizadas pelos adolescentes da escola pública sobre sexualidade e reprodução.	Os adolescentes participantes da pesquisa têm relativamente acesso a atividades educativas na área de saúde sexual e reprodutiva, sendo a escola o principal espaço citado por eles. Mencionaram os amigos como principal busca de informação sobre o assunto, seguido de familiares. Em relação a fonte de informação, a maior parte citou a televisão seguido de internet e livros e revistas.
2015	Machado et al	Uso de drogas psicotrópicas por adolescentes de escolas públicas	Cogitare Enfermagem	Identificar a associação entre características sociodemográficas e o uso de álcool e outras drogas por adolescentes de escolas públicas municipais.	A pesquisa mostrou um elevado número de adolescentes que referiram uso de drogas: analgésicos (43,9%), álcool (39,5%) e tabaco (9,7%). Achados desse estudo indicaram a necessidade da implementação de políticas voltadas à saúde integral dos adolescentes.
2015	Kekkonen et al	Psychosocial problems in adolescents associated with frequent health care use	Health Service Research – Family practice	Investigar adolescentes que procuram ajuda para problemas de saúde, e examinar se determinados fatores socioeconômicos ou psicológicos preveem a utilização cuidados de saúde primários frequentes.	O estudo identificou que a maioria dos usuários adolescentes que procuraram o serviço de APS eram do sexo feminino; maior número de consultas médicas com queixas de uso de álcool e outras demandas de saúde mental.
				Descrever as características	Dentre os principais resultados, verificou-se

2015	Otwombe et al.	Health-seeking behaviours by gender among adolescents in Soweto, South Africa	Global Health Action	sociodemográficas e comportamentos de busca de saúde de adolescentes em Soweto, África do Sul, a fim de ampliar a compreensão de suas necessidades de saúde.	que em relação aos homens, uma proporção significativamente maior de mulheres desejava serviços gerais de saúde (85% vs. 78%; p 0.0091), aconselhamento (82% vs. 70%; pB0.0001) e serviços de saúde reprodutiva (64% vs. 56%; p0,02).
2015	Nair et al	Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach	Journal of Adolescent Health	Apresentar os padrões globais da OMS para melhoria dos serviços de saúde para adolescentes e seu método de desenvolvimento.	O processo resultou no desenvolvimento de oito Padrões Globais e 79 critérios para medindo-os: (1) alfabetização em saúde de adolescentes; (2) apoio da comunidade; (3) pacote apropriado de serviços; (4) competências dos fornecedores; (5) características da instalação; (6) patrimônio e não discriminação; (7) melhoria de dados e qualidade; e (8) participação de adolescentes.
2015	Orueta et al	The origin of variation in primary care process and outcome indicators	Medicine	Descrever os principais processos e resultados dos indicadores de serviços de saúde primários, analisando a contribuição à variabilidade nestes indicadores de diferentes níveis: individual, profissional de saúde, centro de saúde e distrital de saúde. O estudo incluiu crianças e adolescentes, no período de 12 meses.	A variação nos indicadores foi atribuível a diferenças entre os pacientes, independentemente da participação do profissional de saúde, o centro, ou a organização de saúde, tanto em adolescentes até 13 anos (94,21% para visitas ao médico; 96,66% para referências; 98,57% para custos de prescrição; 90,02% para hospitalizações potencialmente evitáveis) e adolescentes acima de 14 anos (88,10%; 96,26%; 97,92%; e 93,77%,respectivamente).

2015	Puska et al	Monitoring and assessing the quality of care for youth: developing an audit tool using an expert consensus approach	International Journal Ment Health Systems	Relatar os estágios iniciais do desenvolvimento de uma ferramenta de auditoria clínica para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde primários à usuários de uma população indígena australiana com idades entre 12-24, incluindo serviços de saúde mental prestados na atenção primária.	A ferramenta de auditoria à saúde dos adolescentes mostrou-se eficaz para monitorar, avaliar e melhorar o caminho dos serviços de saúde primários que respondessem às necessidades dos adolescentes.
2015	Goicolea et al	Es posible una atención primaria amigable para las/los jóvenes en Espana?	Gaceta Sanitária	Discutir a implementação das políticas públicas de saúde dos adolescentes e jovens na Espanha	O estudo demonstrou que cerca de metade de todas as mortes na população entre 15 e 29 anos, são devidas a causas externas (principalmente acidentes de trânsito) e o suicídio constitui a terceira causa de morte neste grupo. 21,7% dos jovens faz uso de fumo e o consumo excessivo de álcool aumentou e 20% jovens declaram não ter informações de qualidade sobre saúde sexual.
2016	Santos et al	Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	Descrever a evolução das taxas das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças e adolescentes em Minas Gerais, testando a correlação com a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF).	As taxas de ICSAP mostraram declínio no período estudado. Em relação às faixas de 10 a 19 anos, as taxas apresentaram reduções de 18,5%. Não houve correlação significativa do declínio das taxas com aumento da cobertura da ESF. As principais causas de internação foram gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e asma.
2016	Hoopes et al	Knowledge and acceptability of longacting reversible contraception among adolescent women receiving	Journal of Primary Care e	Avaliar correlatos de conhecimento e aceitação de métodos contraceptivos reversíveis (LARC) entre mulheres adolescentes em um centro de saúde com	Nossas descobertas sugerem a necessidade de estratégias de aconselhamento e educação do LARC, particularmente para jovens

		schoolbased primary care services	Community Health	base na escola (SBHC). Os SBHCs oferecem serviços de cuidados primários abrangentes, incluindo a saúde sexual e reprodutiva confidenciais e serviços de saúde mental.	mulheres de diversas origens culturais e aquelas com menos experiência sexual.
2016	O'Brien et al	Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions	British Journal of General Practice	Compreender como os profissionais de cuidados primários gerenciam problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e quais barreiras relacionadas com a identificação, gestão e/ou de referência, enfrentam.	O estudo identificou barreiras a respeito da necessidade de fortalecer a capacidade de lidar com dificuldades comuns na atenção primária, dentre elas a necessidade de ferramentas de treinamento para auxiliar na identificação e gerenciamento e acesso mais eficiente a serviços especializados de referência.
2016	Riley et al	The adolescent "Expanded Medical Home": school-based health centers partner with a primary care clinic to improve population health and mitigate social determinants of health	Journal of the American Board of Family Medicine	Descrever a implementação de uma "casa médica expandida" em parceria com um equipamento de práticas de cuidados primários e com centros de saúde das escolas locais, a fim de avaliar se este modelo melhora o acesso e a qualidade do atendimento a usuários adolescentes.	Verificou que os centros de saúde com base na escola (SBHCs) são um ponto importante para o acesso aos cuidados de saúde por adolescentes vulneráveis e que os adolescentes que frequentam estes centros apresentaram maiores taxas de medidas preventivas e imunizações; melhorou os resultados no tratamento de doenças crônicas para a asma, obesidade e saúde mental.
2016	Van de Mortel et al	General practitioners as educators in adolescent health: a training evaluation	BMC Family Practice	Avaliar a eficácia de uma intervenção inovadora de treinamento em medicina a fim de apoiar o conhecimento, habilidade e confiança dos participantes em atividades de educação em saúde destinada aos adolescente em um ambiente escolar.	O estudo concluiu que o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades práticas de ensino apropriadas para a educação em saúde de adolescentes podem aprimorar o conhecimento e a confiança para se engajar na saúde do adolescente baseada

					na educação em saúde na comunidade.
2017	Harris et al	Research on Clinical Preventive Services for Adolescents and Young Adults: Where Are We and Where Do We Need to Go?	Journal of Adolescent Health	Identificar pesquisas que abordem estratégias que aumentam a prestação de serviços clínicos preventivos a adolescentes e jovens e as intervenções que influenciam o comportamento destes.	O estudo identificou que para otimizar as estratégias visando a melhoria da prestação de serviços preventivos devem incluir triagem de apoio à decisão e ferramentas, especialmente quando integrados em sistemas de registros médicos eletrônicos e apoiados por treinamento e feedback. Menciona ainda o uso da tecnologia emergente.
2017	Joia et al	Projeto SACI (Sonhar, Acordar, Contribuir e Integrar): formação para o trabalho de Educação em Saúde	Distúrbios da Comunicação (PUC - SP)	Apresentar o Projeto SACI (Sonhar, Acordar, Contribuir e Integrar), desde seu surgimento, como uma prática de Educação em Saúde de intervenção no cotidiano implicada com a reflexão crítica da realidade e com a emancipação de sujeitos. O projeto foi implementado por ACS's de uma UBS com o objetivo de promover Educação em Saúde com crianças e adolescentes de região com altos índices de vulnerabilidade social em São Paulo.	A implantação do projeto possibilitou práticas transformadoras no território.
2018	Silva Júnior et al	Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará	Trabalho, educação e saúde	Analisar os fatores associados à identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes no exercício da prática de médicos que atuam na atenção primária e a influência de sua formação para tal prática.	Os resultados indicaram que 53,1% dos participantes identificaram pelo menos um caso de maus-tratos contra criança e adolescente durante a prática profissional, e destes, 52,6% notificaram o caso. Tempo de formado, conhecimento da ficha de notificação e confiança nos órgãos de proteção estavam associados à

					identificação de maus-tratos. Os fatores para a notificação foram: presença da ficha de notificação na unidade e conhecimento de local para onde encaminhar as vítimas.
2017	Rapp et al	Integrated Primary Medical-Behavioral Health Care for Adolescent and Young Adult Depression: Predictors of Service Use in the Youth Partners in Care Trial	Journal of Pediatric Psychology	Avaliar os cuidados integrais de saúde no fornecimento de estratégias que visem a melhoria do acesso, através de cuidados primários, no tratamento de adolescentes que apresentam quadros depressivos.	A intervenção de cuidados integrados foi capaz de superar barreiras à assistência associada a uma relutância inicial para prosseguir o tratamento; também constatou que os cuidados de saúde médico-comportamental integrado melhoraram as taxas de atendimento dos adolescentes.
2017	Zieve et al	Adolescents Perspectives on Personalized E-Feedback in the Context of Health Risk Behavior Screening for Primary Care: Qualitative Study	Journal Of Medical Internet Research	Explorar as percepções de adolescentes sobre preferências para receber feedback personalizado para múltiplos comportamentos de risco à saúde e reforço para comportamentos de promoção da saúde a partir de uma ferramenta eletrônica sobre os cuidados primários saúde.	Percebeu-se que os participantes responderam positivamente à informação sobre as consequências de comportamentos, as orientações de saúde, dicas para a mudança de comportamento e reforço das escolhas saudáveis. A ferramenta eletrônica foi uma boa estratégia na comunicação entre os profissionais e os adolescentes.
2018	Machado et al	Indicators for teenager's oral health's surveillance	Ciência e Saúde Coletiva	Construir uma matriz de indicadores para apoiar a construção de um Sistema de Informação de Saúde Bucal de Adolescentes (SISBA).	O desenvolvimento dessa matriz de indicadores contribuiu como uma ferramenta de diagnóstico situacional para avaliar, planejar e gerenciar as ações de saúde para adolescentes.
2018	Silva et al	Diagnóstico de saúde: uma responsabilidade da enfermagem comunitária em Angola	Revista Brasileira de Enfermagem	Caracterizar a situação de saúde da população do bairro do Imbondeiro, setor C (Luanda). O estudo descreveu o diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes da referida área pesquisada.	Dentre os resultados relacionados a população adolescente, destacamos a situação patológica, sendo as infecções respiratório, verificada em 73,3%. No último ano 41% dos

					adolescentes diz ter utilizado os serviços de saúde, sendo que 51,2 % diz ter recorrido a consulta médica e 48,8% a consulta de enfermagem.
2018	Vaz et al	Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar a coordenação do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica e o ordenamento desses usuários na Rede de Atenção à Saúde.	Os resultados apresentados evidenciam que a Rede de Atenção à Saúde no município pesquisado apresenta lacunas importantes e requer maior articulação entre os profissionais dos serviços primários, ambulatoriais e hospitalares, bem como de profissionais capacitados para lidar com as condições crônicas de saúde da população infanto-juvenil.
2018	Obach et al	Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Descrever a visão dos adolescentes e equipe de cuidados à saúde, as formas em que adolescentes do sexo masculino estão relacionados aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, as transformações percebidas nesta área e as estratégias utilizadas pelos espaços amigáveis para abordagem dos adolescentes.	A maioria dos adolescentes do sexo masculino percebe serviços de saúde como distante e vêm principalmente em situações de emergência. Os espaços escolares foram percebidos como local de captação para adolescentes do sexo masculino.
2018	James et al	Assessment of adolescent and youth friendly services in primary healthcare facilities in two provinces in South Africa	BMC Health Services Research	Detalhar a avaliação de Abordagem do Adolescente e da Juventude DE Serviços Amigáveis – AYFS, em relação aos padrões definidos para informar iniciativas para fortalecimento desses serviços.	O estudo identificou que que todas as instalações que ofertavam serviços aos adolescentes tinham os componentes essenciais para a prestação de serviços - infra-estrutura básica, serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e medicamentos essenciais e equipamentos.
					As áreas de foco mais importantes da

2018	Damari et al	Analysis of Iranian Youth Health Policy: Necessity of Action-oriented Interventions	International Journal of Preventive Medicine	Analisar o estado de saúde dos jovens e adolescentes iranianos, identificando as lacunas existentes nos serviços e projetar intervenções orientadas para a ação.	a saúde de adolescentes foi identificada como sendo seu comportamento e estilo de vida. O estudo também apontou para necessidade da participação dos adolescentes.
2018	Campo et al	Integration of Pediatric Behavioral Health Services in Primary Care: Improving Access and Outcomes with Collaborative Care	La Revue Canadienne de Psychiatrie	Examinar as intervenções de cuidados colaborativos para integrar os serviços de saúde mental pediátricos na atenção primária, como forma de enfrentar barreiras à prestação de serviços de saúde mental, melhorar o acesso aos cuidados e melhorar os resultados de saúde.	A integração colaborativa de serviços de saúde comportamentais na atenção primária é um meio promissor de melhorar o acesso cuidados e resultados para crianças e adolescentes que lutam com problemas e distúrbios mentais.

Tabela 1 - caracterização dos estudos, segundo área e ano de publicação, base de dados e local de coleta de dados. (n = 43)

<b>Área de publicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Publicação na Área da Saúde*	23	53,4
Publicação na Área da Saúde Coletiva	17	39,6
Publicação em Saúde do Adolescente	3	7,0
<b>Idioma</b>		
Português	20	46,6
Inglês	19	44,1
Espanhol	4	9,3
<b>Base de dados</b>		
SCOPUS	13	30,3
SCIELO	13	30,3
WEB OF SCIENCE	10	23,2
LILACS	6	13,9
MEDLINE	1	2,3
<b>Cenário do estudo</b>		
Equipamentos da APS	29	67,4
Serviços de Saúde para Adolescentes	5	11,7
Escola	4	9,3
Domicílio	1	2,3
Não menciona local	4	9,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

\*Área da saúde: medicina (psiquiatria, pediatria, medicina da família), enfermagem, fonoaudiologia, psicologia.

Fonte: A autora (2019)

No que se refere as publicações na área da saúde prevaleceram periódicos de medicina (n=12; 52,1%), seguidos de enfermagem (n=8; 34,8%), psicologia (n=2; 8,7%) e fonoaudiologia (n=1; 4,4%). Quanto aos aspectos metodológicos dos estudos, a maioria possuía abordagem qualitativa (n=20; 46,5%), seguida da abordagem quantitativa (n=17; 39,6%), e quanti qualitativa (n=6; 13,9%).

No tocante ao país de publicação do estudo predominou o Brasil (n=22; 51,2%), seguido por Estados Unidos (n=7; 16,2%) e Reino Unido (n=5; 11,7%). Chile e Inglaterra contribuíram com dois (4,7%) estudos cada. E Canadá, Irã, Alemanha, Suécia e Espanha com um (2,3%) estudo em cada país.

Dentre os estudos publicados no Brasil (n=22), prevaleceram publicações no estado de São Paulo (n=10; 45,5%) e Rio de Janeiro (n=7; 31,8%). Distrito Federal publicou dois (9,2%) artigos sobre a temática e Rio Grande do Sul, Pernambuco e Paraná, contribuíram com uma (4,5%) publicação cada.

Apresentam-se agora os resultados com base nas três categorias temáticas estabelecidas, os quais se encontram sintetizados na figura 3.

