MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Paulo Cesar de Moura Luz

EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS DO PIAUÍ

Teresina
2019

Paulo Cesar de Moura Luz

EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS DO PIAUÍ

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, Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Dr. Fábio Solon Tajra

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Teresina
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

L979e Luz, Paulo Cesar de Moura.
Experiências de cuidado à saúde de adolescentes do município de campinas do Piauí / Paulo Cesar de Moura Luz. – 2019.
73 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.
"Orientador: Prof. Dr. Fábio Solon Tajra".

1. Assistência integral à saúde. 2. Pesquisa Qualitativa. 3. Saúde do adolescente. I. Título.

CDD 614.2

Paulo Cesar de Moura Luz

EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS DO PIAUÍ

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 Piauí – UFPI, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fábio Solon Tajra
Universidade Federal do Piauí
Presidente/Orientador

Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety
Centro Universitário UNINOVAFAPI
1º Examinador

Profa. Dra. Jaqueline Carvalho e Silva Sales
Universidade Federal do Piauí
2º Examinador

Prof. Dra. Marcoeli Silva de Moura
Universidade Federal do Piauí
Examinador Suplente

Aprovado em, 18 de Outubro 2019.

Teresina

AGRADECIMENTOS

É com o coração transbordado de emoção que revivo minhas memórias para lembrar algumas pessoas que são importantes e contribuíram com esse sonho.

Agradeço aos meu pais, Avelar e Maria Silvina, minhas âncoras, que sonharam comigo e contribuíram de todas as formas para conseguir chegar até aqui. Minhas irmãs Nayane e Pollyana, tia Antônia, Demir e meu sobrinho Patrick. Amo vocês!

À minha família, que também sonham comigo. Especialmente, minha avó Silvina, pelo amor de sempre; a minha Tia Maria, meu ombro amigo. Amo vocês!

Ao meu orientador Prof. Fábio Solon, um amigo que me acompanhou desde o princípio com zelo, dedicação e paciência. Obrigado grande mestre.

À minha amiga Bianca, que mora no meu coração, meu anjo protetor; Lidiane, amiga linda que emana boas energias; Diego, pelo importante apoio para seguir essa jornada; meus amigos fieis da Residência, os DESTEMIDOS (Cobras).

Gratidão aos meus colegas de Turma, especialmente a Risocelly, por segurar minha mão desde o início, a cada dia nossa amizade se fortalece, você é ‘braço que envolve’; Zulmira, por todo o cuidado, proteção e carinho, você é ‘colo que acolhe’; Adriana o primeiro conforto que encontrei; Naiany pela amizade que construímos; Kellya e Amanda por serem companheiras e por tornar nossas idas mais leves.

Agradeço às minhas mulheres maravilhosas que contribuíram com momentos agradáveis e boas acolhidas: Aline, Laisa, Nielly e Raksandra. Amo vocês!

Grato as amizades que me acompanham sempre: Aleluia, Tuana, Renato, Ivanete, Gabriela, Tacyana, Mayara, Neivane, Glorinha, Nalvinha, Savanna, Lauriane, Vera, Raira, França, Fernanda, Adriano, Loislayne, Cleide, e tantas outras pessoas.

Agradeço imensamente aos meus colegas de trabalho e amigas(os), que contribuíram grandemente: Geusa, Marli, Ariane, Celina, Wiviane, Joice, Joelma, Samara, Ademário, Evanilde, Lário, Maria, Janice, Denismara, Vanusa, Idelsandro e Gladston. Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde pela compreensão e apoio.

Agradeço aos participantes dessa pesquisa, pelas valiosas contribuições com suas belas histórias. Reitero aqui o desejo de que essa produção possa reverberar em ganhos para a construção de políticas públicas destinadas aos adolescentes.

À UFPI, aos professores do curso e servidores que cuidaram com muito zelo e contribuíram para o nosso aprendizado. Vocês são inspiradores!

RESUMO

INTRODUÇÃO: a discussão proposta está centrada no cuidado à saúde do adolescente, somada à reflexão sobre redes e o acesso aos cuidados na Atenção Básica à Saúde. As concepções de adolescência/adolescente e cuidado são situadas como desafios teórico-práticos no campo da saúde, representados em suas complexidades e pluralidades de sentidos e significações. **OBJETIVO**: analisar as experiências de cuidado à saúde do adolescente no município de Campinas do Piauí. **MÉTODO**: pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio da metodologia de história de vida; foi realizada no município de Campinas do Piauí, Piauí. Os participantes foram nove adolescentes; a análise dos dados foi desenvolvida por meio da hermenêutica de Ricoeur. **RESULTADOS**: três unidades de significado foram reconhecidas: o "ser-adolescente", concepções de saúde e cuidado e, também, redes de cuidado. Foram observados aspectos que constroem a identidade do adolescente no município e marcam as transformações inerentes a essa fase, entre elas, a felicidade. Os adolescentes desenvolveram um olhar crítico direcionado às situações de saúde, todavia lançaram proposições sob a perspectiva do cuidado em rede, que pode contribuir para a consolidação de uma atenção integral à saúde dos adolescentes no município. **CONSIDERAÇÕES:** a adolescência é percebida como fase do desenvolvimento complexa e marcada por estereótipos e conflitos. Refletem dificuldades na inclusão de adolescentes nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. O adolescente reclama a integralidade no cuidado, com maior consideração, visibilidade e o seu reconhecimento como sujeito singular. Suas histórias de vida contribuem com a noção de que o cuidado se materializa em suas experiências cotidianas, relacionais, formais e não-formais, institucionalizadas ou não, a depender das singularidades de cada sujeito.

Palavras-chaves: Saúde do adolescente. Assistência integral à saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The proposed discussion focuses on adolescent health care, in addition to the reflection on networks and access to care in Primary Health Care. The conceptions of adolescence/adolescent and care are situated as theoretical-practical challenges in the health field, represented in their complexities and pluralities of meanings and meanings. **OBJECTIVE**: to analyze the experiences of adolescent health care in the municipality of Campinas do Piaui. **METHOD**: qualitative research, developed through the methodology of life history; was held in the municipality of Campinas do Piauí, Piauí. The participants were nine adolescents; data analysis was developed through Ricoeur's hermeneutics. **RESULTS**: Three units of meaning were recognized: “being a teenager”, conceptions of health and care, and also care networks. Aspects that build the identity of adolescents in the city were observed and mark the transformations inherent in this phase, including happiness. The adolescents developed a critical look directed at health situations, however they launched propositions from the perspective of networked care, which may contribute to the consolidation of comprehensive health care for adolescents in the municipality. **CONSIDERATIONS**: Adolescence is perceived as a phase of complex development marked by stereotypes and conflicts. They reflect difficulties in including adolescents in the daily practices of health services. The adolescent claims integrality in care, with greater consideration, visibility and recognition as a singular subject. Their life stories contribute to the notion that care materializes in their daily, relational, formal and non-formal experiences, institutionalized or not, depending on the singularities of each subject.

Key-words: Adolescent Health. Comprehensive Health Care. Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBAS	Unidade Básica Avançada de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
1.1 Objetivo 10
2 REVISÃO DA LITERATURA 11
2.1 O cuidado à saúde 11
2.2 Atenção Integral à Saúde do Adolescente 14
3 MÉTODO 18
3.1 Tipo de estudo 18
3.2 Cenário da pesquisa 18
3.3 Participantes da pesquisa 19
3.4 Procedimentos de produção e análise das informações 20
3.5 Aspectos éticos e autorais da pesquisa 22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 23
4.1 Artigo – Experiências de cuidado à saúde de adolescentes em um município do nordeste brasileiro 24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 44
REFERÊNCIAS 46
APÊNDICE A – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA 50
APÊNDICE B – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO 67
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA 69

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde somos instigados a produzir práticas inovadoras e efetivas para a realidade social e que amenize as mazelas produzidas na sociedade. Notamos a reinvenção de debates em torno de conceitos que outrora particularizam sentidos de aplicabilidade técnica, mas também teórica. Essa ideia incide sobre a renovação das práticas sanitárias (AYRES, 2004a). Reiteramos aqui o lugar de onde falamos, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o que pretendemos nos aprofundar nessa discussão, o cuidado à saúde do adolescente.

O debate sobre o cuidado à saúde se apresenta como desafio teórico-prático para a saúde coletiva e a construção de um conceito amplia interfaces no diálogo com o conhecimento, os saberes e as práticas. Um entendimento se dá, a priori, a partir de sua terminologia polissêmica, atravessado pelas concepções de saúde e doença, ao que remete a um “objeto complexo, não-linear, sintético, plural, emergente, multifacetado, alvo de diversas miradas e fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares de ciência” (CRUZ, 2009, p. 9).

Corroboram esses apontamentos a ideia de que à palavra cuidado são associados significados representados como atitudes, ato de vida ou tomar de conta. Dessa forma, refere-se, ainda, ao conjunto de comportamentos e ações que incluem conhecimentos, habilidades, intuição e pensamento crítico que são dirigidos ao ser cuidado, cuja finalidade é a de promover, manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana (VIEGAS; PENNA, 2015).

A literatura reporta a reflexões sobre o que podemos situar como tensões que existem entre os discursos que brotam no campo da saúde pública, ecoados como propostas, e a implementação diante das necessidades de saúde. Também, aponta para o imperativo de transformações nos modos de pensar e fazer saúde, cuja intenção reside em contribuir para a reconstrução de práticas sanitárias. As discussões encontradas sobre o cuidado se constroem a partir de diversas perspectivas conceituais, dentre elas a ontológica que o compreende como um construto filosófico e uma atitude prática diante das reverberações que assume na incidência desse modo de fazer (AYRES, 2004a).

No campo da hermenêutica filosófica, algumas pistas levam à compreensão do cuidado como o ‘ser-capaz-de-fazer’. Destarte, o cuidado acontece no restabelecimento do estado de equilíbrio, a saúde, outrora perturbado (GADAMER,

2009). Assim como, concebido como experiências de encontro e de trocas que, numa postura acolhedora e humanizadora, afastam-se do viés mecanicista e unidirecional de aplicação de saberes e práticas cristalizados em recursos técnicos e instrumentais (AYRES, 2007).

Outro debate que dissemina diversos sentidos se (re)constrói ao pautar o processo de adolescer/adolescente. Sobre essa dimensão, provoca-se a reflexão sobre a singularidade de cada sujeito como formador de uma complexa concepção de adolescência relacionada a uma visão sistêmica e construtivista do processo de adolescer. Nessa oportunidade, defendem que o sujeito adolescente possa ser considerado, em meio as suas singularidades, como constituinte de um contexto sociocultural (SILVA *et al*., 2014).

Essa ideia parte da pluralidade de concepções sobre o adolescente e a adolescência, dentre as quais, pode ser concebida como uma construção social, significada a partir de aspectos históricos, culturais e econômicos. Também, marcada por características específicas do processo de desenvolvimento, como as biológicas e psicossociais. Assim, compreende um período de transformações complexas e plurais, que extrapola a ideia reducionista ligada à fase da vida definida por um recorte cronológico do desenvolvimento (VELHO; QUINTANA; ROSSI, 2014; SOUZA; SILVA, 2018).

Um desafio importante ocorre diante da inclusão deste grupo social, o de adolescentes, nas práticas de saúde cotidianas, na concretização de uma atenção integral e, assim, na mirada materialização do cuidado à saúde. Este desafio propulsiona a compreender e considerar a complexidade do processo de adolescer e, assim, produzir respostas diante das necessidades de saúde que apresentam, tanto relacionadas ao processo de desenvolvimento orgânico, como aos aspectos socioculturais (AYRES *et al.,* 2012).

Outras questões evidenciadas em meio à proposição do cuidado à saúde do adolescente, diz respeito à organização e o acesso aos serviços de saúde. De modo geral, há um panorama que reflete marcante influência do modelo biomédico na organização desses serviços, mesmo na Atenção Básica (FERTONANI *et al*., 2015; ESMERALDO *et al.,* 2017), o que pode endossar o desafio referido quanto a inclusão dos adolescentes nas práticas de saúde.

A escolha em desenvolver uma pesquisa que trata de uma investigação acerca do cuidado à saúde do adolescente surgiu diante da prática profissional junto ao

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no exercício da função de psicólogo, em um município do interior do Piauí. Observamos que a amplitude de demandas de saúde apresentadas pelos adolescentes contrastava com um insuficiente desenvolvimento de ações de saúde, comumente, curativas e pontuais.

Vale ressaltar que se trata de um município de pequeno porte, que apresenta a estrutura dos serviços de saúde limitada à Atenção Básica. Neste cenário, permanecem desafios cotidianos para responder efetivamente as necessidades em saúde da população, ainda mais inquietante quando consideramos os adolescentes.

Dessa forma, nos impulsionou a entender as experiências de adolescentes com relação ao cuidado à saúde. Partimos do seguinte questionamento: como se materializa o cuidado à saúde de adolescentes do município de Campinas do Piauí?