### Qualidade do Cuidado à Saúde do Adolescente: Aspectos Teóricos

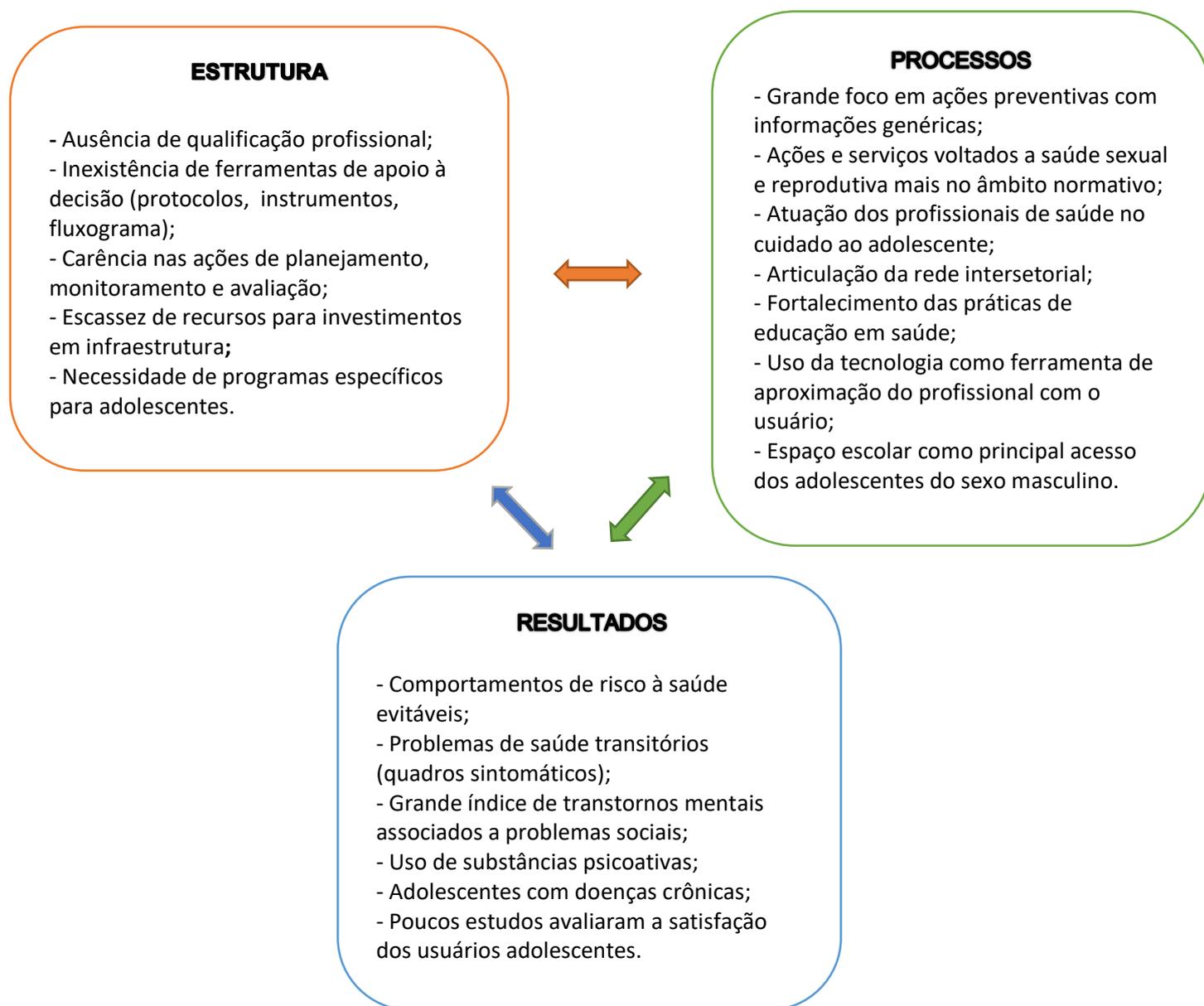


Figura 3 – Síntese da literatura analisada, elaborada pela pesquisadora, baseada em estrutura, processos e resultados.  
Fonte: A autora (2019).

- **Categoria temática I: Estrutura**

Considerando que a estrutura inclui todos os fatores que afetam contexto em que os cuidados são prestados, a exemplo da instalação física, equipamentos e recursos humanos, bem como as características organizacionais, como a formação do pessoal e métodos de pagamento, o que se observou a partir de achados na literatura é que muitos estudos apresentaram a capacitação dos profissionais, o planejamento das atividades, a inclusão de programas específicos e melhorias na infraestrutura como pontos importantes no que se refere a estrutura dos serviço de saúde ao adolescente na atenção primária à saúde.

Campo et al (2018) identificou em seu estudo sobre a melhoria do acesso e resultados na atenção primária à saúde que dentre as barreiras estruturais, a escassez e má distribuição de profissionais competentes e experientes é um dos grandes desafios na oferta dos serviços.

Um estudo chileno realizado por Williams et al (2012) em serviços de saúde pública para adolescentes, os autores apontaram a necessidade de institucionalizar o atendimento ao adolescente, para isso, consideram imprescindível investir recursos tanto na infraestrutura dos serviços, como treinamento para os profissionais.

Vasan et al (2013) também apontou lacunas na infraestrutura, recursos humanos, mas também em suprimentos como necessidades estruturais no atendimento a adolescentes da zona rural de Ruanda.

De acordo com os mesmos pesquisadores, outros fatores podem contribuir na melhoria da qualidade da atenção primária de adolescentes, a exemplo da adoção de protocolos específicos de doença ou condição para essa faixa etária, pois, segundo eles, há poucas ferramentas de apoio à decisão disponíveis.

Harriz et al (2017) ressalta a importância de sistemas aprimorados de monitoramento e mais pesquisas, garantindo que as intervenções sejam eficazes em todos os serviços de cuidados preventivos destinados aos adolescentes.

O planejamento adequado das ações foi mencionado por Pariz et al (2012), que citam em seu estudo a necessidade no preparo dos profissionais de saúde para tratar de temáticas relacionadas a saúde do adolescente.

Os programas específicos para adolescentes na unidade de saúde também devem ser priorizados, visto que na ausência destes, os profissionais procuram

atender essa população com os programas já existentes, com isso, há necessidade de revisão das intervenções que encontram a disposição das equipes para implantar programas específicos de atenção à saúde do adolescente, sendo necessário capacitar todos os profissionais, reestruturar os recursos materiais e humanos, inserir outros profissionais e integrar as ações com serviços, além do da saúde (FERRARI et al, 2008; PARIZ, 2012).

Williams et al (2012) destacou que o investimento na formação de recursos humanos, a ênfase no adequado cadastro e na qualidade da atenção, assim como maior cobertura e acessibilidade, parecem ser os aspectos mais relevantes para a melhoria do atendimento aos adolescentes nos centros de saúde estudados na Atenção Básica chilena.

- **Categoria temática II: Processos**

Os processos podem ser classificados como a soma de todas as ações que compõem saúde, estes incluem diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação do paciente. Segundo Donabedian (1980), a medição do processo é equivalente à medição da qualidade do atendimento, já que o processo contém todos os atos de entrega de cuidados profissionais, portanto, para as informações sobre o processo podem ser obtidos a partir de registros em prontuários, entrevistas com pacientes e profissionais, ou observações diretas de visitas de saúde.

Verificou-se que na literatura nacional e internacional são citadas ações destinadas ao adolescente nos serviços de saúde, que em sua grande maioria estão voltados a saúde sexual e reprodutiva. As ações em saúde para esse ciclo de vida, tinham como foco as ações preventivas, apesar de essas ações mostrarem ter pouca resolubilidade, como veremos a seguir.

Pesquisas indicam que a qualidade do desenvolvimento das ações de prevenção no serviço de atenção básica é tema de estudo entre vários pesquisadores, no entanto, os resultados não têm sido positivos, visto que ainda é crescente, entre os adolescentes, a menor idade da iniciação sexual, a gravidez, o aborto, as DST e a Aids (FERRARI et al, 2008; AYRES, 2012).

A baixa eficácia de muitas ações preventivas nos serviços de saúde se deve a erros já globalmente identificados em muitos países de terceiro mundo, referentes

às decisões sobre políticas públicas de prevenção que não têm levado em conta a cultura sexual, especialmente o contexto social e cultural em que as decisões sobre sexo são tomadas, não indo muito além das informações genéricas sobre gravidez, DST e Aids (PAIVA, 1994 *apud* FERRARI et al, 2008).

Ayres et al (2012) considera que as demandas no campo da sexualidade são apreendidas pelos profissionais segundo um modelo de cuidado no qual prevalece um olhar normativo e praticamente restrito à esfera reprodutiva. No entendimento dos profissionais, os adolescentes e jovens procuram a UBS com a intenção de evitar a “gravidez precoce” e prevenir as DST/Aids, sem uma discussão mais aprofundada sobre os sentidos, valores e significados da vivência da sexualidade e da reprodução.

Enquanto as ações de promoção e de prevenção continuam aquém do desejado, mesmo com as mudanças das políticas de saúde e das práticas profissionais nos serviços de atenção básica de saúde, alguns autores sugerem o uso consistente do preservativo entre os adolescentes, já que estes tem iniciado a vida sexual e sem proteção de forma precoce, com significativa relação entre a maior fecundidade e a baixa escolaridade e, conseqüentemente, reduz os índices da gravidez não planejada, das DST e da Aids, considerado um dos maiores desafios dos serviços de saúde não só no Brasil, mas também em todo o mundo (PAIVA, 2003 *apud* FERRARI et al, 2008; SIMÕES et al., 2003 *apud* FERRARI, 2008).

Estudos sobre a atuação do Agente Comunitário de Saúde em sua prática com adolescentes menciona o potencial que a busca ativa, através das visitas domiciliares, possuem ao realizar orientações tanto aos adolescentes, quanto a seus familiares sobre a contracepção e doenças sexualmente transmissíveis (PARIZ et al, 2012; COSTA et al, 2012).

Em relação a atuação do enfermeiro, Ferreira et al (2016) sinaliza algumas possibilidades como a identificação de adolescentes no território adscrito do serviço de APS, o acompanhamento, a busca ativa desta população, bem como a promoção da adesão ao tratamento e a comunicação com o serviço especializado, quando necessário. Tais ações buscam potencializar o acesso da população adolescente a Unidade Básica de Saúde, melhorar a integralidade e longitudinalidade no cuidado, sob a coordenação da APS.

Ferrari et al (2008) propõe que para desenvolver atividades num programa para adolescente, exige-se um enfoque mais amplo, não apenas nos aspectos técnico

e biológico, mas, também nos aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais, políticos, nos valores e comportamentos, porém, nem sempre os profissionais se sentem aptos para atuar nesta complexidade de saberes.

A Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo de assistência à saúde das populações e de mudanças das práticas profissionais, pode redirecionar as ações programáticas até então instituídas para o grupo de adolescentes, nas diferentes áreas de abrangência dos serviços de atenção básica de saúde (FERRARI et al, 2008).

Para que os serviços de saúde sejam benéficos, devem ser acessíveis, aceitáveis, equitativos, apropriados e eficazes. Pensando nisso, um estudo espanhol citou um Programa desenvolvido para a faixa etária de 15 a 24 anos, no qual chamou de "amigáveis aos jovens". São serviços de saúde que oferecem uma variedade de modelos: serviços diferenciados e especializados para a faixa etária mencionada, ações comunitárias, serviços de saúde dentro de instituições educacionais e serviços integrados dentro dos serviços de saúde (GOICOLEA et al, 2015).

Goicolea et al (2015) afirma que os serviços de saúde "amigáveis aos jovens" devem basear-se em políticas não restritivas, responder às necessidades dessas pessoas com confidencialidade e sem preconceitos, fortalecer a participação, promover o diálogo com a comunidade, articular com outros serviços e implementar atividades preventivas.

Assim como na Espanha, desde 2008 o Chile implementou um programa na atenção básica voltado a adolescentes. Os chamados "espaços amigáveis" são baseados em um modelo de promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase especial no atendimento a saúde sexual e reprodutiva, em diferentes momentos, com respeito à privacidade, atenção amigável e profissionais treinado (OBACH et al, 2018).

O estudo realizado por Obach et al (2018) nos "espaços amigáveis" chilenos inseridos em equipamentos da atenção primária à saúde, verificou que o maior número de usuários que frequentavam os serviços eram adolescentes do sexo feminino, que buscavam principalmente informações e/ou métodos contraceptivos. Quando os "espaços amigáveis" ofertavam serviços em outros espaços, a exemplo de escolas, o acesso por adolescentes do sexo masculino era maior.

Gondim et al (2015) ao realizar um estudo em Fortaleza/CE, verificou que a que 68,9% dos adolescentes já participaram de alguma atividade educativa sobre

saúde sexual e reprodutiva na escola e que 51,6% dos participantes citaram a escola como o principal espaço, o que indica uma acessibilidade relativamente elevada dos adolescentes a estas atividades educativas.

Willians et al (2012) identificou em seu estudo que as atividades em saúde de adolescentes eram realizadas principalmente em feiras de educação escolar.

Dada importância que a escola tem a fim de diminuir as barreiras de acesso e fortalecer a rede intersetorial, que é essencial para captação e manutenção dos adolescentes nos serviços, Goicolea et al (2015) considera que mesmo países com sistemas de saúde bem desenvolvidos não priorizam serviços de saúde para adolescentes e nem qualificam os profissionais que trabalham com esse público, embora pesquisas demonstrem que a implementação de serviços de saúde favoráveis aos adolescentes é uma intervenção que não requer grandes investimentos econômicos e que pode contribuir para melhorar a saúde desse grupo.

Harriz et al (2017) também discutem em seu estudo a relação dos sistemas de saúde com as escolas e instituições comunitárias, na qual consideram como uma estratégia para aumentar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde primário, através de ações que incluem visitas preventivas, imunizações, avaliações de saúde mental, com isso, busca reduzir os atendimentos em serviços de emergência e os comportamentos de alto risco.

Obach et al (2017) reforçam a ideia da atenção voltada para as necessidades dos adolescentes, sendo assim, sugerem algumas recomendações que, segundo eles, podem ser úteis para promover e fortalecer o acesso principalmente voltado a adolescentes do sexo masculino aos serviços de assistência em saúde sexual e reprodutiva, sendo elas: alcançar o público masculino por meio de uma linguagem e temas que os instiguem, como sexualidade, paternidade e saúde mental. Devem ainda aproximar os serviços de saúde aos contextos diários no qual este público específico está inserido, não se distanciando da articulação na rede intersetorial.

Quanto aos principais diagnósticos da adolescência encontrados na literatura faz-se referência a agravos físicos, psicossociais e emocionais, decorrentes das transformações que o público de 10 a 19 anos sofre. Tais desordens podem ser originadas pelas mudanças pubertárias e suas repercussões sobre o desenvolvimento psicológico (ZIEVE et al, 2017).

Segundo Vaz et al (2018), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, no Brasil, identificou que 9,73% das crianças/adolescentes de 5 a 13 anos e 11,0% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa etária tem doença crônica. Nos Estados Unidos, uma pesquisa realizada abrangendo a faixa etária entre 0 a 17 anos, mostrou que 13,44% têm uma condição crônica de saúde e 9,90% possuem duas ou mais doenças.

Um estudo iraniano realizado por Damaris et al (2018) observou um aumento do uso de tabaco e diminuição da idade de início, principalmente entre meninas. Para os autores o incentivo à comportamentos saudáveis, práticas de atividade física, prevenção a obesidade e ao consumo de álcool, devem compor a agenda de ações prioritárias voltada a faixa etária de 10 a 19 anos, além da educação em saúde sexual e reprodutiva.

Machado et al (2015) chama a atenção para educação em saúde, como meio de propiciar a promoção da saúde. É por meio de ações educativas que compreende-se a potencialidade educativa dos vários atos promovidos nas ações e nos serviços de saúde, envolvendo todos os trabalhadores da saúde como educadores, e estes, junto com a população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde. Portanto, a educação em saúde tem um papel importante na mudança de comportamentos e hábitos, principalmente em adolescentes que apresentam doenças crônicas.

Ferreira et al (2016) sugere que mesmo nos casos em que adolescentes com doenças crônicas necessitem ser encaminhados aos serviços especializados para atendimento das especificidades de sua condição de saúde, estes, devem frequentar os serviços de APS, para as demais demandas em saúde, a exemplo do acompanhamento de crescimento e de desenvolvimento delas.

Alguns estudos especificam ao menos uma consulta médica mensal com adolescentes, no qual são avaliados comportamentos de risco e realizada orientações sobre práticas saudáveis (HARRIZ et al, 2017; ZIEVE et al, 2017).

Como ferramentas de processos de trabalho, Harriz et al (2017) menciona em seu estudo o uso de tecnologias emergentes, como plataformas de jogos, aplicativos de telefonia móvel e outros dispositivos, como oportunidade para expandir o alcance dos serviços de saúde a população específica, como é o caso de adolescentes.

Berra et al (2014), com o objetivo de avaliar a experiência com atenção básica, investigando a associação entre a experiência e o estado de saúde, características sociodemográficas, uso de serviços de saúde e cobertura de saúde na população da Catalunha, com menos de 15 anos de idade, são realizados regularmente inquéritos de entrevistas de saúde para monitorar a saúde da população e os resultados das políticas sociais e de saúde na faixa etária mencionada.

Outra estratégia foi apresentada no estudo de Zieve et al (2017), na qual cita o uso de ferramentas de triagem eletrônica, que além de ter como benefício conduzir o processo de triagem durante o atendimento e gerar relatórios de informações, também é uma oportunidade de fornecer um feedback direto aos adolescentes, ajudando a motivá-los na mudança de comportamento.

- **Categoria temática III: Resultados**

Estudos apontaram que a maioria dos principais contribuintes para a morbidade e mortalidade do adolescente são comportamentos de risco à saúde evitáveis, como uso de substâncias, atividade sexual desprotegida e práticas inseguras de direção.

O estudo dos comportamentos promotores da saúde do adolescente é, portanto, de grande relevância especialmente porque os adolescentes estão em um período de transição dinâmico, ligando a infância à idade adulta. Essa transição é caracterizada por mudanças rápidas e inter-relacionadas nas relações corporais, mentais e sociais (KEKKONEN et al, 2015).

Kekkonen et al (2015) ao realizar um estudo com adolescentes finlandeses, constatou que durante a puberdade, os adolescentes saudáveis tornam-se mais vulneráveis a problemas de saúde transitórios. Para ele, sintomas somáticos, como dores de cabeça e dores musculoesqueléticas são frequentes. Alterações no humor, comportamento e queixas de saúde na adolescência são consideradas fortemente relacionadas às alterações puberais hormonais e à maturação corporal. Das preocupações com a saúde mais graves, as taxas de problemas de saúde mental, como depressão, transtorno do pânico, agorafobia e o uso de substâncias são comuns nessa faixa etária, bem como, o uso do álcool, tornando um agravante por estar associado a vários problemas de saúde e sociais.

Estudo realizado por Machado et al (2018) com adolescentes na região sul do Brasil identificou a maior frequência no uso de tabaco pelo sexo feminino, enquanto o consumo de álcool foi maior no sexo masculino. Portanto, o consumo de tabaco e álcool é comum entre os adolescentes, independente do sexo. Estudos alertam que entre os consumidores de álcool foi evidenciado o uso de drogas ilícitas, o que demonstra o fator predisponente que o álcool exerce na indução ao uso de substâncias psicoativas ilícitas.