1.1 Objetivo

Analisar as experiências de cuidado à saúde do adolescente no município de Campinas do Piauí.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O cuidado à saúde

Aqui, propusemos uma discussão sobre o cuidado à saúde e, assim, situamos esta temática em meio a uma complexidade que emana de algumas compreensões. Exploramos a perspectiva da hermenêutica filosófica (GADAMER, 2009), a qual constitui num esforço que suplanta a noção primeira atrelada à interpretação e agrega valor relativo à compreensão dos fenômenos (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

Gadamer (2009) se propõe a discutir temáticas inscritas na perspectiva da ciência e da técnica que ressoam como preocupações ainda atuais, que atinam sobre limitações atribuídas à ciência (utiliza como referência nos seus escritos a medicina) na tarefa de abarcar tudo aquilo que diz respeito ao humano, ao passo que sinaliza como mote ser a própria saúde, não a doença, o verdadeiro mistério a ser explorado.

Encontramos essa noção quando provoca sentidos e tenciona a discussão ao lançar a afirmativa e ao evocar os seguintes questionamentos:

> A saúde não é algo que se possa fazer. Mas que é ela [a saúde], na realidade? Será um objecto da investigação científica, na mesma medida em que, quando se produz uma perturbação, se converte em objecto para nós próprios? (GADAMER, 2009, p. VII).

Deste modo, reconhece que a ciência se projeta sobre a vida cotidiana e nos torna objeto para aplicabilidade do conhecimento científico, especialmente diante da condição de saúde. Porém, ainda, defende que são diversas as abordagens possibilitadas e que cada indivíduo tem as suas experiências e os seus hábitos, para além do domínio da ciência.

De acordo com Gadamer (2009), a reflexão sobre a concepção de saúde é marcante, mesmo que considere a impossibilidade de uma resposta concisa. Elaborar sobre esse conceito é um calar-se, embora não desconsidere implícita dificuldade, convém que até conseguimos descrever sobre o que seria a doença, a partir de recursos e meios proporcionados pela ciência moderna, porém admite que:

> A saúde é algo particular que se subtrai a tudo isto de um modo muito peculiar. Não é algo que se mostre como tal à investigação, mas algo que justamente existe porque se lhe esquiva. Não temos dela, pois, uma consciência permanente nem ela nos preocupa como a doença. A saúde não é algo que nos convide a um contínuo auto-tratamento, ou a ele nos

> aconselhe. Faz parte do milagre do auto-esquecimento (GADAMER, 2009, p. 113)

Ayres (2007) contribui com essa discussão ao instigar sentidos e significações que comportam as concepções de saúde e doença, sobretudo no seio das práticas contemporâneas. Assim, desperta-nos para estas noções afastadas de uma figurada acepção de polaridade, simetria e oposição, que gera um entendimento, limitado ou falho, de que a saúde se configura como o contrário à doença e vice-versa, ou mesmo das concepções que pautam uma conotação positiva à primeira e negativa à segunda. Assim, longe de particularizar discussões acerca desta sobre a saúde, pontua que esse fato assim se justifica:

> É porque estamos sempre, o tempo todo, debruçados sobre a experiência a que nos referimos com a expressão saúde, que esta não se deixa positivar como conceito. Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer (AYRES, 2007, p. 49).

A reflexão proposta sobre os fenômenos da saúde e doença, traçada sob as perspectivas humana, histórica, ontológica, existencial e dialógica, ofertam sentidos à mirada aqui apresentada (GADAMER, 2009; MATOS; SILVA JUNIOR, 2017). Assim, incluímos uma discussão conceitual sobre o cuidado e a saúde.

A perspectiva gadameriana interpreta a saúde como um estado de equilíbrio e à doença é atribuída a sua perturbação. Dessa forma, propaga como autêntica obra da arte médica ou o ser-capaz-de-fazer a tarefa de restabelecer o equilíbrio alterado (GADAMER, 2009; ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012; MATOS; SILVA JUNIOR, 2017). Consente que há dissonância para a sua restauração, o que significa a particularidade implícita nessa experiência, como sugere na afirmativa:

> A recuperação do equilíbrio, tal como sua perda, produz-se sobre a forma de uma mudança. Não se trata de um processo de transição contínua e perceptível de um estado para o outro, mas de uma transformação repentina, muito diferente de qualquer processo de produção habitual, no qual uma pedra se junta a outra, passo a passo, para levar a cabo a modificação planeada (GADAMER, 2009, p. 50).

Gadamer (2009, p. 56) expõe que esta perturbação do equilíbrio, a doença, “não é apenas um facto médico-biológico, mas também um processo relacionado com a história de vida do indivíduo e com a sociedade”. Assim, ancorado na ideia de que,

diante de uma noção de totalidade da natureza, a arte de curar deve se ampliar a fim de captar a totalidade do outro.

Logo, o cuidado se encontra no restabelecimento do equilíbrio e intrinsecamente ligado à noção de diálogo terapêutico. Ressalta-se que é por meio do diálogo com o “eu” / “eu – outro”, que se exercitam as trocas e, assim, a sua compreensão. Araújo, Paz e Moreira (2012, p. 205) defendem que o cuidar, expresso como um ato, envolve a “capacidade de fazer, o querer e o fazer responsável”. Residem nessas dimensões apontadas as possibilidades e limites para a efetivação do cuidado integral à saúde.

Ayres (2007) esclarece de que se trata o diálogo empreendido nessa perspectiva hermenêutica-filosófica, concebido para além do seu sentido corriqueiro atrelado a um recurso empregado no dia-a-dia dos serviços de saúde, as vezes impessoal e desinteressado no outro, em suas múltiplas dimensões. Pontua a centralidade do diálogo no cuidado a saúde, potencializando-o nos diversos aspectos que reclamam o outro, o sujeito, o profissional, o encontro, o fazer, o contexto, as necessidades, as subjetividades, as trocas, o todo. Diante disso, compreende:

> O sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica é o de fusão de horizontes, isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (AYRES, 2007, p. 58).

Situado no contexto da saúde coletiva, na tentativa de somar à discussão já empreendida, este mesmo autor contribui com esse debate, ao considerar alguns desafios para a legitimação sobretudo da humanização no cenário das práticas de saúde. Pontua que, diante da operacionalização dessas práticas, o cuidado é designado como atitude terapêutica ligada ao sentido existencial. Ainda, compreende o “cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004b, p. 22).

Ao trazer à cena a conjuntura das práticas de saúde como é e, assim, as reverberações do cuidado, somos situados de limitações emergidas diante desse

processo, que se revela conturbado em sua polissemia não tão conceitual quanto operacional. Algumas restrições podem ser situadas ao se pensar o caráter concreto de significar o cuidado nas práticas de saúde, arraigado a um frágil ideário simplista de construir um objeto ou intervir nele, contemplando neste pensamento o sujeito e as práticas de saúde. Assim, concebe que o ato de cuidar não se configura como pequena e subordinada tarefa das práticas de saúde, mas assume a importância de se expandir para a universo de reflexões/ações no campo da saúde (AYRES, 2001).

Com isso, desperta para pensarmos as implicações práticas do cuidado e o alerta sobre como se tem tratado isso no contexto real das ações de saúde. Convém, assim, refletir que a amplitude que nos convida à compreensão do cuidado não dimensiona a um procedimento em si, mas na acepção como atitude, aquilo que está intrínseco a si próprio e ressoa no fazer cotidiano.

2.2 Atenção Integral à Saúde do Adolescente

Inicialmente, compete uma sucinta caracterização acerca da adolescência. Diante dessa proposição, não encontramos nada que a especifique ou simplifique, haja vista a complexidade conceitual que carrega, o que nos alerta para considerarmos a sua pluralidade que transcende a compreensão deste período do ciclo de vida como delimitada apenas pelo aspecto cronológico ou mudanças fisiológicas (AYRES *et al*., 2012; SENNA; DESSEN, 2015).

A representação sobre o conceito de adolescência atrelada especificamente a fase da vida compreendida entre a infância e fase adulta, embora se reconheça a importância dos aspectos relacionados às mudanças cronológicas e fisiológicas na delimitação de um recorte etário na sua definição, é considerada como limitada e pouco precisa, diante da diversidade que eclode do ser adolescente. Assim, pontuam que a sua compreensão envolve a complexidade das experiências singulares, que variam em função de aspectos individuais, socioculturais, econômicos, geográficos, dentre outros (SENNA; DESSEN, 2015).

No contexto brasileiro o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069/90, considera a adolescência como fase do desenvolvimento humano compreendida entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2017). Partimos desse recorte temporal para o entendimento da adolescência como período de vida, mas cônscios de que sua compreensão transcende tal delineamento cronológico.

Silva *et al*. (2014) nos lembram da importância de incluirmos no fazer em saúde a consideração deste público como sujeitos diferentes, cujas especificidades se particularizam em momentos sociais, históricos e culturais, portanto mutáveis, o que exige práticas em saúde integrais, contextuais e dialógicas. Esta consideração nos convoca a ampliarmos o olhar e a compreensão sobre o outro que assume a concepção de ser diferente. Esta dimensão implica na valorização dessas diferenças como preconizadoras e delimitadoras de um fazer único, singular para aquele que demanda, o adolescente.

Dessa forma, outros entendimentos são lançados diante da proposição de uma atenção integral à saúde. Assim, devem ser asseguradas ações que deem conta das necessidades singulares emanadas na adolescência (ANHAS; CASTRO-SILVA, 2017). O que tem sido encarado como desafio nesse cenário de práticas.

No cotidiano das práticas de saúde ao adolescente são realizadas ações focadas em temáticas específicas com relação a campos considerados como prioritários para intervenção com este grupo, que ocorrem de cunho pontual, com claras limitações diante da amplitude de possibilidades e de carências que este público reclama em diversos domínios do ser adolescente. Tradicionalmente são aprofundadas as abordagens sobre sexualidade, gravidez na adolescência, ou ligadas a fatores de risco social e comportamental (SILVA *et al*., 2014).

Deste modo, a atenção à saúde do adolescente ainda guarda fortes laços com o modelo biomédico (VIEIRA *et al.,* 2014; SANTOS *et al.*, 2017). Porém, ressaltam que o foco deve pautar o adolescente como sujeito integral, o que implica na reflexão sobre o modo de fazer saúde para esse público, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, provocam-nos a repensar toda a conjuntura que reclama esta população no âmbito da saúde, bem como o papel ativo que se espera assumir por eles na materialização desta atenção integral:

> Faz-se necessário ressignificar as ações voltadas para a população adolescente no âmbito do SUS, de maneira que, tanto as necessidades específicas, quanto as singularidades relacionados ao processo de desenvolvimento humano sejam consideradas e problematizadas. Tal movimento não pode se dar alheio à inclusão dos próprios adolescentes no processo de (re)construção da assistência a ele dirigida (SANTOS *et al*., 2017, p. 52).

Assim, ao contextualizar a participação deste público nos serviços de atenção básica, sobretudo na ESF, remetem a práticas centradas no viés médico-

assistencialista e curativista. Ao passo que evidenciam um possível distanciamento na relação serviço/profissional de saúde com o adolescente e incitam a necessidade de fomentar a participação ativa no seu processo de cuidado e na (re)construção de práticas de saúde integral (VIEIRA *et al.,* 2014).

Outra consideração observada se refere ao fato de que esse segmento populacional tem ocupado espaço tímido nas práticas cotidianas de saúde, sobretudo no contexto de atuação das equipes de atenção básica (SANTOS *et al*., 2017; VIEIRA *et al*., 2014). Diante disso, ponderam como importante desafio neste cenário o cuidado à saúde de adolescentes e jovens, tanto pela singularidade que compreende o processo do ser adolescente, quanto pelos modos como se dão a organização dos serviços de saúde. Assim, reclamam a operacionalização da integralidade, concebida enquanto princípio doutrinário do SUS. Destarte, endossam que a atenção integral à saúde do adolescente, constitui matéria não muito simples. Reconhecem então que é no cenário da atenção básica que a integralidade revela sua importância estratégica (AYRES *et al.*, 2012).

Dessa forma, os referidos autores sinalizam pistas potentes que possibilitam guiar em direção à proposição e construção da atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, dentre outros segmentos, de forma ampla e coerente com o projeto a que se propõe a integralidade, quais sejam:

> O aperfeiçoamento de espaços e mecanismos de escuta atenta e livre de preconceitos e condenação moral das necessidades de saúde de indivíduos e populações; o exercício ativo da inter e transdisciplinaridade**,** bem como da gestão democrática e participativa no cotidiano do trabalho das equipes – com discussão de projetos de cuidado, por exemplo; o estabelecimento de vínculos sólidos entre usuários e profissionais, por meio da garantia do sigilo profissional e da oferta de locais acolhedores; o trabalho em grupo com metodologias problematizadoras, que propiciem, a partir das vivências dos sujeitos, as análises de situações e as construções de respostas possíveis em relação às necessidades de saúde; o registro sistemático das atividades e seu acesso/uso compartilhado por todos os profissionais e nas diversas atividades do serviço; as atividades de formação permanente de usuários e profissionais sobre o SUS, seus objetivos e seus princípios; os trabalhos em rede, formais e informais, com outros serviços de saúde e equipamentos sociais e comunitários (AYRES *et al*., 2012, p. 79).