Comportamentos frequentemente iniciados durante a adolescência, tais como uso de substâncias, comportamento sexual de alto risco e direção arriscada, contribuem para resultados de saúde ruins e morbidade durante a adolescência e a idade adulta, além disso, quase 20% dos adolescentes sofrem comprometimento devido a distúrbios comportamentais e de saúde mental (HARRIZ et al, 2017)

Vaz et al (2018) ressalta que no Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 9,73% das crianças/adolescentes de 5 a 13 anos e 11,0% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa etária tem doença crônica.

Embora se acredite que os adolescentes estejam no limiar da saúde, os padrões de comportamento do adolescente podem ser mutáveis e problemas de saúde associados podem incluir padrões irregulares de alimentação e sono, inatividade, maus hábitos alimentares uso de álcool e tabaco, questões de saúde reprodutiva, uso de drogas ilícitas, mortes de veículos automotores, homicídio e crimes violentos, gravidez não planejada, doença crônica e suicídio (NAIR et al, 2015).

Poucos estudos avaliaram a o grau de satisfação em relação a qualidade dos serviços de saúde ofertados, na visão dos usuários adolescentes.

Contudo, o estudo realizado por Willams et al (2012) na Espanha, confirmado pelos autores da pesquisa como o primeiro estudo de metodologia mista sobre o diagnóstico de serviços de saúde para adolescentes, identificou dentre vários aspectos, que na avaliação com os profissionais, foi citado a ausência de capacitação relacionada a política de saúde do adolescente e que por essa razão, na maioria das vezes a assistência prestada se baseava no modelo curativo. Além disso, relataram que o espaço era limitado para atendimento desses usuários, sendo, essa percepção diferente da visão dos usuários, que ao serem avaliados em relação a satisfação dos

serviços ofertados, os mesmos responderam que recebiam o bom atendimento da equipe e que consideravam o espaço adequado e bem localizado.

## **CAPITULO IV**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **4.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DE ANÁLISE DO ESTUDO**

Nesse estudo foi utilizado, como referencial teórico de análise dos dados, o modelo sistêmico de Donabedian (1991), como base nas categorias analíticas: estrutura, processo e resultado do estudo.

Em tal modelo metodológico da avaliação, Donabedian (1991) estabeleceu que em estrutura estariam os elementos que caracterizam a capacidade de oferta, tais quais, os recursos administrativos, financeiros, humanos, materiais. Segundo o autor, essas características estruturais dos equipamentos que ofertam a atenção em saúde pode influenciar o processo de atenção, contribuindo de forma positiva ou negativa na sua qualidade. Os processos se referem ao conjunto de procedimentos a serem adotados para se atingir os objetivos programados, enquanto que os resultados implicam no estado de alteração de uma determinada ação ou atividade (DONABEDIAN, 1991; MACEDO, 2013).

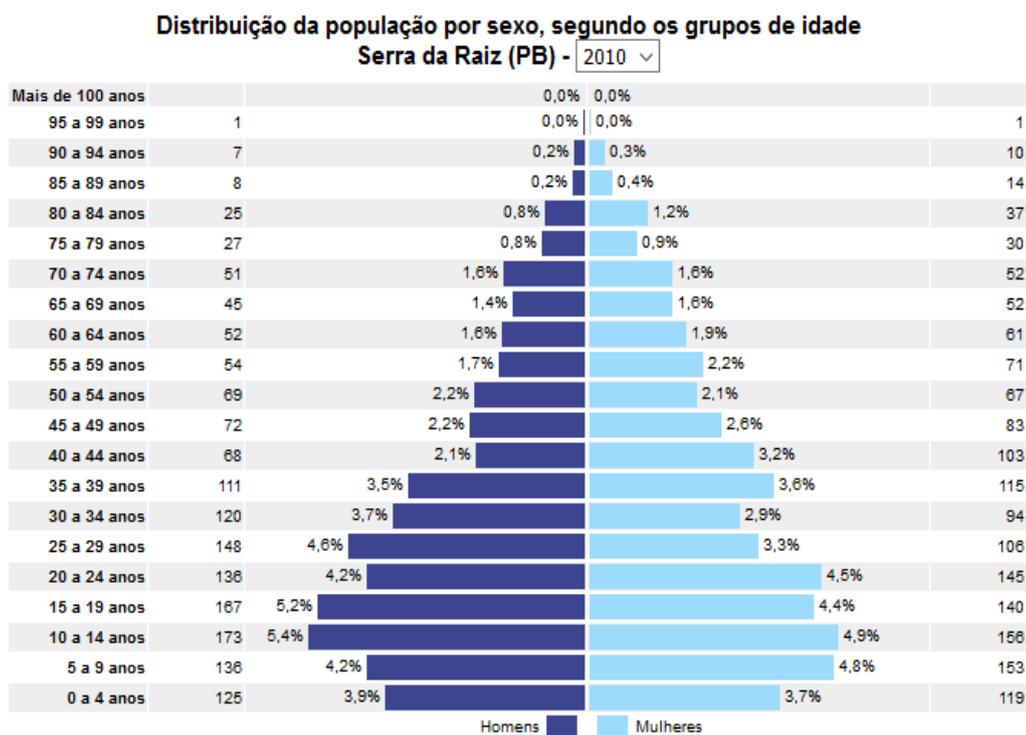
A tríade, descrita acima e abordada no capítulo III deste texto, foi inicialmente proposta por Donabedian (2005) para avaliar a qualidade do cuidado médico, sendo depois difundida como metodologia capaz de avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde. Sendo assim, optou-se por usar tal referencial, pelo fato do mesmo apresentar a proposta mais adequada para compreensão do presente estudo.

#### **4.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi realizado no Município de Serra da Raiz/PB, que fica localizado a 138 km da capital João Pessoa. Possui uma população estimada de 3.148 habitantes (IBGE,2019), sendo 636 na faixa etária entre 10 e 19 anos, o que corresponde aproximadamente a 20,1% da população. A área territorial é de 29.082 km, sendo 33% da população residente na zona rural e 67% da zona urbana. O IDH- índice de Desenvolvimento Humano é de 0,626, conforme o Atlas

(PNUD 2013). Possui uma área territorial de 29.082 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 110,17 km<sup>2</sup>.

Figura 4: Pirâmide Etária da População Adscrita



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Serra da Raiz/PB

O município está localizado no estado da Paraíba, pertence a Mesorregião do Agreste Paraibano e á Microrregião de Guarabira, está distante 138 quilômetros de João Pessoa, a capital do estado. Limita-se ao Norte com Caiçara, ao Sul com Sertãozinho, ao Leste com Belém e ao Oeste com Duas estradas e Lagoa de Dentro. Faz parte da II Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.

O clima é do tipo tropical semi-árido, com chuvas de verão. O período chuvoso se inicia em novembro com término em abril. A precipitação média anual é de 431,8mm.

Sua atividade econômica fundamenta-se no trabalho agrícola, com ênfase no cultivo de açúcar e outros ao funcionalismo público, pecuária e comércio em menor escala.

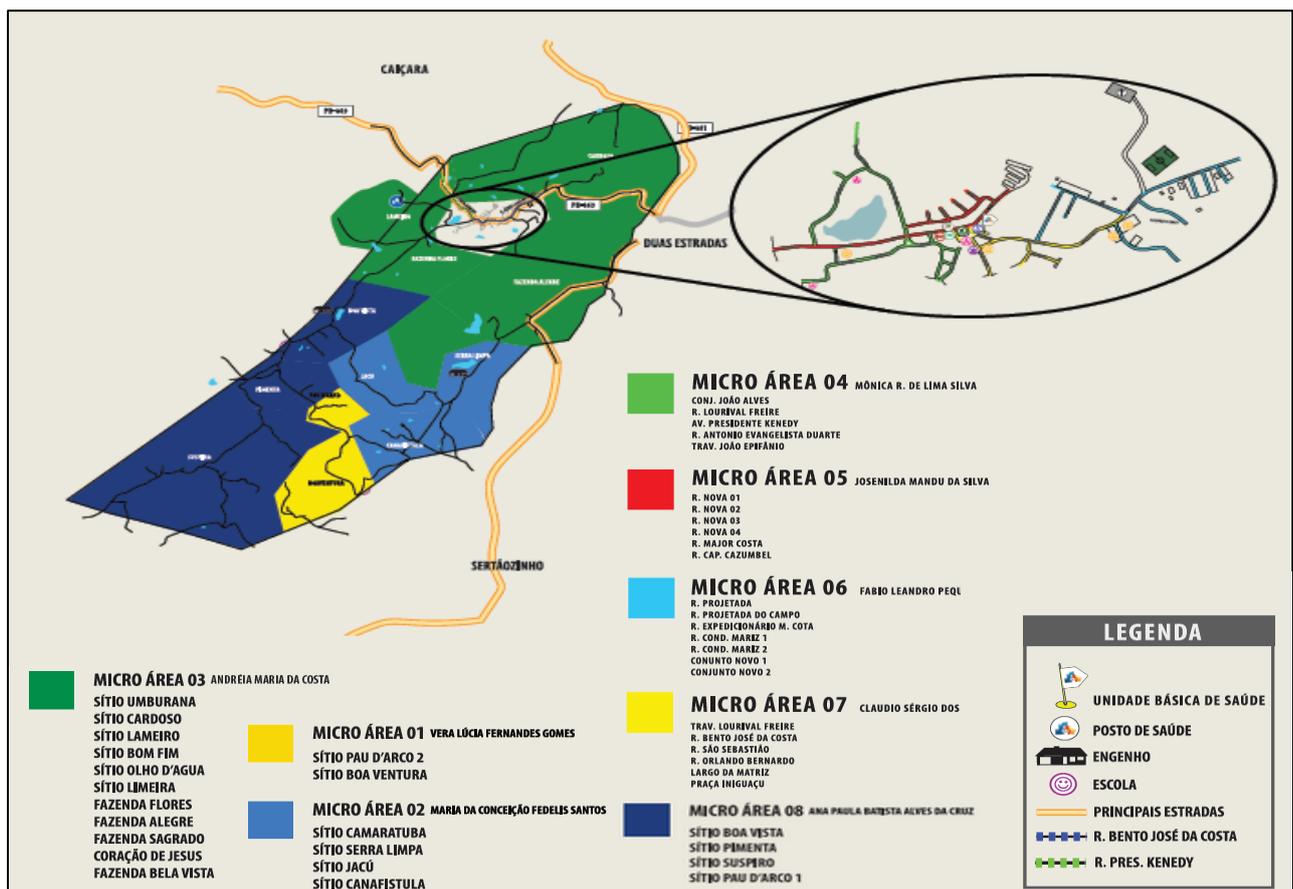
Em relação aos serviços de saúde, o município conta com 09 estabelecimentos de saúde, cadastrados no CNES. Todos os estabelecimentos

são públicos, inseridos na Atenção Básica do município. O território que se faz referência, possui 8 microáreas atendendo uma população de 905 famílias (Figura 4). Possui uma equipe de saúde bucal e duas equipes de Estratégia da Saúde da Família que são apoiadas por uma equipe NASF. Conta ainda com um equipamento de Academia da Saúde, um laboratório de análises clínicas e 03 postos âncoras. A rede de serviços de urgência e emergência e a rede psicossocial são referenciadas na cidade polo de Guarabira que fica a 17 km.

Além dos equipamentos de saúde, o território dispõe de equipamentos sociais, como: escolas, creche, igrejas, CRAS e ONG.

O recorte neste município se deu pelo fato da pesquisadora atuar no mesmo. Com isso, a presente pesquisa se deu nas duas áreas de cobertura das Equipes ESF's (I e II), sendo uma na zona urbana (Dr. José Weber de Melo Lula) e outra na zona rural (Maria Magalhães, no sítio suspiro). A escolha das unidades se deu pelo fato destas possuírem equipe de Estratégia de Saúde da Família e por apresentar ações e serviços voltadas a população pesquisada.

Figura 5: Mapeamento do território de abrangência do município de Serra da Raiz/PB.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (Serra da Raiz/PB,2019)

### **4.3 DESENHO DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Trata-se de estudo exploratório descritivo, do tipo documental e observacional, de cunho qualitativo.

A análise documental foi empregada no estudo como um procedimento que engloba identificação, verificação e apreciação de documentos que mantêm relação com o objeto investigado. Para Moreira (2009) a análise documental propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender fenômenos, interpretar fatos, sintetizar informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer inferências.

A pesquisa documental caracteriza-se como a fonte de coleta de dados que se restringe a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Os dados secundários, por sua vez, são informações adquiridas por meio de documentos impressos (estudos, boletim de produção, documentos oficiais etc.), manuscritos pessoais ou audio-visuais (MARCONI e LAKATOS, 2003; TANAKA e MELO, 2004).

Utilizou-se a consulta e análise de documentos físicos e eletrônicos, associadas à observação direta da estrutura e dos registros do processo de trabalho e Sistemas de Informação. Os indicadores da pesquisa foram selecionados a partir de revisão bibliográfica, bem como de documentos oficiais do MS.

Portanto, o primeiro momento da pesquisa, visando responder ao primeiro objetivo, caracterizada como documental, deu-se a partir de dados coletados com base em documentos produzidos pela gestão municipal, especificamente, o Plano Municipal de Saúde (vigência 2018 - 2021), a Programação Anual de Saúde - PAS de 2018, visto que a de 2019 não estava disponível no sistema de informação SARGSUS. Além disso, consultamos Planos de Ação e Projetos que contemplassem ações de saúde destinadas aos adolescentes, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

A consulta a esses documentos possibilitou buscar informações sobre o que a gestão de saúde do município tem planejado ou implantado no tocante a saúde do adolescente. Buscou-se especificamente identificar nos documentos citados quais as diretrizes, objetivos, metas, indicadores, previsão orçamentária

e ações de saúde do adolescente são previstas e executadas no município de Serra da Raiz, como mostra o quadro 2.

Visando responder ao segundo objetivo, realizou-se visita nas Unidades Básicas de Saúde em que atuam as duas equipes de Estratégia de Saúde da Família: Weber de Melo Lula, localizada no centro da cidade e a UBS Maria das Graças Magalhães Barbosa, situada na zona rural do Sítio Suspiro com o intuito de observar as estruturas e os registros dos processos de trabalho (roteiro de observação em apêndice 1). Buscou-se observar a estrutura física dos equipamentos, observando a existência ou não das instalações a seguir: consultório médico/enfermagem, consultório odontológico, sala multiprofissional, sala de administração e gerência, área de recepção com local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacina, sala de atividades coletivas/grupais, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de coleta, sala de curativos, copa/cozinha, sala de observação, sanitários.

Além disso, buscou-se verificar a existência de documentos que orientem sobre a política de saúde do adolescente existente no município. Se são realizadas atividades coletivas voltadas ao público adolescente. A existência de materiais de apoio (impressos) para a atenção ao adolescente, a exemplo da caderneta do adolescente, e outros, bem como se possui materiais de comunicação visual (educativos) nas dependências da Unidade de Saúde (Ex. Cartazes, Cartilhas, álbum seriado, outros), existência de equipamentos necessários para atendimento aos adolescentes (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança antropométrica, fita métrica, lanterna, espelho, outros), se possui insumos disponíveis ao atendimento aos adolescentes (exemplo: preservativos e outros métodos contraceptivos, fitas de Teste Imunológico de Gravidez (TIG), luvas descartáveis, swab para cultura, abaixadores de língua, outros) e se a Unidade de Saúde dispõe de um fluxo estabelecido para o atendimento a público adolescente.

De forma que respondesse ao terceiro objetivo, foram coletados dados disponíveis nas fontes primárias do município e secundárias nos sistemas de informação (ver instrumento de coleta em apêndice 2), possibilitando conhecimento da realidade a nível local. Tiveram-se como referência, os

relatórios de dados das fontes oficiais: E-SUS (CDS) e SISAB. Para esta etapa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (tipo roteiro), contendo variáveis que serviram de informações necessárias para levantamento de dados referente a análise de processos. Foi tido como base para coleta desses dados, o período compreendido entre os meses de maio de 2018 a maio de 2019.

No que se refere ao aspecto resultados, verificou-se aos dados de morbimortalidade disponíveis no DataSUS/TabNet (SIM; SIH) no ano de 2008 a 2018, de forma que possibilitasse a construção de uma série histórica, contendo as principais doenças e agravos na faixa etária de 10 a 19 anos.

Tiveram-se como referência os capítulos de Morbidade do SUS com base no CID-10:

- I Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- II Neoplasmas [tumores]
- III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
- IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- V Transtornos mentais e comportamentais
- VI Doenças do sistema nervoso
- VII Doenças do olho e anexos
- VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide
- IX Doenças do aparelho circulatório
- X Doenças do aparelho respiratório
- XI Doenças do aparelho digestivo
- XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo
- XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
- XIV Doenças do aparelho geniturinário
- XV Gravidez, parto e puerpério
- XVI Algumas afecções originadas no período perinatal
- XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
- XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
- XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
- XX Causas externas de morbidade e de mortalidade

Tanaka e Melo (2004) sugerem que, diante da complexidade envolvida nos fenômenos avaliados nos serviços de saúde, utilizar apenas instrumentos de caráter quantitativo é insuficiente para compreender a dimensão dos

elementos avaliados. Daí porque a abordagem qualitativa se mostra, segundo os autores, quase indispensável se o propósito for apreender aspectos do processo de trabalho não traduzidos em metas, escores e mensurações.

A abordagem qualitativa possibilita compreender aspectos subjetivos dos diferentes atores, bem como a dinâmica das ações (BRASIL, 2007). Este último aspecto reflete bem a natureza da presente pesquisa.

Em resumo, no componente estrutura verificou-se os elementos que compõe o desenho institucional, os recursos físicos, humanos e financeiros, a disponibilidade de materiais e insumos. Em processos identificaram-se as ações, serviços e os procedimentos oferecidos pelos profissionais de saúde aos usuários. Nos resultados avaliou-se as mudanças ocorridas no estado de saúde (ou no comportamento) dos usuários na faixa etária de 10 a 19 anos.

Donabedian (1978) reforça a utilização da observação direta e da revisão de registros para avaliar a qualidade do processo da atenção à saúde, o que, segundo o autor permitiria uma reconstrução mais aproximada do cenário pesquisado.

#### **4.4 ANÁLISE DE DADOS/INFORMAÇÕES**

Os dados coletados foram organizados com base na análise de conteúdo de Bardin. Os objetivos dos métodos da análise de conteúdo buscam “ultrapassar a incerteza”, questionando se o que é julgado pode ser partilhado por outros, além de procurar permitir uma leitura mais atenta, a fim de aumentar a compreensão do conteúdo analisado (BARDIN, 2011).

De forma a refletir sobre a análise da situação, realizou-se na etapa de pré análise uma leitura com base nos levantamentos de dados documentais e sobre a saúde do adolescente em nível local, articulando ao conhecimento adquirido no referencial bibliográfico, o que possibilitou comparar com outros estudos realizados. A leitura dos documentos e dos registros da observação constituíram o *Corpus* que “é o conjunto de documentos submetidos aos procedimentos analíticos (Bardin, 2009, p.90).

Na segunda etapa, o material selecionado foi agrupado em categorias temáticas pré- estabelecidas: estrutura, processos e resultados, de acordo com o Modelo de Qualidade (tríade) baseada na abordagem de Donabedian (2005), apontado por ele como uma possibilidade de analisar o serviço ou o programa em toda a sua dimensão através de “recortes” a serem avaliados.

Na terceira etapa foram realizadas inferências e interpretações, possibilitando correlacionar os resultados obtidos ao referencial teórico. Assim, procedeu a discussão de todo material organizado nas etapas anteriores.

Utilizou-se as ferramentas Excel e TABWIN para importar tabulações geradas de informações de saúde desenvolvidas pelo DataSUS/TABNET e na elaboração de tabelas e gráficos, auxiliando na interpretação e permitindo que os dados fossem apresentados de forma que facilitasse a compreensão dos mesmos.

#### **4.5 CONSIDERAÇÕES ETICAS**

Não foi necessária submissão da pesquisa a análise e a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa, por se tratar de um estudo que utilizou dados e informações de acesso e domínio público, como prevê a resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Bem como, pelo fato de a observação direta realizada ser da estrutura e dos registros do processo de trabalho.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados dessa pesquisa foram organizados em estruturas, processos e resultados, conforme a tríade de Donabedian (1980), que buscou obter informações a respeito da atenção à saúde de adolescentes.

Morosini e Matta (2009) descreve que a atenção à saúde expressa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É representada em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde.

O modelo de análise proposto por Donabedian, baseado na avaliação de estrutura, processo e resultado, é amplamente aceito e divulgado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde por contemplar sua lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos. Tal modelo parte do pressuposto de que boas condições de estrutura são pré-condições para um bom processo, que aumenta a probabilidade da ocorrência de desfechos (resultados) positivos (DONABEDIAN, 1997; MAIA et al, 2011).

#### **5.1 ESTRUTURA**

Para análise da estrutura dos serviços existentes no município ofertados aos adolescentes, tivemos como base os seguintes documentos orientadores: Saúde Integral de Adolescentes e Jovens - Orientações para a Organização de Serviços de Saúde (2007); Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010); Orientações Básicas de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde (2013); Política Nacional de Atenção Básica (2017).

A organização dos serviços tem como objetivo principal garantir o acesso de adolescentes e jovens a ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde. Para essa organização, devem ser levados em consideração a disponibilidade, a formação

e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, os insumos e o sistema de informação, adequando-os ao grau de complexidade da atenção a ser prestada (BRASIL, 2007).

Foi verificado que ambas unidades de saúde possuem: consultório médico e de enfermagem, sala de administração e gerência, área de recepção com local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacina, sala multiprofissional, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos, sala de inalação coletiva, sala de coleta, sala de curativos, sala de inalação coletiva, sala de coleta, sala de curativos, copa/cozinha, sala de observação e sanitários.

No que se refere ao consultório odontológico, as duas unidades possuem, porém, a profissional dentista da zona rural realiza os atendimentos à população desta área na zona urbana, onde os atendimentos são agendados em dias específicos, sendo o deslocamento dos usuários realizado através de transportes disponibilizados pela gestão do município.

Em relação a sala de atividades coletivas/grupais, apenas a unidade de saúde Maria Magalhães (zona rural) dispõe de sala multiprofissional específica para tal finalidade, sendo assim, poderia ser melhor aproveitada em ações grupais. Já a equipe da zona urbana, por não dispor de sala ampla em sua estrutura física, utiliza os espaços da academia de saúde ou das escolas para atividades coletivas com os adolescentes. Mais detalhes a respeito das atividades coletivas desenvolvidas pelas equipes serão discutidas nos resultados de “processos”.

De acordo com as orientações para organização dos serviços de saúde para adolescentes, é sugerido a criação ou adaptação de ambientes onde os adolescentes, de ambos os sexos, se sintam mais à vontade. Uma das possibilidades é destinar turnos específicos de atendimento, para que a sala de espera fique disponível para esse grupo. Esse ambiente deve ser acolhedor, agradável, sinalizado, limpo e ventilado. O ideal é que ele possa ser utilizado para diferentes atividades como integração com a equipe, atividades educativas, apresentação do serviço e poderá contar com vídeos, jogos, murais, painéis de mensagens, notícias, informações, música, cartazes, revistas, livros, entre outros. Desse modo, o tempo de espera será aproveitado para facilitar o acesso à informação e à realização de atividades saudáveis, prazerosas e construtivas.

Vale salientar que os consultórios de atendimento devem permitir a necessária privacidade. Na impossibilidade de haver local para atividade de grupo na unidade, pode-se estabelecer parcerias com outros equipamentos sociais na comunidade (BRASIL, 2007).

Sobre o acolhimento, Dos Santos e Ressel (2013) alega que em se tratando do acesso ao serviço de saúde, é fundamental que o adolescente busque o serviço e compreenda que o profissional da saúde é um mediador importante no cuidado à sua saúde. Pressupõe que a maneira com que este adolescente é recebido no serviço de saúde pode cativá-lo ou simplesmente afastá-lo imediatamente da busca pelo atendimento.

Quanto aos materiais de apoio, disponíveis de forma impressa, foi observado que a Unidade de Saúde Weber de Melo Lula não possui caderneta do adolescente, pois, a primeira remessa foi enviada pelo ministério da saúde e quando acabou não foi reproduzida pela gestão municipal. Já na Unidade de saúde Graça Magalhães, tem disponível apenas a caderneta de saúde na versão para meninos. No tocante aos materiais de comunicação visual (educativos), a unidade de saúde da zona urbana tem disponível cartazes que são expostos na unidade, o que não foi visto na unidade da zona rural.

Vale salientar que a disponibilidade de materiais impressos de atenção aos adolescentes é de suma importância, mas, a inexistência deles não deve ser motivo para não atendimento. No entanto, Marques (2009) ressalta que a presença de cartazes preventivos na sala de espera, muitas vezes considerada apenas como um adereço decorativo provoca um impacto na produção do cuidado deste adolescente, pois, enquanto aguarda o atendimento na sala de espera, aprende sobre prevenção de doenças.

A Caderneta de Saúde do Adolescente é considerado um instrumento de apoio aos profissionais no atendimento a essa população, favorecendo a atenção integral à saúde e valorizando o adolescente como sujeito de direitos. Além disso é um livro de orientações em que os adolescentes adquirem conhecimento sobre a faixa etária, pois, são abordados vários assuntos sobre desenvolvimento e crescimento, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva, calendário vacinal, dicas e sugestões sobre alimentação saudável, entre outras informações (BRASIL, 2013).

Quanto aos equipamentos necessários para atendimento aos adolescentes, averiguamos que ambas as unidades possuem: tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança antropométrica, fita métrica, lanterna, espelho e outro. Dispõem também dos seguintes insumos: preservativos e outros métodos contraceptivos, fitas de Teste Imunológico de Gravidez (TIG), luvas descartáveis, swab para cultura, abaixadores de língua.

O Ministério da Saúde esclarece que embora se entenda a necessidade de controle dos insumos dispensados, é fundamental que a burocracia não comprometa a qualidade do atendimento. Dessa forma, o acesso aos preservativos e aos testes de gravidez deve ser o mais abrangente e simples possível, favorecendo as ações de contracepção, prevenção das DST e acesso precoce ao pré-natal (BRASIL, 2007).

Sobre a existência de atividades coletivas realizadas para esse público, foi verificada a existência de grupos, procedimentos coletivos e exposição dialogada de diferentes temáticas, que serão mencionadas na discussão da análise de processos, mais na frente.

No tocante aos documentos que oriente a política de saúde do adolescente, o município possui o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. Além desses, e de forma mais específica, há um plano de ação contendo ações estratégicas pactuadas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) da adesão realizada para o ciclo 2017 – 2019 e o plano de ação do Plano de Saúde Sexual e Reprodutiva, conforme Edital do Ministério da Saúde através de chamamento público da Agenda: mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito, elaborado no ano de 2018.

A partir da consulta aos documentos mencionados acima que foram apresentados pelo município, buscou-se após leitura e análise identificar as especificidades voltadas aos adolescentes, a fim de verificar o que foi implantado e/ou implementado pela gestão municipal, como detalha o quadro abaixo:

Quadro 2: Situação da política de saúde do adolescente no município de Serra da Raiz/PB (Serra da Raiz, 2019)

<b>Plano/Programa/Projeto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ano</b>	<b>Situação</b>
Plano Municipal de Saúde de Serra da Raiz - PMRS	Favorecer a elaboração do planejamento e orçamento das ações e serviços da saúde, com estratégias direcionadas ao cumprimento dos preceitos do SUS no âmbito municipal.	2018 (Vigência 2018-2021)	As ações planejadas aos adolescentes não foram implementadas.
Programação Anual de Saúde - PAS	Operacionalizar as intenções expressas no Plano de Saúde e atualizar as metas do Plano de Saúde para prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.	2018	Parcialmente implementado
Programa Saúde na Escola – PSE	Contribuir para a formação integral dos escolares por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens, na rede	2017 (Vigência 2017-2019)	Parcialmente implementado

	municipal de ensino		
Plano de Ação do Plano de Saúde Sexual e Reprodutiva	Ampliar e fortalecer a atenção à saúde sexual e reprodutiva considerando a singularidade e diversidade dos usuários, incluindo adolescentes, no acesso aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos essencial na trajetória reprodutiva e sexual visando a promoção de saúde e redução de agravos.	2018	Planejado e não implementado

Fonte: SARG SUS/ SMSSR (2018/2019)

O Plano Municipal de Saúde de Serra da Raiz/PMSSR 2018-2021 busca organizar o Sistema Único de Saúde no município de forma que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida da população. O presente documento foi orientado por seis diretrizes com metas estabelecidas. As diretrizes são elas: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, ampliar o acesso da população a medicamentos, promover a formação, a educação permanente e qualificação dos trabalhadores, melhorar o padrão de gasto.

A primeira diretriz *“Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento*

das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada”, cita no objetivo 1 e no 4 ações que incluem a população adolescente e estabelece as metas para obtenção desses objetivos, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 3: Objetivos e metas da primeira diretriz do PMS de Serra da Raiz (Serra da Raiz, 2019)

<p><b>Objetivo 1:</b> “Implementar a Política de Atenção Básica no município na perspectiva da promoção, prevenção e cuidado integral nos ciclos da vida”.</p>	<p><b>Meta:</b> “Promover a atenção integral à saúde do adolescente com a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em 100% das Unidades Básicas de Saúde do município”</p>
<p><b>Objetivo 4:</b> “Implementar as ações da Estratégia de Saúde Bucal”</p>	<p><b>Meta:</b> “Promover o atendimento qualificado por ciclos de vida (crianças, mulher, adulto, idoso, pacientes portadores de necessidades especiais) incluindo os portadores de doenças crônicas”,</p>

Fonte: Plano Municipal de Saúde/Serra da Raiz: 2018-2021

Apesar de previsto no Plano Municipal de Saúde, ações e serviços voltadas a atenção integral à saúde de adolescentes, incluindo ações estratégicas de saúde bucal, observou-se que as equipes não priorizam atendimento a essa faixa etária nas UBS, nem especificam o atendimento voltado a esse ciclo de vida, como mostra a meta proposta para o objetivo 4.

A Programação Anual de Saúde (PAS) disponível para consulta no SARGSUS foi do ano de 2018, esta, se constitui como instrumento de gestão que evidencia a execução de estratégias para a qualificação dos serviços de saúde do município, através dos objetivos de eixos priorizados no Plano

Municipal de Saúde 2018-2021 e as ações a serem desenvolvidas para o alcance de metas, que irão nortear os compromissos para o ano vigente.

A Portaria nº 2.135/2013 define a Programação Anual de Saúde (PAS) como “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados”. Ainda de acordo com a Portaria supracitada, a PAS deve conter: a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Dentre as ações estratégicas na Atenção Básica, identificou-se na PAS a seguinte diretriz: “*Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada*”. Para alcance do objetivo estabelecido nessa diretriz, foi sugerido as seguintes metas, ações e indicadores:

Quadro 4: Metas, ações e indicadores da diretriz 1 do PMSSR (Serra da Raiz, 2019)

META	AÇÃO	INDICADOR
Aderir e realizar 80% das ações do Programa Saúde na Escola-PSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização das ações pactuadas nas Escolas e Alimentação do Sistema do ESUS;</li> <li>- Realização de campanhas educativas, implementando as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.</li> </ul>	Nº de ações pactuadas realizadas nas escolas públicas.

<p>Promover a atenção integral à saúde do adolescente com a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em 100% das Unidades Básicas de Saúde do município.</p>	<p>- Avaliação, planejamento e gestão de ações de saúde voltadas para tendência da gravidez das adolescentes;</p> <p>- Disponibilização de preservativos e contraceptivos para adolescentes ativos sexualmente.</p>	<p>Percentual de adolescentes acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família.</p>
--	---	---

Fonte: Programação Anual de Saúde/Serra da Raiz: 2018

As ações do Programa Saúde na Escola e do Plano de Saúde Sexual e Reprodutiva serão discutidas em “processos”, visto que se trata de práticas de serviços ofertados pelos profissionais aos usuários.

Outro documento importante que ainda não foi implantado na gestão municipal, trata-se do Plano de Educação Permanente que orienta das ações de formação e qualificação dos profissionais de saúde.

Investimentos na educação permanente dos profissionais dos serviços de saúde de forma que prestem assistência integral e de qualidade para os adolescentes, é imprescindível. Van de Mortel et al (2016) evidencia a eficácia do treinamento de profissionais de saúde na saúde do adolescente pois contribui na melhoria do conhecimento sobre questões relacionada a essa população específica, bem como auxilia na percepção de confiança no atendimento ao adolescente.

Ainda que o município não disponha do Plano de Municipal de Educação Permanente, como preconiza a Política Nacional de Educação Permanente, foi identificado um documento (Quadro 5) apresentado pela coordenação da atenção básica do município na qual, descrevia um levantamento de demandas que foi encaminhado a Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço (CIES) da primeira macrorregião de saúde do estado da PB. Ao analisar foi verificado que, dentre outras demandas, foram apontadas a necessidade de

formação permanente no tocante a saúde de adolescentes destinada aos profissionais da atenção básica.

Quadro 5 : Levantamento de demanda de EPS do município de Serra da Raiz\*  
(Serra da Raiz, 2019)

<b>Dificuldade</b>	<b>Necessidade de formação</b>	<b>Proposta metodológica</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Período</b>
Implantar a linha de cuidado que contemple a Saúde de Adolescentes	Saúde de Adolescentes	Utilizar a ferramenta de planejamento estratégico que de forma participativa seja construída uma agenda de ações voltadas aos adolescentes	26 profissionais que atuam na saúde do município (sendo 2 equipes ESF e 1 NASF)	Out. de 2018/ Março de 2019

Fonte: Instrumento de levantamento das demandas de EPS de Serra da Raiz.

\*Documento enviado a CIES da I Macrorregião de saúde da PB, no ano de 2018

Apesar de um período estimado para realização da formação, como mostra o quadro acima, verificou-se que até o final do primeiro semestre de 2019, não havia sido realizado nenhuma capacitação profissional que abordasse a temática da saúde dos adolescentes.

Assim como em nossa realidade, o estudo de Ferrari et al (2008) apontou a necessidade de formação/capacitação sobre a temática, visto que nos discursos dos médicos e enfermeiros há treinamentos periódicos, mas nenhum em adolescência.

Pariz et al (2012) ressalta que a capacitação da equipe torna-se indispensável para viabilizar o conhecimento da real situação de saúde dos adolescentes. Uma importante sugestão que tem surgido na literatura é a avaliação periódica que é factível de realização na rotina dos serviços de saúde para a constante reorientação das práticas a fim de atingir melhores resultados.