Contudo, essas propostas suscitam reflexões nos modos de fazer e implementar ações e práticas de saúde, sobretudo nos campos de atuação, ação e formação dos profissionais e na forma como tem sido desenvolvido esse projeto que ambiciona a integralidade. Refletimos também que essas pistas não se mostram

distanciadas das competências dos profissionais, especialmente os que atuam nas equipes de atenção básica, que são estimulados a realizar um trabalho enraizado nas dimensões ética, estética e política, mas que se revelam alheias ao cotidiano de práticas que interferem na consolidação de uma atenção integral. Com isso, propicia inquietações e nos convida à trazer à cena objetos de investigação como esse, o da materialização do cuidado à saúde do adolescente, a partir de suas experiências.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa qualitativa sobre a temática do cuidado à saúde do adolescente, a partir da metodologia de história de vida, pois pretendíamos conhecer as experiências de cuidado de adolescentes e explorar informações, sobretudo, na dimensão subjetiva de suas vidas (SPINDOLA, SANTOS, 2003; DESLANDES, GOMES, 2004; SANTOS; SANTOS, 2008).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Campinas do Piauí, Estado do Piauí. Um município do nordeste brasileiro com extensa área rural e grande riqueza cultural, distante 385 km da capital Teresina, Piauí. De acordo com o Censo realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha uma população de 5.408 habitantes, com prevalência discreta da população masculina e o alargamento da base da pirâmide etária, que compreende a faixa etária de 10 a 19 anos. Em 2019, foi estimado um total de 5.613 habitantes (IBGE, 2019). Este município conta com duas comunidades quilombolas e marcante tradição religiosa, que se expressam em constante movimento.

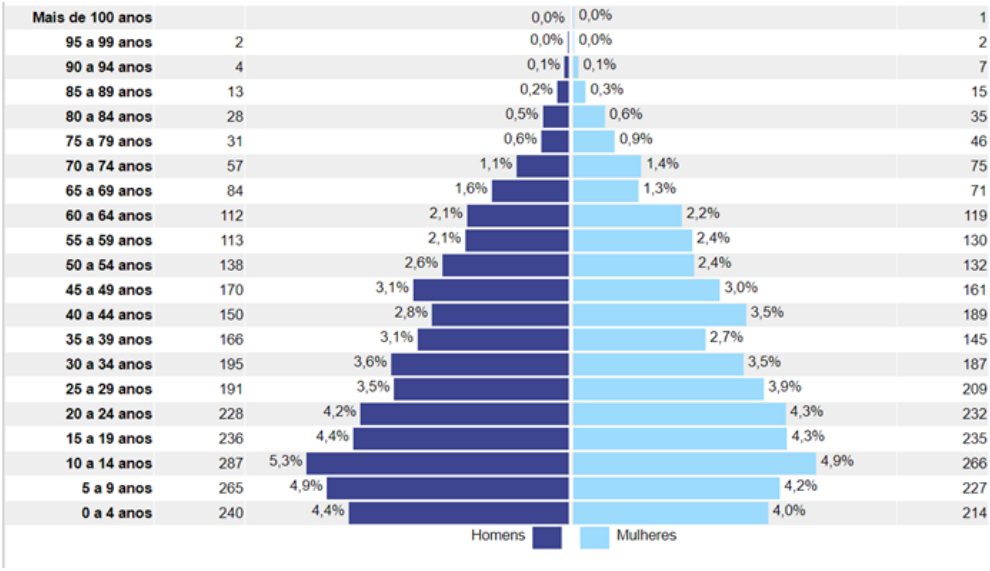
A partir dos dados da pirâmide etária do IBGE (Ilustração 1), observamos indicativos de que a população do município é caracterizada especialmente por adolescentes e adultos jovens. Sobressai a necessidade de empenho do poder público na consideração às demandas específicas manifestas por este estrato da população.

Ressaltamos que Campinas do Piauí possui três equipes da ESF, três equipes de saúde bucal e uma equipe de NASF-AB 3.

As principais motivações que contribuíram para a escolha deste local foram relacionadas a alguns aspectos: o fato de ser o contexto de práticas deste pesquisador, com atuação junto ao NASF-AB na função de psicólogo; o desejo de provocar mudanças no contexto referido, pelo sentimento de pertencimento e implicações pessoais enraizadas neste cenário; também, devido à especificidade do presente programa de mestrado, na modalidade profissional, que estimula a produção

de práticas transformadoras nos contextos de atuação profissional que o mestrando mantém vínculo.

Ilustração 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Campinas do Piauí (PI) – 2010.



Fonte: IBGE, 2019.
Acesso em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=22#topo_piramide>

3.3 Participantes da pesquisa

Diante da proposição de investigar as experiência de cuidado à saúde a partir de adolescentes, constituímos a amostra da pesquisa seguindo alguns preceitos da pesquisa qualitativa, como o que define o caráter intencional. Esta estratégia permite a inclusão de participantes que possam fornecer as informações e experiências que atendam às necessidades do pesquisador (MINAYO, 2010).

Os participantes da pesquisa foram nove (09) adolescentes que residiam no referido município. Ressaltamos a atenção ao critério da idade, considerando a delimitação proposta pelo ECA que considera esse período do desenvolvimento relacionado ao amadurecimento do sujeito e demarca a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2017).

Como a proposta do estudo foi baseada no método da história de vida, inserimos adolescentes de alguns contextos socioculturais do município como grupos religiosos, comunidades tradicionais quilombolas, assentamento rural e de outras comunidades rurais. Observamos que, desses recursos elencados, apenas os

religiosos, com destaque para os grupos de jovens da Igreja Católica e da Evangélica Assembleia de Deus localizadas na sede do município, mobilizam os adolescentes a participarem ativamente, os quais se constituíram como grupos de referências para aproximação. Contudo, consideramos a importância de incluir participantes de realidades onde necessariamente não existissem grupos de referência instituídos e, também, abranger participantes que residiam em áreas que contemplam as três equipes da ESF.

Os critérios de inclusão adotados foram: adolescentes que residiam no município, de ambos os sexos e na faixa etária de 12 a 18 anos. Os critérios de exclusão preestabelecidos foram: adolescentes com transtorno mental moderado ou grave, com algum comprometimento neurológico e os adolescentes em conflito com a lei.

Ressaltamos que todos os adolescentes que foram estabelecido contato para a participação na pesquisa atenderam aos critérios aqui elegidos. Inicialmente foi estabelecido um contato prévio com os participantes. Na oportunidade, utilizei da percepção e experiência como profissional da psicologia pra averiguar se aquele indivíduo estaria habilitado à participação no estudo.

Como forma de aproximação aos participantes, estabelecemos o contato com agentes estratégicos que mantinham vínculo com os adolescentes, como o padre, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, professores e coordenadores pedagógicos. Foi utilizado como mote o seguinte questionamento: “você poderia indicar um adolescente que participa de algum grupo da igreja e que pudesse contribuir com a pesquisa?”. Vale salientar que, como a inclusão dos participantes ocorreu intencionalmente, foi sugerido que indicassem adolescentes de áreas diversas do município, de comunidades onde havia a estrutura de Unidades Básicas de Saúde e de comunidades onde não teria.

Os encontros com os adolescentes aconteceram em dois equipamentos da saúde no município: a Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS), localizada na zona urbana; e, a Unidade Básica de Saúde de Salinas, em uma comunidade rural.

3.4 Procedimentos de produção e análise das informações

Foram realizados encontros com os adolescentes para a produção das informações e construção das histórias de vidas a partir de suas narrativas. Foi

estabelecido contato individual com cada participante e com um familiar ou responsável para esclarecer o objetivo da pesquisa e solicitar a autorização/aceitação de ambos.

As estratégias metodológicas para a operacionalização do encontro foram as seguintes: primeiramente, foi sugerido que o adolescente se apresentasse por meio de um desenho, no qual representaram ou associaram características que o definia. Nessa oportunidade, foram questionados quanto aos conceitos de ‘ser adolescente’, ‘saúde’ e ‘cuidado’.

O segundo momento, foi desenvolvido por meio da elaboração de um ECOMAPA (CHIAVERINI, 2011) pelo adolescente, recurso utilizado para estimular e facilitar o diálogo. Assim, investigamos sobre as suas experiências singulares diante de uma necessidade de saúde ou potencialidade e a identificação de equipamentos, serviços, recursos, grupos, agentes e espaços que constituíam ou se somavam a suas experiências de cuidado e que corroboravam com a percepção de redes de cuidado.

As narrativas produzidas durante os encontros foram registradas na íntegra por meio de aparelho de telefonia móvel. Reiteramos que as estratégias metodológicas utilizadas permitiram acompanhar o discurso dos adolescentes participantes, possibilitaram espaços para a expressão de suas experiências, percepções e compreensões acerca da temática em foco sem nenhum tipo de impedimento.

A produção e análise dos dados foram feitas em blocos de três participantes. Após cada ciclo, verificamos a necessidade de inclusão de novos participantes e a identificação de aspectos a serem aprofundados. Recorreremos à saturação teórica (FONTANELLA *et al.,* 2011) como estratégia para interrupção no recrutamento dos participantes, que aconteceu quando finalizado o terceiro bloco.

A análise das informações foi realizada por meio das narrativas dos sujeitos. Para tanto, fundamentamo-nos no referencial teórico de Ricouer (1976), no que concerne à hermenêutica filosófica. Assim, seguimos algumas fases propostas pelo autor para a realização da análise: leitura inicial, que permite a percepção dos primeiros significados; leitura crítica, quando se aprofunda a leitura com o objetivo de interpretar e compreender os prováveis significados arraigados ao texto; e, apropriação, quando possibilita o apogeu da compreensão e assimilação da mensagem (RICOUER, 1976; TERRA *et al.,* 2009).

Após a realização de cada bloco de três foi feita a transcrição na íntegra das narrativas e realizado a análise por meio da leitura do texto da entrevista na integra.

Posteriormente, realizamos recortes de fragmentos das narrativas e, assim, começamos a elencar alguns significados imbuídos do texto. O último passo consistiu na atribuição de unidades de significação. Essas estratégias possibilitaram a formulação de três unidades de significado: “ser-adolescente”; concepções de saúde e cuidado; e, redes de cuidado.

3.5 Aspectos éticos e autorais da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Piauí, e autorizada pelo local do estudo, atendendo as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, com número de parecer 3.026.437.

Asseguramos que todos os participantes do estudo foram esclarecidos e o consentimento e assentimento obtido por meio das assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Os nomes dos participantes, aqui apresentados, foram substituídos por características atribuídas a eles pelo pesquisador, como estratégia para preservar o anonimato e o sigilo dos participantes.

Observamos que a participação na pesquisa não representou risco de ordem física ou psicológica para os participantes. Durante a produção das informações algumas perguntas poderiam provocar um certo desconforto ao abordar suas experiências anteriores de busca pelo cuidado em saúde, o que poderia acionar inclusive relações de violência ou negligência. Contudo, adotamos uma postura acolhedora e garantimos ao participante o respeito à sua dignidade e autonomia. Porém, não foi percebido a expressão de desconforto durante os encontros.

Os benefícios foram indiretos, pois acreditamos que foi possível compreender experiências de cuidado à saúde de adolescentes daquele município e evidenciamos fragilidades e potencialidade para a materialização do cuidado, especialmente, no âmbito da saúde. Assim, esperamos que esses resultados possam contribuir para subsidiar práticas de saúde mais efetivas, sobretudo, no cenário de atuação das equipes de Atenção Básica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados a seguir, com o artigo “Experiências de cuidado à saúde de adolescentes em um município do nordeste brasileiro”. A sua estruturação segue as normas específicas do periódico escolhido, a priori, para submissão, a Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação - Interface (Botucatu).

4.1 Artigo 1 - Experiências de cuidado à saúde de adolescentes em um município do nordeste brasileiro

Artigo para a Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação - Interface (Botucatu). Novo Qualis A4.