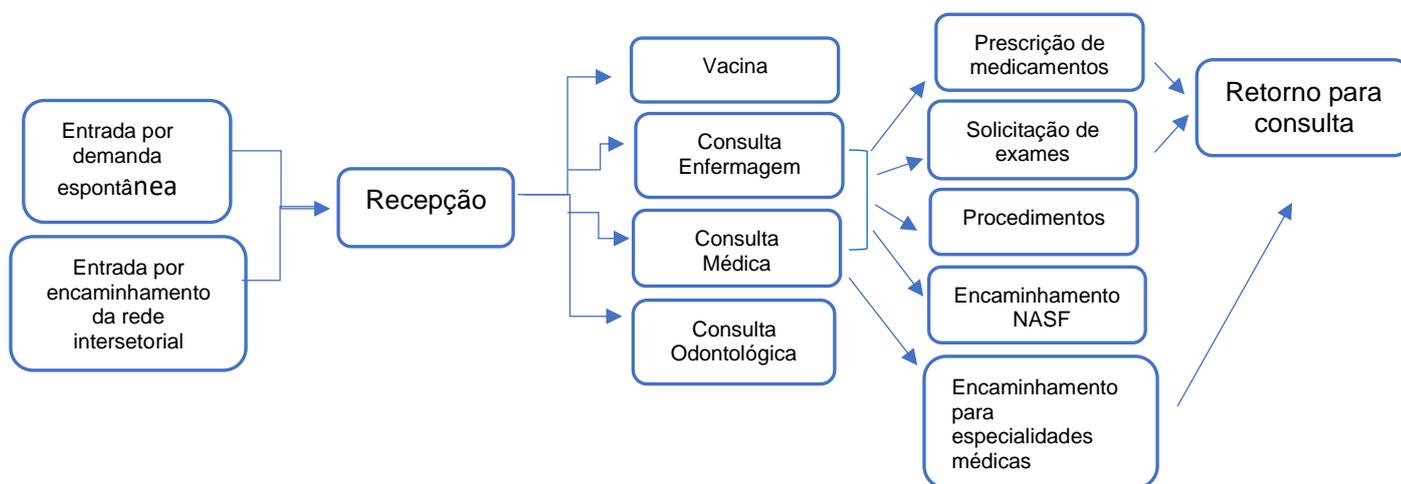
Profissionais da rede de atenção a saúde de Viçosa-MG, citaram a formação profissional e disponibilização de suporte bibliográfico por parte do Ministério da Saúde como alguns pontos críticos no que se refere a atenção ao adolescente. Com isso, enfatizaram a necessidade de capacitação objetivando a oferta de atendimento de qualidade aos usuários adolescentes, que por muitas vezes não é oferecido por despreparo dos profissionais, que não sabem o que

fazer com os adolescentes, como fora mencionado na presente pesquisa (HENRIQUES et al, 2010).

A implementação de práticas de educação na saúde, a exemplo da implantação de processos de integração ensino-serviço-comunidade, como instituído na Política de Educação Permanente, possibilita uma atuação profissional de forma que garanta a integralidade do cuidado, evitando a fragmentação das ações, melhorando a resolubilidade do sistema de saúde, preservando a segurança dos próprios trabalhadores, que devem ser qualificados tanto para escuta quanto na captação desses usuários (BRASIL, 2004).

Notou-se também que não há fluxograma definido que favoreça o atendimento aos adolescentes em nenhuma das unidades de saúde mencionadas, conseqüentemente o fluxo do atendimento a esses usuários segue o modelo tradicional biomédico, centrado em prescrição de medicamentos, solicitação de exames, procedimentos e em alguns casos é realizado encaminhamento para equipe NASF. A figura abaixo elaborada pela pesquisadora, esquematiza o fluxo do acesso do adolescente na UBS.

Figura 6: Fluxograma do acesso de adolescentes na UBS no município de Serra da Raiz (Serra da Raiz 2019)



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

atividades. A construção de um fluxo possibilita o acesso a todos os serviços que são ofertados pela unidade, baseado na atenção integral, equânime e universal. Logo, o ministério da saúde orienta que cada unidade de saúde defina o seu fluxograma de acordo com as instalações físicas, com os recursos humanos existentes e com os serviços oferecidos (BRASIL, 2007; MARQUES, 2009).

Outra fragilidade percebida diz respeito ao fato das equipes não dispor de ferramentas que possibilite um direcionamento melhor no acompanhamento desses adolescentes. Netto et al (2018) considera que a utilização de instrumentos pela equipe multiprofissional nos serviços de saúde contribui na prestação do cuidado, servindo como um recurso orientador para a atenção a saúde.

Percebeu-se que no tocante a esta categoria, a estrutura se mostrou frágil, sendo primordial uma revisão nos documentos existentes e a necessidade de adaptações e instalações adequadas em relação ao atendimento ao adolescente.

## **5.2. PROCESSOS**

Atualmente o número de adolescentes, de 10 a 19 anos, cadastrados na área é de 636 adolescentes, o que corresponde a 20,3% da população geral. Destes, 536 (84,3%) são da zona urbana e 100 (15,7%) na zona rural. Segundo dados do IBGE (2002), a grande maioria (84%) dos adolescentes brasileiros vive em áreas urbanas, enquanto que 16% vivem em áreas rurais.

De acordo com Amorim et al (2014), o desconhecimento sobre a quantidade de adolescentes na área de abrangência, por parte dos ACS's participantes de sua pesquisa, dificultou a qualidade da atenção a saúde dos usuários e no processo de decisão da gestão.

Do contrário, a quantidade de adolescentes informada a partir do cadastramento individual contribui para o acompanhamento desses usuários, bem como no planejamento de ações direcionadas a essa população, permitindo a construção de vínculos entre os profissionais e usuários. Por isso, é importante que os usuários identifiquem a fonte de atenção como principal referência na

busca de cuidados à saúde, buscando estabelecer uma relação entre este e um profissional ou a equipe, independente da presença de um problema de saúde (STARFIELD, 2002).

Constatou-se que foram realizados no período entre maio de 2018 a maio de 2019, um total de 1.525 atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, aos usuários adolescentes. Os atendimentos médicos contabilizaram grande parte (n=736; 48,3%), seguidos dos atendimentos odontológicos (n=480; 31,5%) e de enfermagem (n=309; 20,2%).

Observou-se que 68,1% (n=1040) de adolescentes atendidas nas Unidades de Saúde são do sexo feminino, enquanto 31,9% (n=485) correspondem a usuários do sexo masculino, como especifica a tabela a seguir:

Tabela 2: Quantidade de atendimentos realizados por tipo de atendimento profissional e sexo dos usuários

Tipo de Atendimento	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Enfermagem	56 (18,1%)	253 (81,9%)	309 (20,2%)
Médico	244 (33,2%)	492 (66,8%)	736 (48,3%)
Odontológico	185 (38,6%)	295 (61,4%)	480 (31,5%)
<b>Total</b>	<b>485 (31,9%)</b>	<b>1040 (68,1%)</b>	<b>1525 (100%)</b>

Fonte: E-SUS (Serra da Raiz, 2019)

As diretrizes da Programação Pactuada e Integrada (PPI) estabelecem o mínimo de uma consulta médica ao ano e duas consultas de enfermagem ao ano, para adolescentes e jovens (BRASIL, 2013).

Contudo, verificou-se que os estudos realizados demonstraram diferentes realidades quando se trata das consultas realizadas por profissionais aos adolescentes. Porém, assim como no presente estudo, grande parte indica um

maior número de consultas médicas, o que remete ao modelo hegemônico biomédico.

Um estudo angolano realizado por Silva et al (2018) constatou que 41% dos adolescentes afirmaram ter utilizado os serviços de saúde, com 51,2% alegando procurar atendimento médico e 48,8% com assistência de enfermagem.

Dentre os serviços de adolescentes identificados num estudo realizado em Fortaleza – CE, em sua grande maioria foi para consulta médica, vacinação, dentista e consulta de enfermagem. A busca por medicamentos também foi citada por adolescentes pesquisados quando se referiu ao cuidado prestado na atenção básica (MARQUES, 2010; MARQUES e QUEIROZ,2012).

Apesar da ênfase nas consultas de enfermagem quanto as práticas de atenção aos adolescentes indicar um maior número de ações programáticas, preventivas e de intervenção, vale salientar que tanto os enfermeiros quanto os médicos têm competência e habilidade para desenvolver ações programáticas, como planejamento familiar, pré natal e câncer ginecológico e as ações preventivas de DST/Aids e gravidez, dentre outros. Tais ações podem ser realizadas durante as consultas, em atividades grupais e em visitas domiciliares. A abordagem da prevenção primária durante as consultas é uma grande oportunidade para orientar os adolescentes sobre o uso do preservativo para evitar a gestação e doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo (COSTA NETO, 2000; FERRARI, 2008; PARIZ et al, 2012).

Vários estudos apontam um maior número de adolescentes do sexo feminino na procura por serviços de saúde. Na Angola o percentual de adolescentes do sexo feminino que foram atendidas nos serviços de saúde foi de 52,5%. Em Soweto, na África do Sul dos 830 adolescentes estudados, 57% eram do sexo feminino. Já na Filândia, o número de adolescentes do sexo feminino que realizaram consulta na Atenção Primária a Saúde foi de 70,6%, que corresponde a 560 dos 793 participantes da pesquisa. Esse último estudo identificou ainda que o uso frequente de meninas adolescentes nos serviços de atenção primária à saúde está relacionado à dificuldades psicossociais, ao passo que, em meninos, o uso frequente de serviços de saúde é menos comum e está relacionado à queixas somáticas. Uma pesquisa realizada no Chile em 2014, verificou que 98,3% de adolescentes de 15 a 19 anos que procuraram o serviço

público para receber algum método contraceptivo, era do sexo feminino (GOICOLEA et al, 2015; KEKKONEN et al, 2015; OTWOMBE et al, 2015; SILVA et al, 2018; OBACH et al, 2018).

Um dos fatores que justifica o grande número de adolescentes do sexo feminino se dá pelo fato da existência de programas que ofertam serviços de saúde sexual e reprodutiva, fazendo com que as adolescentes busquem nas unidades de saúde informações e métodos contraceptivos, com isso reforça o foco desses programas para o público feminino, ao mesmo tempo que cria barreiras para adolescentes do sexo masculino. Estudo realizado por Obach et al (2018) mostrou que no geral, as mulheres estão mais em contato com os serviços de saúde, seja como mãe de adolescentes ou companheira destes e, são elas que assumem o papel de informar o adolescente do sexo masculino a partir das informações recebidas na área de saúde sexual e reprodutiva.

Para Ayres et al (2012) as demandas no campo da sexualidade são apreendidas pelos profissionais segundo um modelo de cuidado no qual prevalece um olhar normativo e praticamente restrito à esfera reprodutiva. No entendimento dos profissionais, os adolescentes e jovens procuram a UBS com a intenção de evitar a “gravidez precoce” e prevenir as DST/Aids, sem uma discussão mais aprofundada sobre os sentidos, valores e significados da vivência da sexualidade e da reprodução.

Diante disso, é de extrema importância o desenvolvimento de atividades num programa para adolescente, que permita um olhar mais amplo sobre as necessidades de saúde, não apenas restringido a temas ligado ao controle da sexualidade (prevenção de gravidez na adolescência, distribuição de contraceptivos), mas, que reflita sobre os aspectos psicossociais, históricos, sociais, culturais e políticos, dispondo de estratégias que viabilize a inclusão de adolescentes do sexo masculino nos serviços de saúde.

Ainda segundo Ayres et al (2012), existe também um grande fluxo de adolescentes e jovens que procuram o serviço de saúde bucal oferecido na UBS, entretanto, a área de saúde bucal tem pouca articulação com os demais setores da Unidade de Saúde.

Uma pesquisa realizada em Iguatu, no Ceará, constatou que os adolescentes de ambos os sexos apresentaram interesse maior pelo atendimento odontológico. Apesar disso, os resultados da última pesquisa

nacional de saúde bucal - SB Brasil 2010 - indicaram que 18% dos adolescentes de 12 anos nunca foram ao dentista (AMORIM et al, 2014; MACHADO et al, 2018).

Além dos atendimentos individuais descritos até aqui, foram analisados os atendimentos grupais e demais atividades coletivas realizadas com adolescentes durante um período de 12 meses.

Constatou-se a realização de 63 atividades coletivas, específica para o público alvo de adolescentes (Tabela 3), durante o período de maio de 2018 a maio de 2019. Das 63 atividades coletivas executadas, 21 foram atividades em grupos realizados pela equipe da academia da saúde (33,3%), 27 atividades foram realizadas pela equipe NASF (42,9%), sendo 11 em grupo e 16 distribuídas em atividade de educação em saúde, de caráter não contínuo e avaliação/procedimento coletivo. A ESF I realizou 11 atividades coletivas (17,4%) e a ESF II desempenhou 4 (6,4%), ambas se constituíram em atividades de educação em saúde e avaliação/procedimento coletivo.

Tabela 3: Quantidade de atividades coletivas, por equipe de saúde.

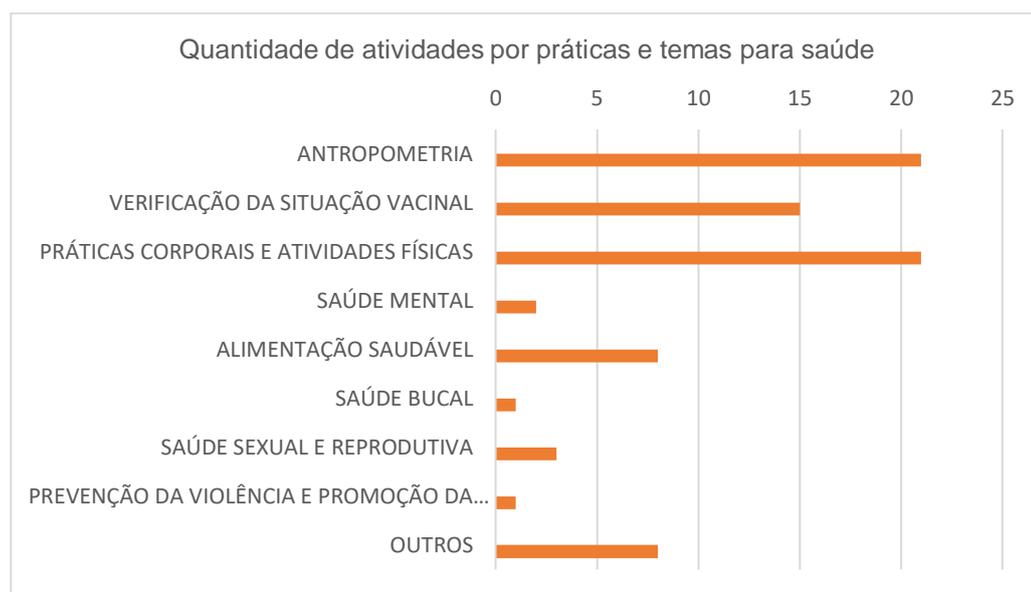
<b>Equipe</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
NASF	27	42,9%
ACADEMIA DE SAÚDE	21	33,3%
ESF I	11	17,4%
ESF II	04	6,4%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: E-SUS (Serra da Raiz, 2019)

Em relação aos temas e práticas em saúde, observamos que a equipe da academia da saúde realizou 21 atendimentos em grupo, tendo os adolescentes como público alvo específico, na qual realizou atividade física e práticas corporais, sendo em 2 das dessas atividades também realizou educação em saúde com o tema da saúde mental e alimentação saudável. A equipe NASF realizou 7 atividades em grupo, não especificando o tema para saúde, o que foi registrado como “outros” (Gráfico 1). A equipe realizou ainda 10 atividades de educação em saúde, com os seguintes temas: 01 atividade de saúde mental, 01

de prevenção a violência e promoção da cultura da paz, 03 atividades dentro da temática de saúde sexual e reprodutiva e 05 atividades referente a alimentação saudável, além disso executou 10 práticas em saúde: verificação vacinal e antropometria. As equipes ESF's I e II realizaram 04 atividades de educação em saúde dentro das temáticas: 01 de saúde bucal, 02 de alimentação saudável e 01 sem tema específico, registrada como "outros", também executaram 11 práticas de saúde: verificação vacinal e antropometria.

Gráfico 1: Quantidade de atividades por práticas e temas para saúde



Fonte: E-SUS (Serra da Raiz, 2019)

O Ministério da Saúde ressalta a importância das ações de educação em saúde como estratégias eficazes para estimular o debate sobre temas de interesse dos adolescentes, afirmando assim que o atendimento grupal constitui-se numa forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas, considerando as características de adolescentes e jovens de procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para suas ansiedades (BRASIL, 2005).

Na publicação que orienta a organização dos serviços de saúde integral para adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde comenta sobre a existência de diferentes tipos de grupos na qual exigem distintas habilidades dos profissionais de saúde, porém, de forma geral recomenda a realização de grupos

educativos. De acordo com o documento, as ações educativas devem ser organizadas a partir das necessidades identificadas pelo próprio grupo e dos indicadores epidemiológicos de cada área, estando em sintonia com o contexto histórico, político, econômico e sociocultural da região (BRASIL, 2007).

Apesar dessas orientações do documento norteador, na realidade analisada não foi encontrado registros de atividades de planejamento das ações grupais que fossem pactuadas entre profissionais e usuários do grupo, de forma participativa. Sendo assim, profissionais e equipes definem as ações que serão ofertadas aos usuários. Avalia-se que esta maneira não é a forma mais efetiva, pois carece do envolvimento dos usuários em um processo permanente de exercício da autonomia e corresponsabilidade.

Foi observado ainda que há pouca articulação entre as equipes no que se refere ao desenvolvimento das atividades, isso pôde ser percebido nos relatórios de fichas coletivas, na qual constavam diferentes práticas e temáticas de saúde abordadas de forma individual entre as equipes, o que contribui para fragmentação na realização das atividades educativas.

Um estudo realizado por Mota (2016) em Caucaia-CE, também identificou que a equipe ESF não possuía uma agenda comum compartilhada com os profissionais do NASF de forma que integrassem ações conjuntas que promovam a saúde de adolescentes.

Resultados parecidos também foi encontrado numa pesquisa realizada por Ayres et al (2012) que analisou o princípio da integralidade numa UBS. Observou-se a existência de pouca interação entre as atividades desenvolvidas pelas equipes na atenção à saúde do adolescente.

O princípio da integralidade é estratégico na APS, isso porque, por definição, é responsabilidade central dela a identificação, execução e articulação das ações de saúde que, transversal e longitudinalmente, devem ser desenvolvidas para responderem às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades (STARFIELD, 2002; AYRES et al, 2012).