Artigo Original

Experiências de cuidado à saúde de adolescentes em um município do nordeste brasileiro

Health care experiences of adolescents in a northeastern Brazilian municipality

Experiencias de atención integral de salud de adolescentes en un municipio del noreste de Brasil

Paulo Cesar de Moura Luz[1]
ORCID ID: *https://orcid.org/0000-0001-5549-2506*

Fábio Solon Tajra[2]
ORCID ID: *https://orcid.org/0000-0001-7236-5541*

1. Psicólogo. Pós-Graduando do curso de Saúde da Família (Mestrado Profissional) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) / Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI, Brasil. e-mail: paulo.cesarluz@hotmail.com

2 Departamento de Medicina Comunitária, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim 2280, centro (sul), CEP 64.001-450. Teresina-PI, Brasil*. E-mail:* fstajra@hotmail.com

Autor responsável: Fábio Solon Tajra.
Departamento de Medicina Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim, centro (sul), CEP 64.001-450. Teresina-PI. Contato: (86) 3215-5851. E-mail: fstajra@hotmail.com

RESUMO: Foi realizada uma pesquisa qualitativa em saúde que buscou analisar as experiências de cuidado à saúde do adolescente no município de Campinas do Piauí, Brasil. Como recurso, foi utilizada a história de vida; a análise dos dados foi desenvolvida por meio da hermenêutica de Ricoeur. Três unidades de significado foram reconhecidas: o “ser-adolescente”, as concepções de saúde e cuidado e, também, as redes de cuidado. A partir disso, foram reconhecidos vários aspectos que constroem a identidade do adolescente no município e marcam as transformações inerentes a essa fase, entre elas, a felicidade. Os adolescentes desenvolveram um olhar crítico diante das problematizações direcionadas às situações de saúde naquele contexto, todavia imprimem uma conotação construtiva com a proposição de ideias sob a perspectiva do cuidado em rede, que podem acarretar a consolidação de uma atenção integral à saúde dos adolescentes no município.
Palavras-chaves: Saúde do adolescente. Assistência integral à saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT: We conducted a qualitative health research to analyze the experiences of adolescent health care in the municipality of Campinas do Piaui, Brazil. We use the life history technique as a resource and analyze the data through Ricoeur's hermeneutics. We identified units of meaning: “being a teenager”; comprehensive health care; and delivery of health care. From this, we recognize several aspects that contributed to the construction of the adolescent's identity in the city and marked the transformations inherent in this phase, among them, happiness. Adolescents developed a critical look at the problematization of health situations in that context, but they give a constructive connotation with the proposition of ideas, from the perspective of networked care, which may lead to the consolidation of comprehensive health care for adolescents in the municipality.
Key-words: Adolescent Health. Comprehensive Health Care. Qualitative Research.

RESUMÉN: Se realizó una investigación cualitativa de salud para analizar las experiencias de atención de salud de adolescentes en la ciudad de Campinas do Piauí, Brasil. Como recurso, se utilizó la historia de la vida; el análisis de datos se desarrolló a través de la hermenéutica de Ricoeur. Se reconocieron tres unidades de significado: el "ser adolescente", las concepciones de salud y atención y también las redes de atención. A partir de esto, se reconocieron varios aspectos que construyen

la identidad de los adolescentes en la ciudad y marcan las transformaciones inherentes a esta fase, incluida la felicidad. Los adolescentes desarrollaron una mirada crítica a la problematización dirigida a situaciones de salud en ese contexto, pero proporcionan una connotación constructiva con la propuesta de ideas desde la perspectiva de la atención en red, lo que puede conducir a la consolidación de la atención integral de salud para adolescentes en el municipio.

Palabras-clave: Salud del Adolescente. Atención Integral de Salud. Investigación Cualitativa.

Introdução

O cuidado à saúde se apresenta como desafio teórico-prático para a saúde coletiva[1]. Pode ser compreendido como conjunto de comportamentos e ações que incluem conhecimentos, habilidades, intuição e pensamento crítico dirigidos ao ser cuidado, cuja finalidade é promover, manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana[2].

Esse desafio é redimensionado quando inserimos aspectos relacionados à proposta de linhas de cuidado. Isso exige o reconhecimento das necessidades, demandas e representações dos sujeitos a quem destinamos a sua produção em meio à garantia dos princípios de integralidade e coordenação do cuidado[3].

Outro debate se (re)constrói acerca do processo de adolescer/adolescente e os desafios que se incorporam para a sua inclusão nas práticas de saúde cotidianas, para a concretização de uma atenção e um cuidado integral. Considera-se que este desafio é produzido diante de suas características singulares, assim como pela organização dos serviços de saúde[4].

A adolescência pode ser compreendida como um fenômeno plural, que contempla tanto aspectos relativos ao desenvolvimento e crescimento do indivíduo numa dimensão orgânica, como aspectos sociais e culturais, o que contribuem para a ideia de complexidade e de transformações arraigadas a este período[5]. Assim, a singularidade de cada sujeito delineia uma complexa concepção de adolescência pautada em diversas visões, como a sistêmica e construtivista do processo de adolescer[6,7].

A escolha em desenvolver uma pesquisa que trata de uma investigação acerca do cuidado à saúde do adolescente surgiu diante da prática profissional junto ao

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no exercício da função de psicólogo. Foi observado que a amplitude de demandas à saúde apresentadas pelos adolescentes contrastava com um insuficiente desenvolvimento de ações de saúde, comumente, curativas e pontuais.

Assim, partimos do seguinte questionamento: como os adolescentes percebem o cuidado à saúde? A partir disto, buscamos analisar as experiências de cuidado à saúde do adolescente no município de Campinas do Piauí, Piauí, Brasil.

Métodos

Foi realizada pesquisa qualitativa, seguindo a metodologia de história de vida, uma vez que pretendíamos conhecer as experiências de indivíduos e explorar informações, sobretudo, na dimensão subjetiva de suas vidas[8-10].

A pesquisa foi realizada com adolescentes de Campinas do Piauí, Piauí, município do nordeste brasileiro com extensa área rural e grande riqueza cultural. Este município conta com duas comunidades quilombolas e marcante tradição religiosa, que se expressam em constante movimento.

A amostra da pesquisa foi de caráter intencional e contou com nove participantes. Foram inseridos adolescentes de contextos socioculturais diversos como grupos religiosos, comunidades tradicionais quilombolas, assentamento rural e de outras comunidades rurais.

Os critérios de inclusão adotados foram: adolescentes que residiam no município, de ambos os sexos e na faixa etária de 12 a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: adolescentes com transtorno mental moderado ou grave, com algum comprometimento neurológico e os adolescentes em conflito com a lei.

Os encontros com os adolescentes aconteceram em duas unidades de saúde do município, localizadas na zona urbana e rural. A produção e análise dos dados foram feitas em blocos de três participantes. Após cada ciclo, verificamos a necessidade de inclusão de novos participantes e a identificação de aspectos a serem aprofundados. Recorreremos à saturação teórica[13] como estratégia para interrupção no recrutamento dos participantes, que aconteceu quando finalizado o terceiro bloco.

A análise dos dados esteve fundamentada na hermenêutica de Ricoeur[11]. Foram considerados os sentidos e as unidades de significado das narrativas produzidas, que oportunizaram a compreensão acerca da temática.

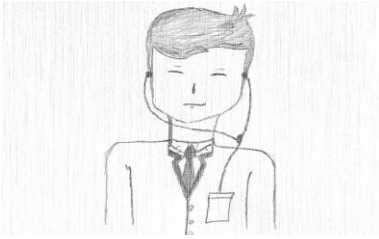
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Piauí, e autorizada pelo local do estudo, atendendo as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, com número de parecer 3.026.437. Os nomes das participantes, aqui apresentados, foram substituídos por características atribuídas a eles pelo pesquisador.

Resultados e discussão

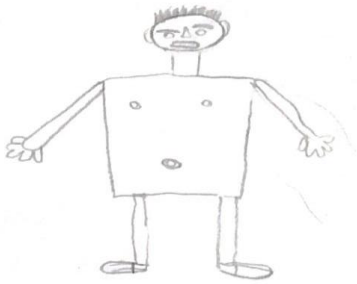
Nesse estudo, os sentidos do “ser-adolescente” e as experiências de cuidado à saúde se reverberam na pluralidade manifesta em suas realidades singulares. A análise do material produzido possibilitou a formulação de três unidades de significado: “ser-adolescente”; concepções de saúde e cuidado e redes de cuidado.

As idades dos participantes variaram entre 15 e 17 anos e cinco são do sexo feminino. Foram construídas suas histórias de vida e algumas aproximações puderam ser percebidas quanto aos espaços comuns que frequentam e o fato da maioria residirem na zona rural do município. A seguir, apresentamos uma breve história dos participantes (Quadro 1).

Quadro 1. Breve descrição dos participantes e suas histórias de vida

Participante	História de vida
A sonhadora: “ando sempre sorrindo [...] sou muito amorosa” Figura 1 - elaborado pela participante 'A sonhadora'.	16 anos, mora com a mãe. Diz ser intensa, meiga, amorosa e muito apegada à sua mãe. Cursa o 2º ano do ensino médio e tem um sonho de se formar em medicina. Frequenta a igreja católica, participa do grupo de jovens e é catequista. Acredita que as coisas sempre poderão melhorar. Revela ter crises de ansiedade. Gosta de ajudar os outros, dar conselhos e ouvir as pessoas.
O artista: “sou músico... a música traz muitos sentimentos”  Figura 1 - elaborado pelo participante 'O artista'.	17 anos, mora na cidade com seus pais e o irmão. Cursa o 3º ano do ensino médio e é evangélico. Revela ser uma pessoa bastante interativa e gosta de ir à igreja, estudar, praticar esportes e de frequentar lugares que lhe proporciona encontros. Comenta: “não tem momento triste pra mim. Dificilmente, eu me deixo abalar por alguma coisa”.

A carinhosa: “fiz eu e minha filha, brincando com ela” Figura 2 - elaborado pela participante 'A carinhosa'.	16 anos, mora com a família em uma comunidade rural quilombola. Tem irmã gêmea e mais dois irmãos. Vive um relacionamento estável e está grávida. Cursa o 1º ano do ensino médio. Gosta de estudar, de sorrir, de ir a festas e ocupa seu tempo livre com o seu parceiro e com as redes sociais. Relata que, devido à gestação, a vida não será mais como era antes.
A amigona: “sou muito feliz... gosto de me cuidar” Figura 3 - elaborado pela participante 'A amigona'.	16 anos, mora em uma comunidade rural quilombola com sua mãe, dois irmãos mais novos e seu esposo. Cursa o 3º ano do ensino médio. Para ela, sua família e as amigas são muito importantes: “quando estamos juntos é só felicidade”. Gosta de ir à missa e ao culto, de sair com as amigas e de dançar.
O baladeiro: “sou legal com as pessoas” Figura 4 - elaborado pelo participante 'O baladeiro'.	15 anos, reside em um povoado rural com sua mãe, o padrasto e o irmão mais novo. Cursa o 1º ano do ensino médio. Diz ser dedicado aos estudos e sonha em ser médico veterinário. Relata ser alegre, humilde e gosta de fazer amizades. É festeiro. Tem dois hobbies, o futebol e a vaquejada.
A persistente: “sou muito otimista e gosto muito de ajudar os outros” Figura 4 - elaborado pela participante 'A persistente'.	15 anos, mora em um assentamento rural com sua mãe, padrasto, dois irmãos e uma tia. Cursa o 1º ano do ensino médio. Ressalta: “sou simpática, gosto de andar sempre sorrindo, não gosto de mostrar tristeza para os outros”. Gosta de ser solidária com quem precisa e de conhecer lugares novos. Reconhece que, apesar das dificuldades, consegue ser forte para ajudar sua mãe e para remar na direção dos seus sonhos.

O atleta: “sou muito alegre e gosto muito de jogar futebol” Figura 5 - elaborado pelo participante 'O atleta'.	16 anos, mora em uma comunidade rural com sua família: pai, mãe e dois irmãos mais novos. Cursa o 2º ano do ensino médio. Ressalta que é alegre, interativo e comunicativo, por isso tem muitas amizades. Dedica-se aos estudos e ao futebol. Sonha em ser jogador profissional, mas sente a falta de oportunidade onde vive. Gosta de se cuidar e principalmente da aparência a fim de conquistar as garotas.
A sossegada: “sou fechada... mas um pouco brincalhona também” Figura 6 - elaborado pela participante 'A sossegada'.	15 anos, mora em uma comunidade quilombola com seus pais e irmão. Cursa o 9º ano do ensino fundamental. Comenta: “gosto de tirar fotos, dançar, brincar, jogar bola, estudar, conhecer outros lugares”. Relata ser sossegada, tranquila, às vezes fechada. Diz que se diverte nos encontros com os amigos, nas redes sociais e nos jogos de futebol dos campeonatos locais.
O tímido: “gosto de me divertir com meus amigos [...] sou feliz, alegre”  Figura 7 - elaborado pelo participante 'O tímido'.	17 anos, reside na zona rural do município, com seus pais, mas longe da irmã que reside em outro município. Estuda o 3º ano do ensino médio. Relata: “sou alegre, gosto de escutar os outros [...] carinhoso, faço amizades fácil e gosto de jogar bola”. Também disse que é tranquilo e, às vezes, tímido. Relata que mora em um lugar tranquilo, sem violência e bom para viver. Diverte-se com os amigos especialmente na escola e no futebol.

Fonte: pesquisa direta.

“Ser-adolescente”

Os participantes lançaram suas percepções sobre o “ser adolescente”. Alguns significados foram produzidos diante das concepções expressas que guardam semelhanças, mas imbuídas de pluralidades.

A adolescência foi representada como fase do desenvolvimento humano e período de transformações que atribuem, sobretudo, aos aspectos orgânicos: “a adolescência é quando começa a mudar [...] de criança passa para adolescente [...] mudança tanto na vida como no corpo” (O baladeiro).

Associaram à adolescência rótulos de rebeldia, possivelmente, manifesta em conflitos que surgem durante esta fase, particular ao seu desenvolvimento: “mudei um pouco, porque era rebelde. Vi que as coisas não eram do jeito que queria [...] tinha que ser responsável” (A persistente).

Essa ideia remete à complexidade tradicionalmente atribuída ao adolescente e à adolescência[5,7]. Resguarda as representações que lhes são atribuídas e internalizadas em suas concepções de “ser-adolescente”, também assumida por outros atores sociopolíticos. A superação dessas crenças ou estereótipos é uma condição necessária para contemplar as singularidades do processo de adolescer[14]. Assim, é relevante a compreensão de que generalizar e naturalizar esses aspectos é arbitrário, o que deve ser percebido e refletido pelo adolescente, seu núcleo familiar e comunitário, além de profissionais e gestores da saúde.

Outra ressalva incide sobre a representação de crise atribuída a este período, que pode ser produzida no processo de amadurecimento do indivíduo e particularizam aspectos ligados a busca pela autonomia. Também são associados os conflitos interpessoais com a existência de relações de poder, sobretudo, no meio familiar: “é uma fase complicada também para os nossos pais [...] tem adolescente que dá muito trabalho para os pais [...] não obedecem mais, já querem ser donos da própria vida, mas não é assim” (O tímido).

Características como rebeldia, conflitos e problemas conotam uma representação cristalizada da adolescência, insuficiente para a sua compreensão, dada a sua complexidade, além de se distanciar de uma concepção plural[7,15,16]. Destaca-se que à família é atribuída importante influência no processo de adolescer, pois conota uma referência para os valores sociais, a representação positiva de amparo social/afetivo e para os seus projetos de vida[14]. Assim, durante esse período, os aspectos ligados à construção de identidade e autonomia se intensificam e as regras na dinâmica familiar e social podem ser aceitas ou transgredidas[17].

O adolescente se expressa a partir das reflexões sobre o seu papel social e o modo como internaliza e o desempenha: “ser adolescente é ser uma pessoa alegre, é estar com a família, é saber respeitar os outros, ter um pouco de responsabilidade” (A persistente). Esta consideração sobre o respeito e a responsabilidade, associados ao “ser adolescente”, pode se configurar como estratégia para equilibrar anseios subjetivos com as normas sociais que lhes são cobradas[18].

Também, esboçaram uma compreensão sobre a adolescência a partir da ideia de formação da identidade associada à necessidade de estabelecer relações interpessoais e formar pares. Um dos adolescentes desenvolveu um olhar para si próprio e passou a se preocupar com a imagem corporal: “me preocupar mais com meu corpo [...] quero ficar mais bonito [...] namorar” (O atleta). De um modo diferente, uma adolescente atribuiu maior importância ao sentimento: “a gente passa a pensar de outro jeito, a sentir coisas que a gente não sentia, por exemplo, quando nos interessamos por algum garoto” (A amigona).

Assim, reconhecemos que há particularidades entre um e outro grupo, e ao profissional de saúde compete estar atento as suas singularidades. Além disso, implicam em processos de identificação e constituição de relações interpessoais, importantes estratégias de integração social que contribuem para a formação da identidade[19].

Esses achados refletem o reconhecimento de suas necessidades de saúde ligadas ao aspecto orgânico como também ao social e cultural. Esta noção situa a complexidade relativa às transformações na dimensão orgânica, especialmente quanto aos marcos pubertários, que desencadeiam a ideia de que esse processo se inicia no orgânico e provoca mudanças em várias dimensões do indivíduo. Reitera-se que a adolescência abrange um grupo específico, que compartilha características comuns, porém não homogêneo e plural[4].

Evidenciaram alguns sentidos sobre o “ser-adolescente” em seus contextos de vida: “aqui todo mundo se conhece, tem um carisma com o outro” (A sonhadora); “não ter aquela preocupação com drogas, tráfico e armas [...] essa questão de bandidagem acontece na cidade grande [...] aqui dificilmente se fala nisso [...] de certa forma, mais livre” (O artista). Essas características conduzem à percepção de valores subjetivos, particulares a uma possível dinâmica social, daquela realidade, onde as pessoas criam vínculos e sentimentos de fraternidade.

Referiram dificuldades relacionadas aos seus contextos, como falta de oportunidades, especialmente para os adolescentes: “as oportunidades para os adolescentes são poucas [...] se divertir até que dá, mas trabalhar está difícil [...] falta a cidade fazer alguma coisa pelos adolescentes [...] uma faculdade” (O tímido).

Ressaltamos que essa queixa recai sobre o desejo de permanecer em seus territórios. Devido à ausência de ensino profissionalizante e superior no município, há um processo de migração para outras cidades, na busca por seus projetos de vida.

Observamos a referência à dimensão do trabalho, que pode estar associada à busca pela independência e autonomia, também um reflexo de desigualdades sociais que atingem a população mais pobre e afetam os projetos de vida dos jovens[14].

Pontuaram práticas significativas relacionadas ao entretenimento, socialização e aos estudos: “jogo futebol. [...] pra mim, significa muito [...] quando eu estou em campo, com meus amigos, fico feliz” (O atleta); “aqui é estudar, ficar com os amigos [...] conversar, sorrir, brincar, jogar bola” (A carinhosa). A formação de uma rede social de apoio é importante para o adolescente, diante da necessidade relativa aos pares e grupos, com o sentimento de identificação e pertencimento[19].

As reflexões aqui provocadas situaram uma pluralidade de concepções sobre o “ser-adolescente”. Aqui, começamos a perceber que o cuidado à saúde deve ser produzido na perspectiva do adolescente como um ser único.

Concepções de saúde e cuidado

Em se tratando do conceito de saúde, os participantes expressaram uma perspectiva individualista: “é estar bem consigo mesmo, tanto em questão exterior como interior [...] psicológica, mental [...] sou muito ansiosa, intensa demais com as pessoas [...] já tive alguns problemas com depressão” (A sonhadora). Neste caso particular, a perspectiva individualista se situa na consideração sobre aspectos relativos às dimensões interna e externa a si. Ressaltou, também, elementos do eixo psíquico que podem encontrar amparo em sua experiência com relação ao sofrimento psíquico.

Foi lançada a noção de saúde como um ideal a ser conquistado e mantido: “estar 100%” (O artista). Também, referência a estratégias adotadas para elevar a sua preservação e integridade: **“**se cuidar, se prevenir, se proteger, se alimentar bem, não se envolver com ‘coisa errada’ [...] droga, muita cachaça” (A carinhosa).

Esta perspectiva se soma à significação de saúde como ausência de doenças: “é estar bem, sem nenhuma doença” (O baladeiro). Esse conceito pré-formatado é uma herança do modelo biomédico que ainda exerce influência literal na conjuntura dos processos de trabalho e organização dos serviços de saúde, na formação e na produção do conhecimento[20].

Produz, também, uma noção de polaridade conferida nessa interface que delimita o conceito de saúde condicionado à ausência de doença e que reitera a

atribuição positiva à primeira e negativa à segunda. A consideração vai para a desconstrução dessas concepções que demarcam certa regularidade no campo das experiências e práticas, arriscado ao refletir o campo do fazer[21].

Outra associação foi possível: “saúde é quando a gente está bem e feliz ao mesmo tempo” (A amigona). Ressaltamos que a saúde se torna um ideal a ser alcançado permanentemente e que, além de aludir à dimensão orgânica relativa à ausência de doenças, referiu à condição de bem-estar, articulada à ideia de felicidade, numa acepção mais subjetivista. Assim, mencionou: “o que deixa feliz é estar com as pessoas que a gente gosta, fazer o que a gente gosta [...] jogar bola, estar com as amigas, festas” (A amigona). Na narrativa anterior, situou, também, o aspecto social quando remete ao impacto que as relações provocam ao bem-estar.

Uma discussão sob a perspectiva da subjetividade compreende a saúde a partir do social, desencadeada pelas diferentes necessidades e processos implícitos nas experiências subjetivas do indivíduo. Assim, reconhece a pessoa tanto no aspecto individual, atrelado à sua incorporação como sujeito e não como reflexo de processos como a doença, quanto no social, reconhecendo-a como integrante de diversos momentos individuais, implicados em diferentes contextos e relações humanas[22].

Os participantes lançaram significações ligadas a possíveis práticas de cuidado e, assim, a compreensão de que a saúde depende das ações, comportamentos e hábitos de vida cotidianos: “cuidar da alimentação [...] procurar o posto de saúde frequentemente [...] fazer exames para saber se está tudo bem” (A persistente)**;** **“**saúde é se cuidar, ir de vez em quando ao médico” (O tímido)**.**

Alguns sentidos balizaram a assistência à saúde como meio para proporcionar respostas às necessidades e anseios dos indivíduos. A sua utilização obedece a um projeto que requer um esforço da ciência, que produz o conhecimento a partir da doença e o transforma em saberes e instrumentos para intervenção que, utilizados pelos profissionais em suas práticas cotidianas, produz saúde[23]. Contribuem, também, com a ideia de que o cuidado está presente na realidade operacional dos serviços de saúde, nos diferentes processos ligados à promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde individual e coletiva[24].

As representações sobre o cuidado a saúde oportunizaram uma concepção voltada para “o cuidar de si”: “[o cuidado à saúde] seria, de certa forma, prestar mais atenção em si mesmo [...] nem sempre isso acontece” (A sonhadora). O cuidado pode ser compreendido como atitude e atenção empreendida na dimensão particular do

indivíduo, que incorpora o cuidar de si, o preocupar-se consigo, o estar atento a si[25,26] e se configura como um atributo e uma necessidade universal humana, que pode ser constituído como finalidade prática dimensionada em uma perspectiva individual[23].

Sinalizaram sentidos sobre práticas que desenvolvem na dimensão do cuidar de si: “quando estou doente, vou ao hospital [...] em casa, minha mãe cuida” (A persistente); “passar de vez em quando no médico para saber como está a saúde, fazer exames de sangue às vezes” (A sossegada).

Assim, a compreensão do cuidado pode ser evidenciada a partir de ações que particularizam a dimensão orgânica. Como práticas comuns, mencionaram a visita frequente ao serviço e aos profissionais de saúde, a realização de procedimentos clínicos e o cuidado empreendido pela figura materna. Reitera-se que o cuidar de si incorpora a ideia de conversão para si, no sentido de se apoderar daquilo que lhe parece satisfatório e que lhe oportuniza um sucesso desejado[27].

Os participantes da pesquisa assinalaram que o cuidado incide sobre a manutenção da saúde, não apenas quando já instalada a doença: “cuidar da saúde não é só quando estou doente [...] é quando procuro saber como posso me cuidar” (A carinhosa); “se cuidar para não pegar uma doença, se prevenir [...] não andar de moto bêbado” (O atleta). Aqui, o cuidado é representado, ainda, na perspectiva do cuidar de si, como estratégia de prevenir doenças ou eventos que perturbem o bem-estar. Dialoga, assim, com a noção de risco, que permite localizar a doença fora do corpo, sob as percepções de fatores ambientais, sociais, dentre outros, como importantes e potenciais danos à saúde[28].

Na oportunidade, destacamos uma narrativa que descreve práticas de cuidado ligadas à sabedoria popular: “minha avó faz alguns remédios caseiros, fala pra minha mãe me levar em uma rezadeira [...] nem tudo o hospital resolve [...] minha mãe fala que remédio bom pra gripe é chá de alho, lambedor, remédio feito com folha de algodão” (A persistente). Assim, ao situar atores inéditos e recursos para o cuidado alicerçado na sabedoria popular, enriquece a compreensão almejada. Proporciona uma reflexão sobre o cuidado que acontece em ato, independentemente de profissionais especialistas, serviços de saúde ou procedimentos padrões.

Diante de suas necessidades de saúde, os participantes mencionaram atores significativos para a promoção da atenção e do cuidado à saúde: “quando eu tenho algum problema de saúde, procuro uma técnica [de enfermagem] [...] na escola, temos

um apoio dos amigos, dos professores e dos funcionários [...] sou catequista da igreja e isso me ajudou bastante, com relação à depressão e ansiedade" (A sonhadora).

Assim, é importante a reflexão de que a compreensão de saúde não é estática e pode ser construída em um determinado momento social, econômico, político e cultural. Nesta conjuntura, diversos significados podem ser/são atribuídos à saúde como estado de bem-estar, equilíbrio, harmonia, ou até mesmo como a ausência de doenças. A relação com o cuidado pode ser estabelecida a partir do entendimento de que lhe é atribuído a função de restituir o equilíbrio quando perturbado[29-31].

Redes de cuidado

Observamos que a percepção de rede está voltada para as dimensões sanitária, que incorpora a assistência à saúde e social ligada à família, à escola, aos amigos e à igreja.

Os participantes situaram, diante de suas necessidades de saúde, a dimensão institucional da assistência à saúde: "não venho muito ao hospital [UBAS] ou a uma UBS, mas é o primeiro lugar que procuro" (O artista); "procuro o médico [...] quando meu problema de saúde não é grave, ele passa alguns remédios e vou para casa; quando é mais grave, encaminha para outro hospital" (A persistente).