Notou-se que em sua grande maioria, os temas e práticas de saúde que foram abordados pelas equipes se referiam as ações sugeridas pelo Programa Saúde na Escola, na qual o município possui adesão. No entanto, chamou-se a atenção pelo fato de dentre as temáticas apresentadas não ter aparecido algo relacionada ao “álcool e outras drogas”.

A avaliação antropométrica com os escolares foi uma das principais atividades realizadas. Em relação aos registros de avaliação antropométrica encontrados nos relatórios do E-SUS no período de maio de 2018 a maio de 2019, foram identificados 159 registros de usuários adolescentes avaliados. Pelo fato de as avaliações ocorrerem anualmente, optou-se por descrever aqui os dados referente ao ano de 2019, evitando-se assim duplicidade de informação.

Portanto, averiguou-se que no ano de 2019 foram registradas 137 avaliações antropométricas realizadas em adolescentes de 10 a 19 anos, sendo 58 (42,4%) do sexo masculino e 79 (57,6%) do sexo feminino. Em relação as alterações identificadas, constatou-se que 44,6% (n=61) dos usuários avaliados possuíam algum tipo de alteração, sendo 26 (42,6%) do sexo masculino e 35 (57,4%) do sexo feminino. A quantidade de usuários que não apresentaram alterações foi de 55,4% (n=76), sendo 42,1% (n=32) do sexo masculino e 57,9% (n=44) do sexo feminino (Tabela 4).

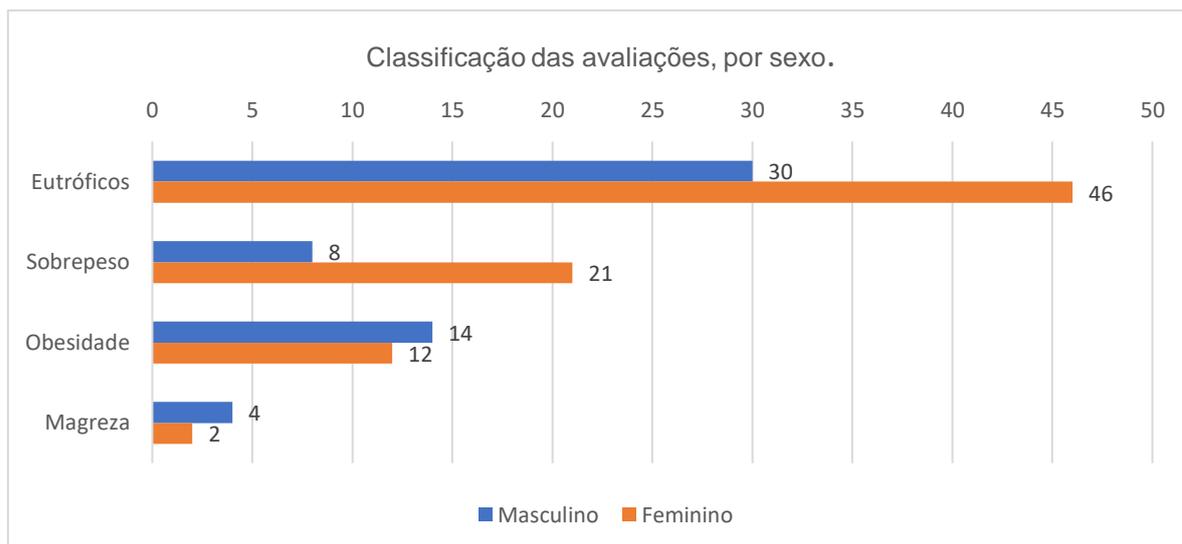
Nas avaliações que foram identificadas alterações, em relação ao sexo, houve diferença mais significativa nos indicadores de sobrepeso. Já em relação ao número de obesos e baixo peso, há pouca diferença entre adolescentes do sexo feminino e masculino, como mostra o gráfico 2.

Tabela 4: Classificação das avaliações antropométricas em adolescentes, por sexo.

Classificação da Avaliação	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Avaliação Com Alteração	26 (42,6)	35 (57,4)	61 (44,6)
Avaliação Sem Alteração	32 (42,1)	44 (57,9)	76 (55,4)
<b>Total</b>	<b>58 (42,4)</b>	<b>79 (57,6)</b>	<b>137(100,0)</b>

Fonte: E-SUS (Serra da Raiz, 2019)

Gráfico 2: Classificação das avaliações antropométricas em adolescentes, por sexo.



Fonte: E-SUS (Serra da Raiz, 2019)

A antropometria é um método importante na avaliação do estado nutricional e possibilita a detecção precoce de alterações no estado nutricional de indivíduos e coletividades. Em crianças e adolescentes o crescimento e o desenvolvimento são avaliados por meio de indicadores antropométricos como peso/idade, altura/idade, peso/altura e IMC/idade. A utilização desse método pelos profissionais de saúde tem sido bastante eficaz por se tratar de um método barato, não invasivo, universalmente aplicável e bastante útil para rastreamento da obesidade e outros agravos nutricionais (BRASIL, 2011; LOURENÇO et al, 2011).

A Organização Mundial de Saúde considera a antropometria como uma importante ferramenta de rastreamento para grupos, mas que não deve de ser utilizada para realização do diagnóstico final, principalmente para obesidade em clínica, sendo necessário, a avaliação longitudinal com dados sequenciais do paciente e a associação de outros métodos de diagnóstico nutricional (WHO, 1995)

Seguindo recomendações da OMS para a avaliação do perfil antropométrico nutricional de populações de adolescentes, o índice utilizado foi o índice de massa corporal (peso em kg dividido pelo quadrado da altura em metro) IMC-para-idade, expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado deste índice em relação a uma distribuição de referência (ONIS et al, 2007).

A antropometria permite monitorar a evolução das modificações do crescimento, além disto, é um indicador do estado nutricional e de risco para a saúde. Na adolescência, além do sexo e da idade, o estágio de maturação sexual também é um fator importante na interpretação dos dados antropométricos. O ideal é utilizar um indicador para o início do estirão puberal e um indicador para verificar o término da velocidade máxima de crescimento da altura e mudanças associadas. Para o sexo masculino considera-se como característica “voz de adulto” e “órgãos genitais externos no estágio 3 de desenvolvimento”, já para o sexo feminino, as características a serem consideradas são a menarca e “mamas no estágio 2 de desenvolvimento” (WHO, 1995; ALBANO e SOUZA, 2001).

Um estudo realizado em escolares da rede pública de ensino do estado de Goiás comprovou uma alta prevalência de excesso de peso em adolescentes de 14 a 19 anos. A alta prevalência de excesso de peso dessa população vem aumentando substancialmente 2,8 nas últimas três décadas, em um curto período de tempo, apresentando variações entre os diversos países nas tendências de excesso de peso, atingindo cerca de 20 a 25% de crianças e adolescentes na América Latina (NOLL et al, 2016; RIVERA et al, 2014).

Dados da pesquisa PENSE, identificou que a prevalência de baixo peso em escolares entre 13 e 17 anos, foi um pouco mais elevada em adolescentes do sexo masculino, enquanto o excesso de peso mostrou pouca variação entre os dois sexos e que a obesidade estava mais frequente em usuário do sexo masculino (IBGE, 2013).

No presente estudo, pelo fato de se tratar de um levantamento com base nos dados de sistemas de informação, não foi possível identificar, quais encaminhamentos foram realizados após avaliação.

No entanto, é oportuno mencionar um estudo realizado Squarcini et al (2014), sobre o uso da ficha de avaliação antropométrica pela equipe multidisciplinar do NASF. Foi sugerido, pelos autores, a partir de suas experiências que nos casos avaliados em que forem apresentados riscos associados, o primeiro encaminhamento seria a realização de uma consulta médica no NASF, que encaminharia o usuário para dois caminhos distintos: 1) encaminhamento para outro nível de atenção a depender do estado em que se encontra o usuário (atenção de média complexidade ou de alta complexidade).

A ideia é que nestes outros níveis de atenção sejam adotados indicadores antropométricos com maior fidedignidade para identificar os agravos à saúde. É nesta fase que estariam inseridos: dobras cutâneas, densitometria, absorptometria radiológica de dupla energia etc., a depender da disponibilidade do recurso na região. 2) encaminhamento para os demais profissionais do NASF (profissional de educação física, nutricionista, psicólogo etc.) para que fossem adotadas medidas de tratamento, caso da prática de atividade física regular monitorada pelo profissional de educação física. Além disso, também seriam propostas para este grupo as atividades voltadas para a educação em saúde e, ao término de um determinado período estabelecido pelos profissionais lá inseridos, seria realizada a reavaliação desses usuários.

Já para os casos de usuários que não apresentarem riscos associados seriam mantidas as atividades de Educação em Saúde, acrescentando-se atividades físicas regulares com o objetivo de promoção da saúde e prevenção das doenças, sem perder de vista o objetivo que consta nas Diretrizes do NASF, de proporcionar para a comunidade a oferta dos elementos da cultura corporal de movimento (BRASIL, 2010; SQUARCINI, 2014)

Outro indicador que merece atenção se refere aos casos de gravidez na adolescência, visto que uma das principais causas de internação por morbidade hospitalar nessa faixa etária é devido complicações durante o período gestacional, como veremos abaixo no tópico de resultados. Pelo fato da gravidez na adolescência implicar em vários fatores, a equipe da Estratégia de Saúde da Família tem um papel importante na captação precoce dessas gestantes.

Verificou-se que das 38 gestantes acompanhadas no município, 8 (18,5%) eram usuárias adolescentes e estavam realizando o pré natal. Destas, 4 eram da zona urbana e 3 da zona rural, e as idades variaram de 12 a 16 anos.

Barbaro et al (2014) afirma que a gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, pois o risco à saúde da mãe e da criança é real. Segundo ele, nem sempre o corpo da adolescente está preparado fisiologicamente para o desenvolvimento da gestação, portanto várias complicações podem surgir, além do biológico, como a maior vulnerabilidade relacionada à situação social, falta de informação e falta de competência emocional, que podem trazer agravos na condução do ciclo gravídico puerperal, no cuidado com o recém-nascido e no autocuidado materno.

Nesse mesmo entendimento, Pariz (2012) afirma que complicações obstétricas com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicológicos, sociais e econômicos contribuído para que a maternidade na adolescência seja considerada como um problema de saúde pública. Além disso, a ausência de programas de planejamento familiar adequados à demanda dos adolescentes nos serviços públicos de saúde também tem sido discutida como fator importante na etiologia da gestação adolescente.

Dentre as estratégias sugeridas pelo Ministério da Saúde, estão as ações voltadas educação sexual e o acesso aos métodos contraceptivos, no entanto, sabe-se que a criação de programas e projetos em saúde pública que sejam específicos para os adolescentes tem sua importância cada vez mais destacada, dadas as consequências sociais e econômicas da gravidez na adolescência e a maior intensidade dos prejuízos de uma atenção precária à gestação nessa fase da vida.

O presente estudo analisou ainda a cobertura vacinal, visto que os adolescentes estão entre os grupos prioritários para o Programa Nacional de Imunização (PNI), no Brasil, devido à alta suscetibilidade a algumas doenças preveníveis por meio da imunização e, principalmente, pela baixa cobertura vacinal apresentada por essa faixa etária. Diante disso, o Ministério da Saúde recomenda e disponibiliza a imunização dos adolescentes contra hepatite B (efetuadas em três doses), contra a difteria e tétano (uma dose a cada 10 anos), contra a febre amarela (duas doses), tríplice viral (duas doses) e contra o HPV para meninas entre 9 e 13 anos, e em 2017 foi ampliada para meninos entre 12 e 13 anos, sendo expandida até 2020 quando serão incluídos os de 9 a 13 anos (VIEGAS et al, 2019).

A tabela abaixo mostra a quantidade de adolescentes, por sexo, imunizados no período de maio de 2018 a maio de 2019:

Tabela 5: Distribuição de vacinas em adolescentes, por sexo.

Tipo de Vacina	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
HPV	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (36,4)
DT	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (30,3)
HEPATITE	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (33,3)
<b>Total</b>	<b>14 (42,4)</b>	<b>19 (57,6)</b>	<b>33 (100,0)</b>

Fonte: E-SUS (Serra da Raiz, 2019)

É preocupante a baixa cobertura vacinal contra hepatite B entre os adolescentes, principalmente na faixa etária de 15 a 18 anos, pelo fato da hepatite B ser um dos maiores problemas de saúde pública do mundo com 240 milhões de pessoas portadoras crônicas do vírus. A imunização dos adolescentes contra a hepatite B se faz necessária por serem considerados vulneráveis às doenças que podem ser sexualmente transmissíveis. Tendo em vista que nessa faixa etária está propícia a fatores de risco, como a multiplicidade de parceiros sexuais, uso irregular do preservativo, consumo de álcool e outras drogas. Ademais, há um sentimento de invulnerabilidade às doenças e uma maior exposição a riscos sem prever consequências (VIEGAS et al, 2019).

Além da baixa cobertura vacinal contra hepatite B, também foi identificado no estudo transversal realizado por Viegas et al (2019) com 605 adolescentes de escolas públicas municipais e estaduais de Divinópolis – MG, que a cobertura vacinal contra difteria e tétano (dT) estava baixa.

Em relação a vacina contra HPV, percebeu-se em nosso levantamento que a maioria de adolescentes que tomaram a vacina eram do sexo masculino, isso se justifica pelo fato de só recentemente a vacina ter sido ampliada para esse público.

Para Carvalho e Araújo (2010) as vacinas são consideradas como instrumentos de uma prática de alcance coletivo, pois entende-se que o ato de vacinar, em sua dimensão individual, resulta em proteção não só do indivíduo

vacinado contra determinadas doenças, mas também na proteção da coletividade, em que esse sujeito está inserido. Dessa forma, essa ação, mesmo quando realizada na rotina das unidades de saúde toma uma dimensão coletiva, visto estar sendo voltada a indivíduos inseridos em determinado contexto social e em uma realidade epidemiológica específica.

Uma das estratégias para aumentar a cobertura vacinal na população adolescente, seria viabilizar ações de educação em saúde, pois através da informação e orientações sobre a vacina, teríamos resultados mais eficazes.

Dentre os componentes do Programa Saúde na Escola estão o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes, sendo uma das ações previstas a situação vacinal. Portanto ações itinerantes podem contribuir para oferta de vacinas.

Além da verificação vacinal, a gestão municipal pactuou mais 11 ações na última adesão ao Programa Saúde na Escola no ano de 2017 com vigência de 24 meses. As 12 ações pactuadas foram: Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas; Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor; Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Identificou-se através de consulta que até maio de 2019, havia sido desenvolvida atividades referente aos seguintes eixos: Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Verificação da situação vacinal; Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil. Tais atividades foram realizadas na escola municipal João Nepomuceno e na escola estadual Miranda Burity, sendo estas as que possuem o maior número de escolares adolescentes.

Observou-se que a gestão de saúde municipal possui também um projeto específico de saúde sexual e reprodutiva, em parceria com o Ministério da Saúde

através do “Edital de Chamamento Público da Agenda: mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito”, implantado no ano de 2018.

O Plano de trabalho do projeto supracitado tem como finalidade ampliar e fortalecer a atenção à saúde sexual e reprodutiva considerando a singularidade e diversidade de alguns públicos prioritários, incluindo os adolescentes, no acesso aos seus direitos sexuais e direitos reprodutivos essencial na trajetória reprodutiva e sexual visando a promoção de saúde e redução de agravos.

Apesar de conter ações prioritárias voltadas aos público adolescente bem como atividades que visam qualificar a atuação dos profissionais nos serviços de atenção básica com esses usuários, até a data da presente pesquisa não havia sido realizado nenhuma intervenção.

Constatou-se ainda a existência de um projeto elaborado e executado pela equipe NASF, destinado a usuário adolescentes, na faixa etária de 12 a 16 anos, tendo como facilitadores a psicóloga e a nutricionista da equipe. Os usuários foram identificados pelo serviço e encaminhados para participação de atividades em grupo, no intuito de diminuir a demanda individual. Porém o grupo, que contava com a participação de 10 usuários, foi realizado durante três meses e não teve continuidade.

Sobre a descontinuidade nas ações voltadas aos adolescentes, Silva e Reis (2009) atribuem a não sustentabilidade dos projetos a muitas fragilidades, dentre elas: a falta de uma política pública que garanta a continuidade do programa/projeto independente de governos e gestões e a insegurança para trabalhar algumas questões, a exemplo da sexualidade.

No estudo de Ferrari et al (2008), o mesmo identificou que cerca de 97% dos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família de sua pesquisa referiram que, no serviço de atenção básica de saúde do município, não existia um programa específico para os adolescentes, mas precisam atender outros programas municipal e ministerial. No entanto, apesar de afirmarem que não haver um programa específico de atendimento a este grupo etário, alguns dos discursos dos profissionais evidenciaram a predisposição e necessidade de se implantar um programa de atenção à saúde do adolescente no serviço.

Ayres et al (2012) assegura que mesmo nos serviços que dispõe programa específico para adolescentes, há pouca discussão sobre projetos de

cuidado que integrem os diversos saberes e ações dos profissionais, assim como restritas interfaces entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Isto posto, aponta-se aqui a necessidade da integralidade das ações e serviços, que tem sido um grande desafio uma vez que as interações entre os profissionais estão pautadas na lógica de encaminhamentos internos, como foi observado nos serviços de saúde de Serra da Raiz. Identificou-se também que nos documentos apresentados pela SMS do município que as equipes: ESF's e NASF, utilizam fichas de referência e contra referência ao encaminhar usuários adolescentes, sendo discutidos conjuntamente apenas casos considerados de maiores complexidade.

Diante disso, advertimos para o fato que esse tipo de sistema de referência e contra referência por meio de fichas, contribui para fragmentação da atenção, o que poderia ser substituído por instrumentos de matriciamento, a exemplo da construção de Projetos Terapêuticos Singulares, interconsulta, visita domiciliar conjunta, entre outros (BRASIL, 2013).