Podemos destacar que, neste município, os equipamentos de saúde percebidos são a Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS) e as Unidades Básica de Saúde (UBS) da zona rural, geralmente representadas como Posto de Saúde. Todos estes equipamentos são da Atenção Básica. Culturalmente, reconhecem a UBAS como o 'hospital' do município, possivelmente pelo modo como estão estruturados os processos de trabalho e a atenção ofertada, alicerçada no atendimento ambulatorial à demanda espontânea.

Assim, ofertam pistas sobre o modelo de atenção à saúde assistencialista e ambulatorial. Isso contribui com a compreensão do equipamento de saúde do município, a UBAS, como unidade hospitalar, mesmo não dispondo de densidade tecnológica característica desse tipo de serviço. A atenção se complementa com encaminhamentos para outros equipamentos que possuem maior densidade, situados na região de saúde. Ainda, mencionaram o profissional médico como referência para os atendimentos às suas necessidades.

Essa ideia encontra respaldo na lógica do modelo biomédico e na influência que exerce para a organização das ações de saúde. Consideram-se que este modelo apresenta limitações relevantes ao priorizar aspectos individuais relacionados à condição de adoecimento orgânico, com ações curativas e medicalizantes e a supervalorização da atenção hospitalar em detrimento de uma consideração aos aspectos socioculturais, importantes para a análise dos determinantes do processo saúde-doença[20,32].

Reiteramos que os adolescentes exploram os recursos disponíveis em suas realidades, com destaque às práticas medicalizantes. Além disso, ressaltaram o suporte familiar como estratégia/atitude de cuidado: “minha mãe me ajuda em tudo que eu preciso [...] principalmente em relação às minhas questões de ansiedade” (A sonhadora); “quando meus pais não estão em casa, minha tia me leva para o hospital ou me dá algum remédio” (O tímido).

Essas narrativas contribuem para o entendimento da rede, como imbuída de construtos formais e informais na produção do cuidado. Assim, incorpora a família que é considerada a primeira e mais presente instância de cuidado[33], desempenha papel relevante na constituição de uma rede de apoio e assume função precípua quanto ao cuidado, suporte e orientação para o adolescente[34].

Nesse panorama, a escola também é mencionada como equipamento importante nas suas experiências de cuidado, significada como espaço de interação e trocas: “tenho várias crises de ansiedade, quando começa uma crise na escola, sinto esse apoio dos meus colegas, das professoras, dos funcionários [...] sempre entendem” (A sonhadora).

Os amigos podem se somar à rede de apoio e contribuem com essa compreensão do cuidado na dimensão social. As suas interações possibilitam vínculos e experiências relevantes, especialmente quanto ao “ser-adolescente” e ao processo de desenvolvimento: “os meus amigos me falam, porque eles são mais velhos, para me prevenir das doenças que pega quando a pessoa faz relação com outra, o que tem que usar” (O atleta); “meus amigos me ajudam de várias formas, me dão conselhos [...] quando eles precisam eu ajudo” (A sossegada).

Mencionaram, ainda, as igrejas. Na oportunidade, destacaram as suas crenças e as implicações como os grupos de jovens. Reconhecem-nas como recursos para a interação social e o engajamento nos espaços coletivos assume relevância na expressão da juventude e diante das suas necessidades: “faço parte do Grupo de

Jovens que é uma âncora muito forte para os jovens, porque os adolescentes passam por muitas mudanças, então é sempre importante estar voltando isso pra Deus" (A sonhadora); "tem uma igreja lá [...] eu frequento, mas não tem grupo de jovens, poderia ter um grupo de jovens para as pessoas frequentarem mais a igreja" (O atleta).

Expressaram, ainda, fragilidades nas suas experiências de cuidado no tocante à rede formal. Caracterizaram como pontual a assistência e/ou atenção que tem sido ofertada pelos equipamentos de saúde: "venho fazer o pré-natal e quando eu preciso de alguma coisa, quando eu estou doente, só pra isso" (A carinhosa)**;** "só venho [ao serviço de saúde] quando tenho algum problema" (A sossegada). Essas narrativas apontaram para um distanciamento entre o adolescente e os serviços de saúde e, assim, a fragilidade no vínculo, corresponsabilização e na proposição de ações continuadas para esse público no município.

Outras narrativas caracterizaram a organização da rede de atenção no município e revelaram uma inconstância dos serviços de saúde que reflete diretamente nos processos de trabalho e que reverbera em baixa resolutividade: "aqui [UBS 1 - zona rural] só tem médico na quarta [...] quando estou sentindo um problema de saúde e não tem médico, vou em outro lugar" (A carinhosa); "tem médico só nas terças [UBS 2 - zona rural], quando adoeço na semana venho para a cidade [UBAS]" (O baladeiro).

Percebemos como limitação a questão do acesso aos serviços de saúde, especialmente na zona rural do município, cujo funcionamento se restringe a um dia por semana. Isso contribui para o não reconhecimento da UBS como uma referência para o cuidado, pois não cumpre uma constância na atenção à saúde da comunidade. Reiteramos que as evidências de práticas assistencialistas e/ou campanhistas contribuem com a percepção de limitações para o cuidado integral, mediante sua pontualidade e a não incorporação das necessidades de saúde suscitadas nos seus contextos de vida.

Deste modo, insere a reflexão sobre a integralidade, sobretudo, na conjuntura dos processos amparados pela Atenção Básica. A sua compreensão propulsiona mudanças nos processos de trabalho, tendo como finalidade sanar as fragmentações e fragilidades na atenção à saúde. Esse desafio pode transcender esses aspectos organizacionais e de trabalho, ampliar para os percursos e fluxos dos usuários no tocante ao acesso à atenção e o cuidado que necessita e, sobretudo, provocar a

reflexão/ação sobre o saber/fazer para efetivamente dar conta das singularidades dos indivíduos[2,27,35].

A Atenção Básica, coordenada pela ESF, desempenha um papel imprescindível na construção das redes como centro de comunicação e conexão, regulador do acesso e utilização dos recursos necessários para produção do cuidado integral, o que pressupõe o fortalecimento deste nível de atenção[36]. Porém, são expressivas as limitações para a consolidação da ESF como modelo de atenção que abarque a dimensão da integralidade em saúde[37].

No que diz respeito à intersetorialidade, as narrativas indicaram dificuldades para a consolidação de redes e para o cuidado integral, uma tímida, ou até mesmo incipiente, comunicação entre os equipamentos existentes no município, pois não revelaram fluxos definidos: “quando tem algum aluno fazendo coisa errada, o pessoal da saúde vem na escola [...] tem as palestras com o tema do abuso sexual, as doenças transmissíveis, como a AIDS” (A persistente); “deveriam fazer mais palestras para cuidar mais dos adolescentes [...] fazer mais parceria um com o outro [...] o hospital, a escola, a família, futebol, a igreja” (O atleta).

Observamos referência à escola como um meio para o contato do adolescente com os profissionais de saúde, através de atividades como palestras. Assim, destacaram a realização de ações de saúde na escola como estratégia que poderia assumir uma perspectiva intersetorial.

Essas considerações situaram a questão do acesso aos serviços e ações de saúde, especialmente com relação à dimensão operacional. Embora as ações e demandadas necessitem de consideração ao contexto das singularidades e aos determinantes sociais para a construção de intervenções, ainda deve-se considerar que suas implementações não ocorram apenas condicionadas à iminência de queixas específicas. Todavia, ocorrer no cotidiano dos serviços e implícitas no fazer do profissional, de modo que a atenção e cuidado produzido na ESF integrem um fazer criterioso de prevenção, promoção, com o acesso ao cuidado longitudinal, com efetividade da atenção à saúde[38].

Considerações Finais

As histórias de vida de adolescentes e suas experiências singulares agregaram significações que propiciaram uma compreensão a respeito do cuidado e sua

materialização. As implicações aqui esboçadas denotaram uma pluralidade de sentidos e uma inter-relação das suas representações sobre o processo de adolescer, a saúde, a doença e o cuidado e, assim, contribuiu para a reflexão sobre a constituição de uma rede de cuidados à saúde do adolescente no contexto que habitam.

Endossamos que os adolescentes desenvolveram um olhar crítico diante das problematizações direcionadas às situações de saúde naquele contexto. Ainda imprimiram uma conotação construtiva com a proposição de ideias, sob a perspectiva do cuidado em rede, que podem acarretar a consolidação de uma atenção integral à saúde dos adolescentes no município.

Esperamos que essa discussão ecoe vozes que produzam tensões e instiguem a construção de redes de cuidado sobre uma perspectiva integradora. Também, o reconhecimento dos adolescentes como demandantes de um cuidado à saúde que deve ser delineado em meio à tessitura de pontos que outrora se configura uma rede.

Reconhecemos algumas limitações do estudo, embora os achados reflitam a realidade de adolescentes daquele contexto, outros aspectos podem ser aprofundados, como os aspectos culturais, sociais e econômicos que influenciam no processo de adolescer. Acreditamos que essa pesquisa possa contribuir para subsidiar práticas de saúde mais efetivas para os adolescentes, especialmente, no cenário de atuação das equipes de Atenção Básica.

Referências

1. Cruz MCC. O Conceito de Cuidado à Saúde [dissertação]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 2009.

2. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1089-1100.

3. Franco TB, Magalhães Junior JM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-134.

4. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):67-82.

5. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. Psic. Saúde & Doenças. 2015; 16(2):217-229.

6. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. Cien Saude Colet. 2014; 19(2):619-627.

7. Souza C, Silva DNH. Adolescência em Debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. Psicologia em Estudo. 2018; 23(2):23-34.

8. Deslandes SF, Gomes RA. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ (Org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

9. Spindola T, Santos RS. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):119-26.

10. Santos IMM, Santos RS. A etapa de análise no método história de vida - uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):714-9.

11. Ricoeur P. Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70, 1976.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa população 2018 [Internet]. 2018 [citado 17 Ago 2019]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/campinas-do-piaui/panorama.

13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, RJ, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):388-394.

14. Macedo EOS, Conceição MIG. Significações sobre Adolescência e Saúde entre Participantes de um Grupo Educativo de Adolescentes. Psicol., Ciênc. Prof. 2015; 35(4):1059-1073.

15. Quiroga FL, Vitalle MSS. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. Physis. 2013; 23(3):863-878.

16. Berni VL, Roso A. A adolescência na perspectiva da psicologia social crítica. Psicol. Soc. 2014; 26(1):126-136.

17. Barbosa PV, Wagner A. A construção e o reconhecimento das regras familiares: a perspectiva dos adolescentes. Psicol. Estud. 2014; 19(2):235-245.

18. Fontenele LQ, Miranda LL. Adolescência(s): produções e atravessamentos discursivos em análise. Trends Psychol. 2017; 25(3):969-982.

19. Carvalho RG, Fernandes E, Câmara J, Gonçalves JA, Rosário J, Freitas S et al. Relações de amizade e autoconceito na adolescência: um estudo exploratório em contexto escolar. Estud. psicol. (Campinas). 2017; 34(3):379-388.

20. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cien Saude Colet. 2015; 20(6):1869-1878.

21. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis. 2007; 17(1):43-62.

22. Mori VD, Rey FG. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicol. teor. prat. 2012; 14(3):140-152.

23. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface (Botucatu). 2004; 8(14):73-92.

24. Araujo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(1):200-207.

25. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

26. Marcello FA, Fischer RMB. Cuidar de si, dizer a verdade: arte, pensamento e ética do sujeito. Pro-Posições. 2014; 25(2):157-175.

27. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate. 2017; 41(115):1177-1186.

28. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cienc Saude Colet. 2001; 6(1):63-72.

29. Gadamer HG. O Mistério da saúde – o cuidado da saúde e a arte da medicina. (Trad. Antônio Hall). Lisboa/Portugal: Edições 70. 2009.

30. Scliar M. História do conceito de saúde. Physis. 2007; 17(1):29-41.

31. Scorsolini-Comin F, Figueiredo IA. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras estórias, de Guimarães Rosa. Saude Soc. 2018; 27(3):883-897.

32. Esmeraldo GROVl, Oliveira LC, Esmeraldo Filho CE, Queiroz DM. Tensão entre Modelo Biomédico e Estratégia Saúde da Família: percepções dos trabalhadores de saúde. Rev. APS. 2017; 20(1):98-106.

33. Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Interface (Botucatu). 2015; 19(1):995-1003.

34. Costa RF, Zeitoune RCG, Queiroz MVO, Gómez GCI, Ruiz GMJ. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(5):741-747.

35. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude Soc. 2009; 18(2):11-23.

36. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. Cienc Saúde Colet. 2012; 17(11):2893-2902.

37. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(3):e00172214.

38. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde Soc. 2015; 24(1):165-179.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado à saúde do adolescente se constituiu como temática central do estudo. A empreitada assumida aqui explorou as histórias de vida de adolescentes e suas experiências singulares agregaram significações que propiciaram um entendimento de como cuidado se materializa nos contextos que habitam. Diante disso, é possível reiterar algumas reflexões.

A adolescência como fase do desenvolvimento é percebida em sua complexidade característica, mas marcada por estereótipos, conflitos e, assim, provoca sentidos que levam à sua incompreensão, também sentida diante dos serviços e profissionais de saúde. Outro aspecto observado, recai sobre as transformações que ocorrem no indivíduo que se relaciona à dimensão do amadurecimento do sujeito. Esse processo pode presumir conflitos e, assim, reitera o crivo da complexidade, que ressoa como dificuldade para outros atores, como os que compõem os serviços de saúde e a escola, quanto ao manejo das demandas e a incorporação dos adolescentes em ações cotidianas.

Esta noção foi corroborada nos achados relativos ás suas concepções de saúde e cuidado, ligadas à perspectiva biomédica. Essas considerações reforçam a ideia de que o cuidado à saúde se liga a uma atenção ou atitude dispensada a si mesmo, o cuidar de si, e à preservação da saúde física, e sua preponderante significação atrelada à ausência de doença e ao ideal de bem-estar.

Essas reflexões esboçadas incidem nas experiências dos adolescentes, sobretudo quanto as estratégias empreendidas ou buscadas diante de suas necessidades singulares. Contribuem para a percepção do lugar que o adolescente tem ocupado na atenção e nas práticas de saúde, beirando a invisibilidade. Além disso, destaca-se a relevância que as ações assistencialistas e ambulatoriais assumem e o caráter pontual e a limitação no acesso as respostas que, as vezes, reclamam diante de suas necessidades de saúde. Assim, é possível a compreensão de que a atenção à saúde ofertada a este público não oportuniza vínculo, corresponsabilização, longitudinalidade e integralidade do cuidado.

Outro desafio que podemos mencionar diz respeito à fragilização na articulação intersetorial, que reflete em práticas isoladas e unilaterais sem produzir impactos nas situações que suscitam esta articulação.

Pontuamos, ainda, a preocupação com um ideal relacionado à integralidade no cuidado, quando reclamam maior consideração, visibilidade e o seu reconhecimento, pelos serviços e profissionais de saúde, como sujeito demandante de um cuidado que amplie para as suas singularidades e para os seus contextos de vida. Os equipamentos de saúde refletem uma desorganização e uma postura excludente com esse grupo, uma vez que só o incorpora diante de ações campanhistas e pontuais.

Como consequência, pode gerar um distanciamento entre serviço de saúde e adolescente, pois o contato só é estabelecido quando este indivíduo procura o serviço e só faz isso diante de uma situação aguda ou necessidade iminente. Cabe destacar que os participantes não mencionaram que são procurados pelos profissionais de saúde, em suas realidades.

Outro aspecto que podemos ressaltar, recai sobre a perspectiva do cuidado ligada a várias dimensões, o que contribui com a discussão sobre redes. Assim, as experiências, que conotam sentidos particulares ao jeito de ser de cada um, contribuem com a noção de que o cuidado se materializa em práticas diversas que são cotidianas, relacionais, formais e não-formais, institucionalizadas ou não, a depender das singularidades de cada sujeito.

Portanto, acreditamos que foram muitas as reflexões produzidas durante todo o processo da pesquisa, nos encontro, nas leituras e nas produções. Reiteramos que esse preliminar desfecho produz um impacto positivo neste pesquisador ao tornar claro e literal as inquietações sentidas e implicadas no seu fazer cotidiano. Cresce o desejo de provocar mudanças naquele contexto, sobretudo, a partir do lugar que é ocupado e de onde se levanta a voz: o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica à Saúde, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, a Psicologia. Que assim, possa ressoar benefícios para aqueles que ofertaram suas histórias, representativos do grupo de adolescentes naquele contexto.

REFERÊNCIAS

ANHAS, D. M.; CASTRO-SILVA, C. R. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 484-495, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00484.pdf. Acesso em: 9 jul. 2018.

ARAUJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 200-207, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a27.pdf. Acesso em: 13 jul. 2018.

AYRES, J. R. C. M. *et al*. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/1801/180122635025.pdf. Acesso em: 12 abr. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf. Acesso em: 13 jul. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf. Acesso em: 12 abr. 2018.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde Soc**. [*online*]. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf. Acesso em: 12 abr. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf. Acesso em: 12 abr. 2018.

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

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017. 115 p. disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf. Acesso em: 08 jul. 2018.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* (Org.). Instrumentos do processo de matriciamento. In: _____. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. p. 21-48. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 25 abr. 2018.

CRUZ, M. C. C. **O Conceito de Cuidado à Saúde**. 150 f. il. 2009. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10398/1/2222222.pdf. Acesso em: 12 abr. 2018.

ESMERALDO, G. R. O. V. L.; OLIVEIRA, L. C.; ESMERALDO FILHO, C. E.; QUEIROZ, D. M. Tensão entre Modelo Biomédico e Estratégia Saúde da Família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**. Juiz de Fora, MG, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15786. Acesso em: 02 ago. 2019.

FERTONANI, H. P. *et al*. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em:15 jul. 2019.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.2, p. 388-394, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf. Acesso em: 2 abr. 2018.

GADAMER, Hans-Georg. **O Mistério da saúde –** o cuidado da saúde e a arte da medicina. (Trad. Antônio Hall). Lisboa / Portugal: Edições 70. 2009. 191p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa população 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/campinas-do-piaui/panorama. Acesso em: 10 set. 2019.

MATOS, V. C. A. S.; SILVA JUNIOR, A. F. Reflexões da hermenêutica filosófica para a prática do psicólogo em contexto hospitalar. **Rev. abordagem gestalt.** Goiânia, v. 23, n. 1, p. 84-94, abr. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n1/v23n1a10.pdf. Acesso em: 14 jul. 2018.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em Saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010.

SANTOS, R. R. *et al*. Gênero e práticas de saúde: singularidades do autocuidado entre adolescentes. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 1, p. 37-57, abr. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n1/v9n1a03.pdf. Acesso em: 8 jul. 2018.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida - uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 714-9, Out-Dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/12.pdf. Acesso em: 26 abr. 2018.

SOUZA, C.; SILVA, D. N. H. Adolescência em Debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**. v. 23, n. 2, p. 23-34, 2018. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/35751. Acesso em: 02 ago. 2019.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, jun 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2019.

RICOEUR, P. **Teoria da Interpretação**. O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70, 1976.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n2/v16n2a08.pdf. Acesso em: 8 jul. 2018.

SILVA, M. A. I. *et al*. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciênc. saúde coletiva** [*online*]. 2014, vol.19, n.2, pp.619-627. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00619.pdf. Acesso em: 7 jul. 2018.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é? Como fazer isso?. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 de jul. de 2018.

TERRA, M. G. *et al*. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-99, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de out. de 2019.

VELHO, M. T. A. C.; QUINTANA, A. M.; ROSSI, A. G. Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 76-84, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2019.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface** (Botucatu). v.19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/ v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf. Acesso em: 2 abr. 2018.

VIEIRA, R. P. *et al*. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico-Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 309-316, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00309.pdf. Acesso em: 9 jul. 2018.

APÊNDICE A – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

O presente artigo apresenta os resultados referentes à revisão integrativa que tem como título “Acesso aos Cuidados à Saúde do Adolescente na Atenção Básica: uma revisão integrativa”. Surgiu no decorrer da pesquisa, a partir da necessidade de apropriação do objeto de estudo, especialmente no tocante à questão do acesso aos cuidados de saúde do adolescente na Atenção Básica. A elaboração do mesmo está em conformidade com as normas do periódico escolhido para submissão, a Revista Saúde em Debate.

Revisão Integrativa

Acesso aos Cuidados à Saúde do Adolescente na Atenção Básica: uma revisão integrativa

Access to Adolescent Health Care in Primary Care: an integrative review

Acceso a la atención integral de salud de adolescentes en atención primaria: una revisión integradora

Paulo Cesar de Moura Luz[1]
ORCID ID: *https://orcid.org/0000-0001-5549-2506*

Fábio Solon Tajra[2]
ORCID ID: *https://orcid.org/0000-0001-7236-5541*

1. Psicólogo. Aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (Mestrado Profissional) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) / Universidade Federal do Piauí. Teresina-PI, Brasil. e-mail: paulo.cesarluz@hotmail.com

2 Departamento de Medicina Comunitária, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim 2280, centro (sul), CEP 64.001-450. Teresina-PI, Brasil. e-mail: fstajra@hotmail.com

Autor responsável: Fábio Solon Tajra.
Departamento de Medicina Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim, centro (sul), CEP 64.001-450. Teresina-PI. Contato: (86) 3215-5851. E-mail: fstajra@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar as produções científicas acerca do acesso aos cuidados de saúde do adolescente na Atenção Básica. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa em que foi utilizada a base de dados Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, a partir dos descritores em saúde: atenção básica, estratégia saúde da família, acesso aos cuidados de saúde, saúde do adolescente e adolescente. Foram incluídos nove artigos publicados entre os anos de 2009 a 2018, analisados e agrupados em quatro categorias temáticas: organização e funcionamento dos serviços de atenção à saúde do adolescente; acesso às ações e serviços de saúde do adolescente; práticas intersetoriais e o desafio da integralidade do cuidado à saúde do adolescente e 'ser-adolescente'. **Resultados e discussões:** a adolescência é compreendida como um período marcado por conflitos e dificuldades. Evidenciaram fragilidades na atenção à saúde do adolescente, com ações que não refletem as suas necessidades e a infraestrutura dos serviços da atenção básica que não favorece o acesso à saúde ao adolescente. **Considerações finais:** desperta-se à reorganização dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, com garantia da intersetorialidade e efetivação da uma atenção integral ao adolescente.

Palavras-chave: Acesso aos Cuidados de Saúde. Atenção Básica. Adolescente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific productions about access to adolescent health care in Primary Care. **Method**: An integrative review was performed using the Virtual Health Library database, based on the keywords: primary health care, family health strategy, health services accessibility, adolescent health and adolescent. We included nine articles published between 2009 and 2018, which were analyzed and grouped into four thematic categories: organization and functioning of adolescent health care services; acess to adolescent health actions and services; inters intersectoral practices and the challenge of comprehensive adolescent health care; and, 'being a teenager'. **Results and discussions**: adolescence is understood as a period marked by conflicts and difficulties. They highlighted weaknesses in adolescent health care,

with actions that do not reflect their needs and the infrastructure of primary care services that do not favor access to adolescent health. **Final considerations**: awakens to the reorganization of the work processes in the Family Health Strategy, ensuring the intersectoriality and effectiveness of comprehensive care for adolescents.
Key-words: Health Services Accessibility. Primary Health Care. Adolescent.

RESUMÉN

Objetivo: analizar las producciones científicas sobre el acceso a la atención de la salud adolescente en Atención Primaria. **Método:** se realizó una revisión integradora utilizando la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), basada en las palabras clave: atención primaria, estrategia de salud familiar, accesibilidad a los servicios de salud, salud del adolescente y adolescente. Nueve artículos publicados de 2009 a 2018 se analizaron y agruparon en cuatro categorías temáticas: organización y funcionamiento de los servicios de atención de la salud de los adolescentes; acceso a acciones y servicios de salud adolescente; prácticas intersectoriales y el desafío de la atención integral de salud para adolescentes y 'ser adolescente'. **Resultados y discusiones:** la adolescencia se entiende como un período marcado por conflictos y dificultades. Destacaron las debilidades en la atención de salud de los adolescentes, con acciones que no reflejan sus necesidades y la infraestructura de los servicios de atención primaria que no favorecen el acceso a la salud de los adolescentes. **Consideraciones finales**: se despierta a la reorganización de los procesos de trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia, asegurando la intersectorialidad y efectividad de la atención integral para adolescentes.
Palabras-clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud. Adolescente.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) se configura como nível primário de atenção situada mais próxima da população, sensível à realidade social e aos contextos específicos de indivíduos e grupos sociais[1]. Assim, guarda sintonia com o fazer em saúde que abarque as necessidades singulares e globais da população[2].

Cada vez mais, é cogitado que os serviços que compõem a ABS possam abarcar essas necessidades, na oferta de respostas a demandas que se apresentam nos serviços de saúde ou

que, porventura, possam ser reconhecidos pela equipe de profissionais no processo de territorialização ou no cotidiano de suas práticas. No contexto brasileiro, a ABS assume um maior compromisso com a organização da atenção à saúde via Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como plano de fundo os atributos da atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, consideradas como essenciais[2-4].

Incluir esta consideração sobre o acesso aos cuidados de saúde se torna complexa diante da proposta de efetivar as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Problematiza-se que conceber a ABS/ESF como imbuídas de atributos requer a reflexão sobre a garantia de suplantar as necessidades de saúde da população, quando apresentadas, na iminência de obter uma resposta. Assim sendo, os entendimentos sobre o acesso devem ser conduzidos à prerrogativa da garantia desses direitos ao indivíduo que necessita acessar determinado equipamento e assim conseguir[5].