Dentre os encaminhamentos de adolescentes para a rede especializada entre maio de 2018 e maio de 2019, encontramos um total de 11 encaminhamentos, sendo 8 (72,7%) do sexo masculino e 3 (27,3%) do sexo feminino, distribuídos nas seguintes especialidades: 3 para psiquiatra, 2 para dermatologista, 2 para otorrinolaringologista, e para alergologista, oftalmologista, neurologista e cirurgia foi encaminhado 1 usuário para cada uma delas.

O ministério da saúde preconiza que a APS possui um grau de resolutividade de 80%, sendo um intervalo aceitável de 10% a 20% de encaminhamentos, resultando em 1 para cada 5 a 10 encaminhamentos. Portanto, a APS segue como porta de entrada às ações e serviços de saúde, permitindo acesso a média e alta complexidade, através da coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2012; BRASIL, 2017).

De acordo com Ferrari et al (2008) quando se planeja a rede de serviços de um sistema de saúde, é necessário que cada uma das unidades que integram a rede programe suas atividades para a população da sua área de responsabilidade, tendo como base os problemas identificados e as ações que pretende desenvolver, agregadas a outras realizadas pelos demais serviços que integram o sistema. Assim, sugere que os profissionais precisam buscar

parcerias com outros setores a fim de obter melhor e maior efetividade nas ações de atenção integral à saúde deste grupo etário.

A integralidade é um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui entre outras dimensões a primazia das ações de promoção de saúde, na qual pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Esta concepção implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais, pois o processo saúde-adoecimento é decorrência de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

No tocante a articulação da rede intersetorial, apesar da saúde realizar ações de educação em saúde nos espaços escolares não foi encontrado registros de atividades de articulação e planejamento entre as equipes referente a atenção e cuidado aos adolescentes, mesmo os serviços de assistência social desenvolvendo diversas ações em sua agenda voltadas a esse público, pouco são compartilhadas com a rede de saúde, o que não foi constatado com outros grupos a exemplo de idosos e gestantes, na qual há agenda conjunta entre saúde e assistência social.

Ferrari et al (2008) aponta em sua pesquisa que um dos desafios da intersetorialidade é identificar objetivos comuns e, mediante um núcleo estratégico de planejamento e definição, buscar prioridades de ações em conjunto. Especificam que além da multidisciplinariedade no trato com o adolescente, os profissionais precisam buscar parcerias com outros setores a fim de obter melhor e maior efetividade nas ações de atenção integral à saúde deste grupo etário.

Na pesquisa mencionada no parágrafo anterior, os enfermeiros avaliados verbalizaram algumas atividades intersetoriais com os adolescentes na comunidade e na escola: trabalho junto à assistência social e o conselho tutelar na prevenção de violência intrafamiliar e na promoção de atividades de lazer e educação junto a esta população adolescente, grupo de educação sexual na adolescência e prevenção da DST/Aids e trabalho na escola, buscando atingir resultados mais positivos com os adolescentes.

Em síntese, pode-se dizer que o estudo aponta a necessidade de o município refletir sobre os processos no atendimento ao adolescente de forma que ofereça ações mais qualificadas e resolutivas.

### 5.3. RESULTADOS

Buscou-se apresentar aqui os dados que reflitam sobre a situação de saúde do adolescente. Para isso, utilizou-se o sistema eletrônico do DATASUS, de forma que foram obtidos os dados secundários de morbidade e mortalidade.

Observa-se que a maioria de casos de mortalidade na adolescência nos últimos dez anos é de causas externas (agressões, acidentes e afogamentos), como mostra a tabela e os gráficos abaixo:

Tabela 6: Nº de óbitos em adolescentes, entre os anos de 2008 a 2018, por causas externas

Ano do óbito	Brasil		Nordeste		Paraíba	
	Óbitos por Causas Externas (%)	N	Óbitos por Causas Externas (%)	N	Óbitos por Causas Externas (%)	N
2008	16.281 (66,1%)	24.664	5.181 (65,1%)	7.951	335 (64,2%)	522
2009	15.873 (65,0%)	24.443	5.368 (67,5%)	7.957	407 (68,5%)	594
2010	16.232 (67,4%)	24.671	5.608 (68,2%)	8.224	398 (70,0%)	569
2011	16.742 (66,3%)	25.274	5.750 (68,1%)	8.437	442 (72,5%)	609
2012	18.366 (68,1%)	26.979	6.827 (72,4%)	9.430	485 (73,9%)	657
2013	18.296 (68,1%)	26.867	6.759 (72,0%)	9.380	472 (72,8%)	648
2014	19.141 (69,8%)	27.445	7.186 (74,8%)	9.675	443 (73,3%)	604
2015	17.941 (68,3%)	26.249	6.786 (72,7%)	9.322	420 (73,6%)	571
2016	18.309 (68,6%)	26.675	7.124 (73,7%)	9.659	401 (68,6%)	584
2017	18.362 (70,3%)	26.120	7.505 (75,6%)	9.930	371 (70,0%)	530
2018	15.916 (67,9%)	23.428	6.313 (73,0%)	8.638	339 (66,7%)	508

Fonte: Data SUS/TabNet/SIM (Serra da Raiz, 2019)

Gráfico 3: Quantidade de óbitos por causas externas no Estado da PB em adolescentes, de 2008 a 2018

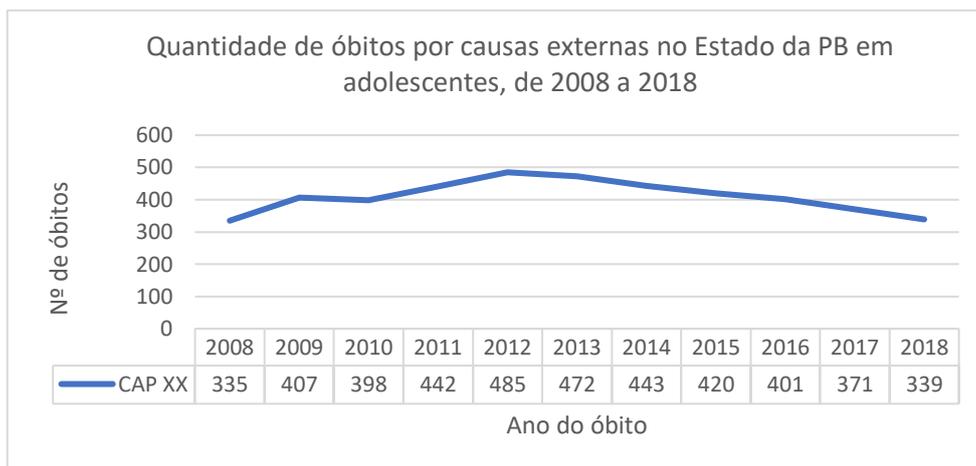


Gráfico 4: Quantidade de óbitos por causas externas na Região NE em adolescentes, de 2008 a 2018

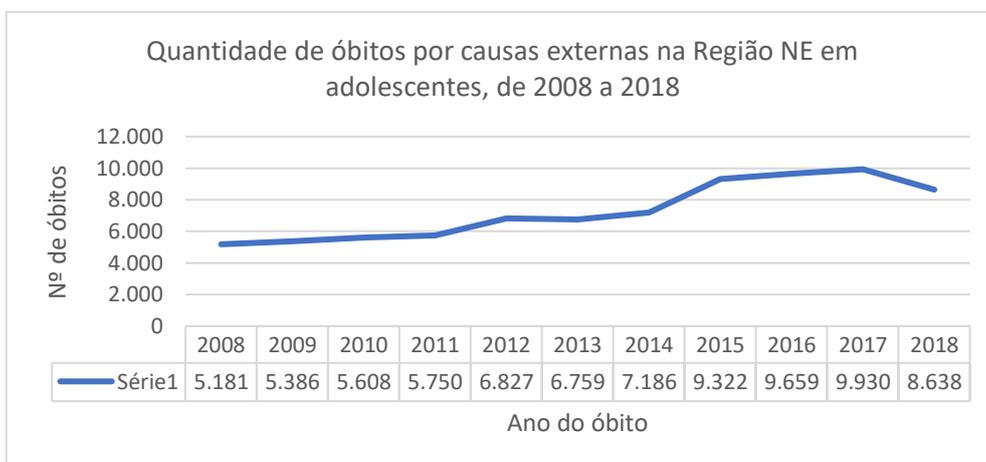


Gráfico 5: Quantidade de óbitos, no Brasil, por causas externas em adolescentes, de 2008 a 2018



A vulnerabilidade de adolescentes às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população, ocupando o primeiro lugar na mortalidade desse grupo populacional (BRASIL, 2008).

Dados semelhantes ao presente estudo, foram encontrados na análise descritiva realizada por Rosa (2018). Na análise temporal realizada em sua pesquisa, as causas externas representaram 66,25% das mortes da população de 10 aos 19 anos e que 75,26% dessa população correspondiam a adolescentes do sexo masculino.

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2006 sobre mortalidade proporcional por causas definidas e ciclos de vida no Brasil, ressaltou uma taxa de 70,7% na mortalidade por causas externas na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2010).

De forma mais específica, foi averiguado que apesar de constar no Sistema de Mortalidade - SIM do município de Serra da Raiz dois registros de óbitos em adolescentes do sexo masculino, no período de 2008 a 2018, estes não devem ser contabilizados, pois o óbito ocorreu fora do município, sendo o município de origem notificado devido a naturalidade dos indivíduos.

Outra inconsistência em relação ao registro dos óbitos é que em ambos casos, a causa do óbito foi indeterminada. Como ocorreu fora do município, não foi possível investigar a causa exata do óbito.

A classificação de óbito com dados incorretos ocorrem mesmo em países nos quais são avaliados por profissionais qualificados, dentre as principais razões estão: erros sistemáticos no diagnóstico; atestados de óbito incorretos ou incompletos; uso inadequado do CID, por desconhecimento de suas regras, quando da seleção da causa subjacente; variações no uso de códigos de categorias para causas de óbito desconhecidas. Apesar disso, dentro de uma perspectiva epidemiológica, as estatísticas de mortalidade fornecem dados valiosos sobre o estado de saúde da população (BONITA, 2010).

Refletindo sobre o perfil epidemiológico, é relevante informar que por muitos anos os adolescentes foram considerados pessoas saudáveis, não tendo necessária atenção à saúde de forma prioritária, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de doenças e agravos à sua saúde.

Em relação aos dados de morbidade, averiguou-se que as três principais causas de internação na população adolescente de Serra da Raiz são por gravidez, seguida de causas externas, e doença do aparelho geriturinário, como detalha o quadro 6.

Diferente de nossa realidade, um estudo realizado em Santa Catarina por Henrique e Calvo (2008) identificou como principais causas de internações na população adolescente e jovem, tais condições: asma, insuficiência cardíaca, pneumonia, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Quadro 6: Principais causas de internação, por capítulos (CID 10), no período de 2008 a 2018.

<b>Serra da Raiz</b>		
<b>Capítulo CID 10</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
XV. Gravidez, parto e puerpério	81	51,3
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	23	14,5
XIV. Doenças do aparelho geturinário	11	6,9
<b>Paraíba</b>		
<b>Capítulo CID 10</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
XV. Gravidez, parto e puerpério	123.224	49,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24.184	9,8
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	23.264	9,1
<b>Nordeste</b>		
<b>Capítulo CID 10</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
XV. Gravidez, parto e puerpério	2.028.052	49,7

XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	401.161	9,9
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	380.605	9,2
<b>Brasil</b>		
<b>Capítulo CID 10</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
XV. Gravidez, parto e puerpério	5.986.275	46,4
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	1.475.995	11,1
X. Doenças do aparelho respiratório	901.096	6,9

Fonte: Data SUS/TabNet/SIH (Serra da Raiz, 2019)

De forma mais específica, a tabela a seguir mostra os dados de internação ano a ano, a nível municipal, estadual, regional e nacional, referente ao capítulo XV (gravidez, parto e puerpério), na faixa etária de 10 a 19 anos.

Tabela 7: Dados de internação por residência, referente ao período de 2008 a 2018 (Cap. XV), de usuários na faixa etária de 10 a 19 anos.

<b>Ano</b>	<b>Serra da Raiz</b>	<b>Paraíba</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Brasil</b>
2008	09	12.959	198.964	568.681
2009	11	13.220	198.687	572.895
2010	06	11.957	194.317	557.983
2011	03*	11.477	191.068	557.240
2012	10	10.889	185.526	550.283
2013	11	10.991	184.098	561.661
2014	09	10.937	183.718	562.469
2015	06	10.561	185.047	558.648
2016	06	9.854	171.634	515.298
2017	03	10.316	169.627	500.122
2018	07	10.053	165.366	480.995
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>123.214</b>	<b>2.028.052</b>	<b>5.986.275</b>

Fonte: Data SUS/TabNet/SIH (Serra da Raiz, 2019)

\* No ano de 2011, a principal causa de internação se refere ao cap. IX (Doenças do aparelho circulatório), contabilizando 04 internações.

Além da análise desses dados, foi verificado os dados de fecundidade na faixa etária de 10 a 19 anos, que apesar de ter mostrado uma diminuição nos últimos anos, o município de Serra da Raiz tem apresentado percentual um pouco mais elevado em relação ao nível nacional, sendo de 20,2% enquanto que no Brasil é 18,5% (DATASUS/TABNET/SINASC, 2020)

Dentre os fatores que influenciaram a queda da fecundidade estão o maior uso de anticoncepcionais, o aumento da escolaridade e as campanhas de conscientização, apontando para o aumento do autocuidado à saúde e nas escolhas reprodutivas, em acordo com os direitos sexuais e com os direitos reprodutivos. No entanto, apesar da queda na taxa de fecundidade, continua preocupante a gravidez em adolescentes, merecendo uma maior atenção das políticas de saúde no intuito de refletir sobre as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população e na construção de estratégias intersetoriais (BRASIL, 2010).

Em suma, no que se refere a saúde da população adolescente em relação aos resultados, é o fato de se tratar de um grupo em que a mortalidade e morbidade não são alta. No entanto, os dados da situação de saúde desse grupo devem contribuir para uma reflexão sobre a efetividade das ações na APS.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por se tratar de um grupo populacional com características peculiares, a atenção à saúde de adolescentes assume um grande desafio nas práticas de saúde, como mostra a literatura técnico científica e constatada neste estudo. Logo, a relevância de um levantamento de informações a partir do recorte da realidade local no tocante a atenção à saúde do adolescente fornece subsídios importantes que contribuirão no planejamento de ações.

Observa-se que embora haja uma política de atenção e cuidado ao adolescente propostos pelo Ministério da Saúde, ainda são insuficientes as ações implementadas no município de Serra da Raiz/PB. Dentre os documentos que versam sobre a política local de saúde do adolescente, percebe-se que parte deles apesar de planejado, não foi implementado ou teve sua implementação parcial, como por exemplo a Programação Anual de Saúde e o Programa Saúde na Escola.

Apesar da gestão elencar necessidades de demandas relacionadas a qualificação profissional na atenção à saúde de adolescentes, foi percebido que o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde ainda não havia sido implantado no município.

Quanto a estrutura dos equipamentos de saúde, observa-se que pelo fato da Unidade de Saúde da zona urbana não possuir sala ampla para atendimento em grupo, a maioria das atividades coletivas são realizadas na academia de saúde e nas escolas. No entanto, a unidade de saúde da zona rural dispõe de uma estrutura ampla com espaços adequados que poderiam ser melhor aproveitados nas ações coletivas destinadas aos adolescentes.

Foi observado ainda, na unidade da zona urbana, a presença de materiais educativos, a exemplo de cartazes fixados em murais, o que contribui para disseminação da informação por se tratar de uma das estratégias de prevenção de doenças. Porém, a unidade não estava disponibilizando a caderneta do adolescente, sendo este, um material educativo considerado primordial tanto para uso dos profissionais nas ações de educação em saúde, quanto para os usuários, por conter orientações relacionadas ao desenvolvimento dessa faixa etária.

Também foi constatado um modelo hegemônico biomédico muito centrado nos serviços de atenção primária voltada ao atendimento aos adolescentes, sendo mais frequente o atendimento à adolescentes do sexo feminino (68,1%). Tais dados se assemelham aos resultados encontrados na literatura consultada.

O fato de não haver um fluxo definido na unidade voltado a esse público, que na maioria das vezes se dava por demanda espontânea, faz com que o atendimento aos serviços de saúde se limitassem as consultas médicas. Outra fragilidade encontrada diz respeito a ausência de instrumentos, como ferramenta de processo de trabalho voltado a atenção a saúde do adolescente.

A maioria das atividades coletivas específicas para adolescentes foram realizadas pela equipe multiprofissional do NASF (42,9%) e se tratavam de avaliações antropométricas com os escolares para cumprimento das ações pactuadas no PSE.

Foi percebida ainda que há pouca articulação entre as equipes no desenvolvimento de atividades coletivas, o que contribui para fragmentação das ações e compromete a integralidade do cuidado, sendo este um dos princípios mais estratégicos na Atenção Primária à Saúde.

Constata-se, também, a inexistência de programas específicos, contínuos e em funcionamento destinado a esses usuários adolescentes. A ausência de um programa voltado a saúde sexual e reprodutiva dificulta o cuidado desse grupo, na qual a principal causa de internação se dá em decorrência da gravidez, parto e puerpério em adolescentes do sexo feminino. Apesar dos dados de fecundidade desse grupo populacional ter mostrado uma diminuição nos últimos anos, o município de Serra da Raiz tem apresentado percentual um pouco mais elevado em relação ao nível nacional, sendo de 20,2% enquanto que no Brasil é 18,5%.

Observa-se mudanças significativas no perfil de morbimortalidade na população adolescente, com aumento de problemas que poderiam ser evitados por medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos. Desta forma, faz-se necessário pensar alternativas que modifiquem a situação de saúde desta população.

Por fim, cabe ressaltar que este estudo teve por objetivo fazer uma análise descritiva das ações desenvolvidas no município de Serra da Raiz/PB atribuída

aos adolescentes. Indubitavelmente, essa pesquisa contribui para o aprofundamento da temática da saúde do adolescente na Atenção Primária à Saúde. Portanto, devido às limitações pelo fato de a pesquisa ter obtido a maioria de dados provenientes de fontes secundárias, faz-se necessário realizar novos estudos da realidade local, inclusive com análise de dados demográficos, ampliando o olhar sobre a temática.

Além dessas que foram elencadas com base no estudo, outras necessidades de saúde poderão surgir da própria escuta do adolescente, e também da avaliação destes no que se refere a oferta dos serviços, na qual sua implantação e implementação devem se basear nos documentos orientados pelo Ministério da Saúde, levando em consideração a literatura científica e o que é viável para o município, adequando-se a realidade local.

## CAPÍTULO VII – RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Diante do que foi observado, sugere-se à gestão do município de Serra da Raiz na Paraíba a necessidade de reunir todos os atores envolvidos direta e indiretamente no cuidado e atenção à saúde do adolescente em um planejamento estratégico, visto que muitas lacunas ainda se encontram em aberto.

Desse modo, *a priori*, com base nos resultados da presente pesquisa recomenda-se refletir sobre: a) as necessidades desse grupo; b) as ofertas de cuidado individuais e coletivas; c) dialogar com outros atores do território que trabalham com este grupo; d) discutir sobre as metas para esse grupo; e e) estabelecer formas de monitoramento e avaliação das ações.

Além disso, o quadro a seguir sintetiza algumas ações estratégicas do que as equipes podem qualificar em termos de estrutura e processos, com bases nos atributos da APS.

Quadro 7: Síntese de recomendações com base nos atributos da APS.  
(Serra da Raiz, 2020).

RECOMENDAÇÕES	ESTRUTURA	PROCESSOS
<b>ACESSO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Definição do fluxo de atendimento;</li><li>- Adequação nos espaços;</li><li>- Disponibilidade de insumos;</li><li>- Cardápio de Ofertas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ferramentas tecnológicas para comunicação direta com os usuários;</li><li>- Escuta profissional qualificada.</li></ul>
<b>LONGITUDINALIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Equipes vinculadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fortalecimento de vínculos: profissional - usuários;</li><li>- Clínica Ampliada;</li><li>- Autonomia;</li><li>- Práticas de autocuidado.</li></ul>
<b>INTEGRALIDADE</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Articulação Intersetorial;</li></ul>

	- Rede articulada de serviços.	- Atuação interdisciplinar; -Cuidado centrado no usuário.
<b>COORDENAÇÃO DO CUIDADO</b>	- Integração da rede de serviços; - Referência e Contra Referência.	- Uso de ferramentas: Telessaúde, interconsultas, entre outras.
<b>ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>	- Ferramentas de abordagem familiar.	- Visita domiciliar; - Ações de educação em saúde.
<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>	- Levantamentos de dados epidemiológicos; - Planejamento nas ações do PSE.	- Participação Social; - Trabalho em rede com os serviços de saúde e equipamentos sociais e comunitários; - Ações de Promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBANO, R. D. & SOUZA, S. B. Estado nutricional de adolescentes: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em uma escola pública do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):941-947, 2001.

AMORIM, D. U. *et al.* Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 254-226, 2014.

AYRES, J. R. C M. *et al.* Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)** [online], vol.16, n.40, pp.67-82., 2012

BARBARO, M. C. *et al.* Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde . **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n.1, p.108-114, 2014 . .

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

BERRA, S. *et al.* Experiências com a atenção primária associadas à saúde, características sociodemográficas e uso de serviços em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2607-2618, 2014.

BONITA, R. Epidemiologia básica. Beaglehole, T. Kjellström [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2.ed. São Paulo, Santos, 2010

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Título 8. Da ordem Social Brasília: Congresso Nacional; 1988

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa da saúde do adolescente. Bases Programáticas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Diário oficial da União. Lei n. 8080/90. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências** [Internet]. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde**. Módulo básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, v.5, n.11, pp.121-36, 2011.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, 2005.

BURSZTYN, I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2227-2238, 2008.

CAMPO *et al.* Integration of pediatric behavioral health services in primary care: improving access and outcomes with collaborative care. **The Canadian Journal of Psychiatry**, 2018.

CARVALHO, A. M. C. de; ARAUJO, T. M. E. Fatores associados à cobertura vacinal em adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 796-802,2010.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):693-705, 2010

COSTA, R.F. *et al.* Cuidado Aos Adolescentes Na Atenção Primária: Perspectivas De Integralidade., **Esc Anna Nery** (impr.), Rio de Janeiro, 16 (3):466-472, 2012.

COSTA NETO, M.M. (Org.). Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a estratégia de saúde da família: médico e enfermeiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DAMARI *et al.*, Analysis of Iranian Youth Health Policy: Necessity of Action-oriented Interventions. **International Journal of Preventive Medicine**, 2018.

Departamento de Informática do SUS. Morbidade hospitalar. <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Acesso em junho de 2019

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: how can it be assessed? **JAMA**, 260(12): 1743-48, 1978.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Quality Assessment and Monitoring, vol. I, Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press**, 1980.

DONABEDIAN, A. The Quality of care: how can it be assessed? Archives of Pathology e Laboratory Medicine, vol. 121, 11; **ProQuest Nursing Journals**, 1997.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, United States, v. 83, n.4, 2005.

FERRARI, R. A. P., *et al.* Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, 2008.

FERREIRA, M. A. *et al.* Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, 2007.

GIOVANELLA L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** 2009; 14:783-94, 2008.

GOICOLEA, I. *et al.* Es posible una atención primaria "amigable para las/los jóvenes" en España? **Gac Sanit**, Barcelona, v. 29, n.4, p.241-243, 2015.

GONDIM, P. S. *et al.* Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 50-53, 2015.

GUBERT, F. A. *et al.* Tradução e validação da escala Partner Communication Scale – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 822-829, 2013.

HARRIZ, Research on clinical preventive services for adolescents and young adults: where are we and where do we need to go? **Journal of Adolescent Health**, 60, 249 e 260, 2017.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):809-819, abr, 2008.

HOPPE *et al.* Knowledge and acceptability of longacting reversible contraception among adolescent women receiving school based primary care services, **Journal of Primary Care & Community Health**, Vol. 7(3) 165–170, 2016.

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.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: agosto de 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JAMES *et al.* Assessment of adolescent and youth friendly services in primary healthcare facilities in two provinces in South Africa, **BMC Health Services Research**, 18:809, 2018

JOIA *et al.* Projeto SACI (Sonhar, Acordar, Contribuir e Integrar): formação para o trabalho de Educação em Saúde, **Distúrb Comun**, São Paulo, 29(4): 782-792, 2017.

KEKKONEN *et al.* Psychosocial problems in adolescents associated with frequent health care use, **Family Practice**, vol. 32, n. 3, 305–310, 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: **Atlas**, 2003.

LOURENÇO, A. M. et al. Avaliação Nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. **Rev. Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro v. 8, n. 1, p. 51-58, 2011.

MACEDO, Maria Rita de Cássia. Políticas públicas e promoção da saúde dos adolescentes e jovens do sexo masculino: saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências. **Dissertação**. Escola Nacional de Formação Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MACEDO, C. L. S. V. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município do Cabo de Santo Agostinho–PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado. **Dissertação**. FIOCRUZ, Recife, 2013.

MACHADO, R. M. *et al.* Uso de drogas psicotrópicas por adolescentes de escolas públicas, **Cogitare Enferm**, 20(4): 750-757, 2015.

MACHADO, F. C. A. *et al.* Indicators for teenager's oral health's surveillance. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 23(1):187-202, 2018

MAIA, C. S. et al. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(5):2567-2574, 2011 (2011)

MARTINS, M.M.F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 35(1):e00044718, 2019.

MARQUES, J.F. Produção do Cuidado ao Adolescente na Atenção Básica: subsídios para a prática clínica. **Dissertação**. Fortaleza: UECE, 2010.

MARQUES, J.F.; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, 33 (3):65-72, 2012.

MOREIRA, S.V. Análise documental como método e como técnica. In: Duarte J, Barros A, organizadores. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação, São Paulo: **Atlas**, p. 269-79, 2009.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: EPSJV. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, **Fiocruz**, 2009.

MOTA, J. S. Saúde e Escola: A Construção de um Projeto de Intervenção. **Dissertação**. Fortaleza: UFCE, 2016.

NAIR et al. Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach. **Journal of Adolescent Health**, 57 (288 e 298), 2015.

NASSER, M. A.; FIORONI, L.N.; AYRES, J. R. C. M. Atenção primária à saúde de adolescentes: vulnerabilidade e integralidade na construção do cuidado. In: Lourenço B et al. (org). Medicina de Adolescentes. Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP, Barueri: **Manole**, p. 68-78), 2015.

NETTO, J. J. M. et al. Construção e validação de instrumento para subsidiar o cuidado ao adolescente na Atenção Primária à Saúde. **Adolescência e Saúde**, v. 15, p. 92-101, 2018.

NOLL, P.R.S. et al. Perfil Antropométrico e Hábitos Alimentares de Escolares de Diferentes Redes de Ensino. **Rev Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 15-24, 2016.

NUNES, B. P. *et al.* Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**: Brasília, 24(3):411-420, 2015.

OBACH, et al. Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo, **Rev Panam Salud Publica**, n 42, 2018.

O'BRIEN *et al.* Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. **British Journal of General Practice**, 2016.

OLIVEIRA, M. A de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013 .

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

Organização Mundial de Saúde. Child and adolescent health and development. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/>.

ONIS, M. de et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 85, n. 9, p. 660-667, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. URSS, 1978.

ORUETA *et al.* The Origin of Variation in Primary Care Process and Outcome Indicators. **Medicine**, Vol. 94, N. 31, 2015.

OTWOMBE et al. Health-seeking behaviours by gender among adolescents in Soweto, South Africa, **Global Health Action**, 2015.

PARIZ, J. *et al.* A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 623-636, 2012.

PENSO, M. A. *et al.* A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online], Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, pp. 259-269, 2000.

PUSKA *et al*, Monitoring and assessing the quality of care for youth: developing an audit tool using an expert consensus approach, **Int J Ment Health Syst**, 2015.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 117-138, 2009.

RAPP *et al*. Integrated primary medical-behavioral health care for adolescent and young adult depression: predictors of service use in the youth partners in care trial, **Journal of Pediatric Psychology**, 42(9), 1051–1064, 2017.

REIS, D. C. *et al*. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 586-594, 2013.

RIVERA, J. A. *et al*. Childhood and Adolescent Overweight and Obesity in Latin America: a systematic review. **Lancet Diabetes Endocrinol**, 2(4): 321-32, 2014.

RILEY *et al*. The adolescent “expanded medical home”: school-based health centers partner with a primary care clinic to improve population health and mitigate social determinants of health, **J Am Board Fam Med.**,10.3122/jabfm, 2016.

RYAN *et al*. Understanding adolescent and young adult use of family physician services: a cross-sectional analysis of the canadian community health survey, **BMC Family Practice**, 12:118, 2011.

ROSA, C. Vidas Perdidas: análise descritiva do perfil da mortalidade dos adolescentes no Brasil. **Rev. Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 29-38, 2018.

SAITO *et al*. Laboratório de Inovações: experiências exitosas em saúde de adolescentes e jovens. **Revista Adolescência e Saude**: Rio de Janeiro, v. 12, supl. 1, p. 8-13, 2015.

SANTOS, C.C; RESSEL, L.B. O Adolescente no Serviço de Saúde. **Revista Adolescência e Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.

SANTOS, L. A. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 2, p. 169-178, 2016.

SENNA, S.R.C.M.; DESSEN, M.A. Reflexões Sobre a Saúde do Adolescente Brasileiro. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, 16(2), 217-229, 2015.

SILVA, A. M. R.; REIS, A. O. A. Saúde e adolescentes: possibilidades de violência simbólica. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 457-464, 2009.

SILVA JUNIOR, G. B. *et al.* Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará, **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 469-484, 2017.

SILVA, C. A. *et al.* Diagnóstico De Saúde: uma responsabilidade da enfermagem comunitária em Angola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 5, p.2506-2510, 2018.

SMETANA, J.G.;CAMPIONE-BARR, N.; METZGER, A. Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. **Annual Review of Psychology**, 57, 255-284, 2006.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, pp.102-6, 2010.

SQUARCINI *et al.* O Uso da Ficha Antropométrica no NASF. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum** 2015, 17(2):248-255, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 726 p., 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer, São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, 1 ed., 2004.

TEIXEIRA, S.C.R. *et al.* Políticas Públicas de Atenção às Adolescentes Grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-44, 2013

URSI, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Dissertação**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VAN DE MORTEL, General practitioners as educators in adolescent health: a training evaluation, **BMC Family Practice**,17:32, 2016.

VASAN *et al.* Baseline assessment of adult and adolescent primary care delivery in Rwanda: an opportunity for quality improvement. **BMC Health Services Research**, 13:518, 2013.

VASAN *et al.* Integrated care as a means to improve primary care delivery for adults and adolescents in the developing world: a critical analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI), **BMC Medicine**, 2014.

VAZ, E. M. C. *et al.* Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília,v. 71, supl. 6, p. 2612-2619, 2018.

VIEGAS, S.M.F. *et al.* A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, 24(2):351-360, 2019

WILLIANS *et al*, Evaluación multidimensional de los servicios de salud para adolescentes en centros de Atención Primaria en una comuna de Santiago. **Rev Med Chile**, 140: 1145-1153, 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WHO (World Health Organization). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series 854. Geneva: WHO, 1995

ZIEVE *et al.* Adolescents' Perspectives on Personalized E-Feedback in the Context of Health Risk Behavior Screening for Primary Care: Qualitative Study. **Journal of medical** (internet) research, 2018.

## APÊNDICES

**QUADRO 1:** Roteiro de observação para análise de dados de saúde do adolescente (ESTRUTURA)

<b>Especificações</b>	<b>Existência</b>	<b>Descrição</b>
Consultório médico/enfermagem		
Consultório odontológico		
Sala multiprofissional		
Sala de administração e gerência		
Área de recepção com local para arquivos e registros		
Sala de procedimentos		
Sala de vacina		
Sala de atividades coletivas/grupais		
Área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS)		
Sala de inalação coletiva		

Sala de coleta		
Sala de curativos		
Copa/cozinha		
Sala de observação		
Sanitários		
Existe documento que oriente sobre a política de saúde do adolescente existente no município? Quais?		
Realiza atividades coletivas voltadas ao público adolescente?		
Possui materiais de apoio (impressos) para a atenção ao adolescente? Ex. Caderneta do adolescente, e outros.		
Possui materiais de comunicação visual (educativos) nas dependências da Unidade de Saúde? Ex. Cartazes, Cartilhas, álbum seriado, outros		
Existência de Equipamentos necessários para atendimento aos adolescentes. Ex. tensiômetro,		

estetoscópio, termômetro, balança antropométrica, fita métrica, lanterna, espelho, outros.		
Existência de insumos disponíveis no atendimento aos adolescentes. Ex. preservativos e outros métodos contraceptivos, fitas de Teste Imunológico de Gravidez (TIG), luvas descartáveis, swab para cultura, abaixadores de língua, outros.		
Existência de capacitações para profissionais de saúde voltadas para as especificidades do público adolescente.		
Existência de fluxo do adolescente na Unidade de Saúde		

**QUADRO 2:** Instrumento de coleta de dados para análise das variáveis de saúde do adolescente (PROCESSOS)

<b>NOMENCLATURA DA VARIÁVEL</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>FONTE*</b>
Registro atualizado dos adolescentes da área	Quantidade de usuários de 10 a 19 anos, cadastrado pelas equipes ESF's	E-SUS (Relatório de Cadastro Individual) SISAB
Atividades Coletivas voltadas aos adolescentes	Existência de atividades coletivas (grupos, procedimentos coletivos, exposição dialogada, sala de espera, outros) realizados pelas equipes ESF's, NASF e Academia da Saúde com usuários de 10 a 19 anos	E-SUS/ PEC SISAB
Programas específicos para adolescentes	Existência de programas específicos voltado a usuários de 10 a 19 anos, nas unidades de saúde	SMS**
Procedimento de referência e contra-referência	Como as equipes realizam procedimentos de referência e contra referência dos usuários adolescentes	Fichas de encaminhamentos/Livro de registro
Encaminhamento para especialidades	Principais especialidades na qual usuários na faixa etária de 10 a 19 anos foram encaminhados	SMS**
Planejamento de ações em saúde para adolescentes	Existência de planejamento de ações, realizadas entre as equipes de saúde, voltadas aos adolescentes	E-SUS Livro de Registro
	Existência de articulação entre os setores da saúde, educação e	Livro de Registro

Articulação Intersetorial	assistência social, para tratar de assuntos relacionados a faixa etária adolescente	E-SUS
Imunização em adolescentes	Quantidade de usuários de 10 a 19 anos que tomaram vacina	E-SUS/ PEC SISAB
Atendimento médico na faixa etária 10 a 19 anos	Número de atendimentos na faixa etária de 10 a 19 anos realizados pela médica	E-SU/ PEC SISAB
Atendimento odontológico na faixa etária de 10 a 19 anos	Número de atendimentos na faixa etária de 10 a 19 anos realizados pelo dentista	E-SUS/PEC SISAB
Atendimentos em consulta de enfermagem	Número de atendimentos na faixa etária de 10 a 19 anos realizados pela enfermeira	E-SUS/ PEC SISAB
Adolescentes realizando pré natal	Quantidade de usuárias adolescentes realizando pré natal	SIS PRENATAL Livro de Registro
Avaliação antropométricas	Quantidade de usuários com peso e altura avaliada	E-SUS

\*Todos os dados consultados se referem ao período de maio de 2018 a maio de 2019, exceto os dados antropométricos e número de gestantes.

\*\*Dados disponibilizados para consulta na Secretaria Municipal de Saúde de Serra da Raiz, através de documentos (livros, planilhas, entre outros) e sistema de informação próprio.