Encarece ainda mais essa reflexão quando se considera as especificidades da população de adolescentes no contexto dos serviços e ações de saúde no SUS. Considerar esse público como detentor de um direito a essas ações e serviços de atenção, exige a compreensão do 'ser-adolescente' e do processo de adolescer. Talvez, ao considerar os rótulos que particularizam concepções arbitrarias ao 'ser-adolescente', sobretudo nos serviços de saúde, incorre em erro danoso e corrobora para proliferar o distanciamento e o vazio que esse público representa nos serviços, tal como tem sido evidenciado na literatura[6].

A adolescência pode ser considerada como fase marcada por uma pluralidade e complexidade definida como período do desenvolvimento caracterizado por mudanças nos aspectos físicos, biológicos, psicológicos e sociais. Assim, pauta-se a reflexão sobre a diversidade que esse período abrange e, com isso, a necessidade de ampliar o foco para este grupo, que transcende a concepção de mudanças físicas atribuídas a determinado período cronológico, mas que agrega elementos que se somam e singulariza a adolescência e suas possíveis experiências únicas[7, 8].

Os serviços e ações de saúde da ABS/ESF devem contemplar, acolher e incluir no fazer cotidiano as demandas que reclamam a população adolescente. Contudo, evidencia-se uma lacuna na atuação dos serviços de saúde da ABS e a população adolescente, com tímidas iniciativas na oferta de atenção a esta população[6, 9].

Esse estudo surgiu a partir da necessidade de apropriação sobre a questão do acesso aos cuidados de saúde do adolescente na Atenção Básica. Assim, objetiva analisar as produções científicas acerca do acesso aos cuidados de saúde do adolescente na Atenção Básica à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, fundamentada nas seguintes fases: 1) elaboração de questão norteadora; 2) busca na base de dados; 3) seleção dos artigos ligados à temática; 4) análise criteriosa dos artigos selecionados; 5) interpretação de resultados e 6) apresentação da revisão integrativa[10].

O primeiro esforço foi empreendido na formulação da questão norteadora, situando o objeto de estudo e a problemática implícita a ser descortinada, qual seja: como a Atenção Básica possibilita o acesso aos cuidados de saúde do adolescente?

A segunda fase esteve constituída na tomada de decisão pela base de dados. Para tanto, optou-se pela base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Justifica-se aqui a intenção em conhecer a realidade implícita ao contexto brasileiro, para a compreensão do cuidado ao adolescente na atenção básica até mesmo como estratégia para subsidiar práticas e ações neste cenário. Foram definidos os seguintes descritores em saúde (DeCS): atenção básica, estratégia saúde da família, acesso aos cuidados de saúde, saúde do adolescente e adolescente. Para subsidiar a estratégia de busca, foi utilizado o operador booleano AND, da seguinte forma: ‘atenção básica’ AND ‘acesso aos cuidados de saúde’ AND ‘saúde do adolescente’; ‘atenção básica’ AND ‘acesso aos cuidados de saúde’ AND ‘adolescente’; ‘estratégia saúde da família’ AND ‘acesso aos cuidados de saúde’ AND ‘saúde do adolescente’; ‘estratégia saúde da família’ AND ‘acesso aos cuidados de saúde’ AND ‘adolescente’.

A terceira fase aconteceu através da seleção dos artigos a partir da definição dos descritores em saúde (DeCS), com busca avançada na referida base de dados. Utilizaram-se como critérios de inclusão os seguintes filtros: texto completo disponível, publicados no idioma português, nos últimos dez anos (2009 a 2018) e do tipo artigo. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: artigos incompletos, teses, dissertações e documento de projeto. A busca foi realizada nos meses de novembro a dezembro de 2018.

A quarta fase consistiu na análise de pertinência dos estudos encontrados. Inicialmente, 2.028 estudos, mas 1977 artigos não atenderam aos critérios de inclusão. Logo após, foram excluídos 42 estudos que não apresentaram elementos que respondessem à questão norteadora. Foram selecionados nove artigos para o estudo (Figura 1).

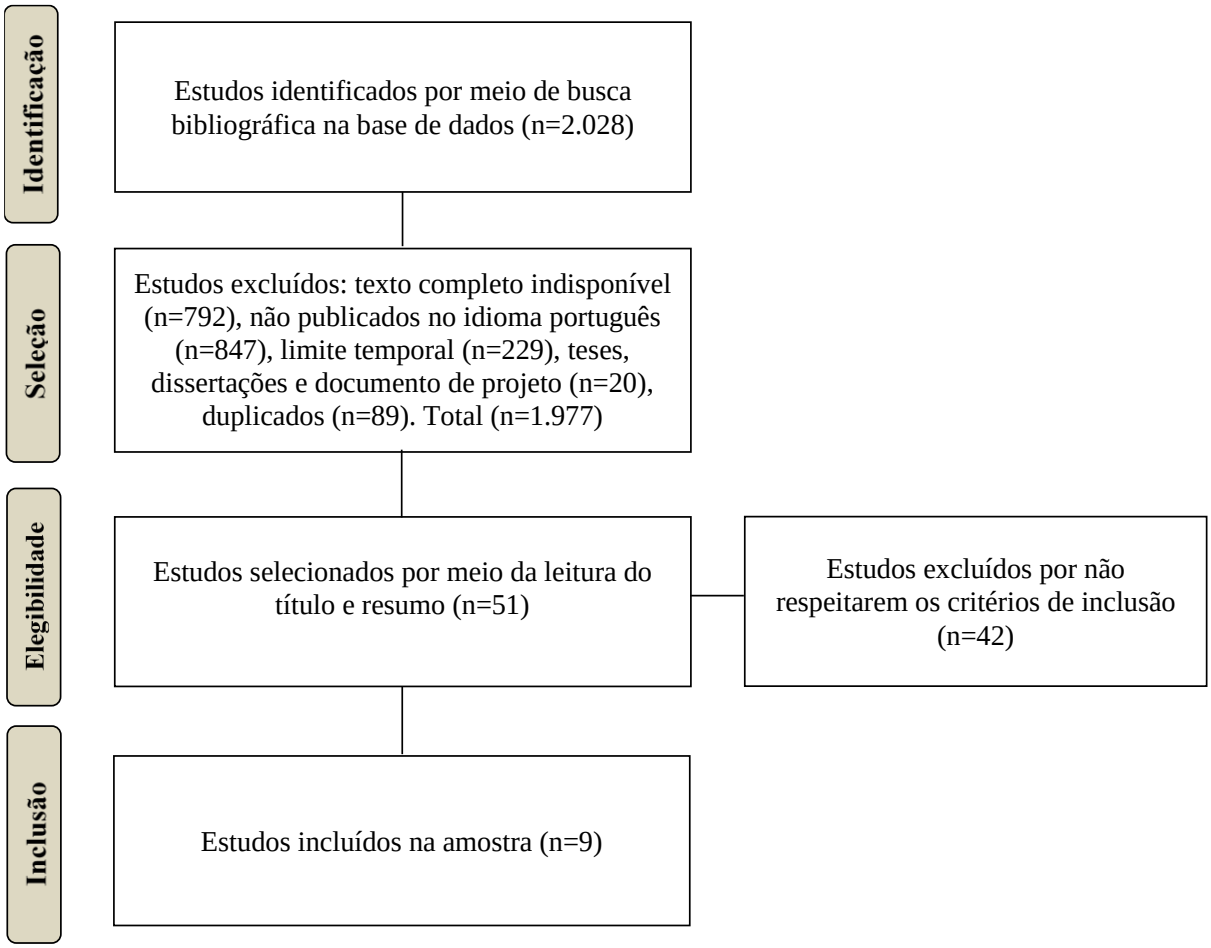
Realizou-se a leitura criteriosa dos estudos na íntegra com a finalidade de desvendar apontamentos que contribuíssem para a questão em análise. Foi utilizado um instrumento de

coleta de dados criado pelo autor para identificação do artigo (título; autores; periódico - vol., nº, pág., ano; considerações/temática).

A quinta etapa contemplou a análise dos resultados dos estudos, identificando as consonâncias com a temática investigada, com a finalidade de melhor estruturar os dados encontrados. Foram construídas categorias temáticas de acordo com a análise de conteúdo de Bardin[11] e, assim, discutidas com vistas a traçar possíveis limitações e lacunas que servem como mote para outras investigações científicas.

A sexta etapa correspondeu à sistematização do estudo com elaboração do presente escrito, evidenciando os resultados, discussões e algumas considerações a que estes autores chegaram com a presente investigação.

Figura 1. Seleção de artigos para a revisão integrativa sobre a temática de acesso aos cuidados à saúde do adolescente na atenção básica.



Fonte: pesquisa direta.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os artigos selecionados foram encontrados em periódicos interdisciplinares da área de saúde pública, saúde coletiva e ciência e saúde (n=5), enfermagem (n=2), psicologia (n=1) e odontologia (n=1). A caracterização de cada estudo incluído está explanada no quadro (Quadro 1) a seguir:

Quadro 1. Artigos obtidos na base de dados BVS sobre acesso aos cuidados de saúde do adolescente na atenção básica.

Título do artigo	Autor	Periódico (vol., nº, pág, ano)	Considerações / Temática
Atenção Básica em Saúde e Juventude: Entre Velhos Dilemas e Novos Desafios	Malfitano[6]	R bras ci Saúde. 2014; 18(2):137-146.	Identificar e compreender as ações de saúde específicas para jovens existentes nas unidades de saúde da família de uma região periférica de um município do interior do estado de São Paulo. Sinaliza fragilidades para o acesso de jovens aos serviços e ações de saúde.
Dificuldades enfrentadas por enfermeiros para desenvolver ações direcionadas ao adolescente na atenção primária	Araújo[7]	Rev enferm UFPE on line. 2016; 10(5):4219-25.	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento de ações voltadas ao adolescente na atenção primária. Reconhece a necessidade de fortalecer a atuação da enfermagem com esse grupo e de pensar em estratégias para garantir o acesso aos serviços de saúde.
Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência	Reis[9]	Cienc Cuid Saude. 2013; 12(1):63-71.	Analisar as vulnerabilidades e as necessidades de acesso à saúde sob a perspectiva de adolescentes escolares. Aponta como desafio a ampliação das ações na atenção básica para a adoção de práticas protetoras diante das vulnerabilidades à saúde marcantes na adolescência.
Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e	Tomasi[12]	Cad. Saúde Pública. 2017; 33(3):e00195815	Descrever indicadores de qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).

desigualdades sociais			Menciona o acesso restrito de adolescentes ao pré-natal nos serviços da atenção básica.
Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011)	Teixeira[13]	Estud. psicol. (Campinas). 2015; 32(4):695-703.	Descrever e analisar as mudanças na rede de SMCA de Campinas, no período de 2006 a 2011, especialmente as relacionadas à ampliação do acesso e à reorientação do fluxo do atendimento. Discute questões sobre acesso e articulação com a Atenção Básica para a oferta do cuidado à saúde de crianças e adolescentes.
Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários	Garcia[14]	Cad. Saúde Pública. 2015; 31(12):2649-2654.	Caracterizar a distribuição nacional dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e descrever o perfil nosológico dos atendimentos infantojuvenis entre 2008 e 2012. Sugere o desafio da articulação entre serviços especializados de saúde mental e atenção básica e a intersetorialidade.
Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária	Landsberg[15]	Cien Saude Colet. 2012; 17(11):3025-3036.	Estudar os principais motivos de consulta na demanda espontânea da atenção primária em município de médio porte brasileiro. Situa que os motivos apresentados pelos adolescentes estão relacionados ao genital feminino, gravidez e planejamento familiar. Sugere o desafio dos serviços em acolher e ofertar ações adequadas às suas necessidades.
Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços	Peretto[16]	Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011; 13(4):721-9.	Descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico da gravidez entre 10 e 19 anos, em oito municípios do Rio Grande do Sul, e caracterizar a rede de serviços de saúde dos mesmos. Menciona a necessidade de investir na atenção básica para a inserção precoce no pré-natal e ao acesso à saúde e à informação para o exercício da sexualidade.

Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto	Aragão[17]	Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2011; 11(2):159-164.	Verificar a confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento de pesquisa e avaliar o acesso de crianças e adolescentes com deficiência ao serviço público de saúde bucal. Discute dificuldade para o acesso desse público nos referidos serviços, como a insuficiência de vagas e a falta de adaptação dos profissionais para atuar com pessoas com necessidades especiais.

Fonte: pesquisa direta.

Foram identificadas quatro categorias temáticas: ‘ser-adolescente’; acesso às ações e serviços de saúde do adolescente; organização e funcionamento dos serviços de atenção à saúde do adolescente; e, práticas intersetoriais e o desafio da integralidade do cuidado à saúde do adolescente.

‘Ser-adolescente’

Esta categoria se constitui de grande importância para a compreensão de aspectos outrora apontados, importantes diante do cenário de práticas com adolescentes. Malfitano[6] investigou a concepção de juventude, que contribui para a reflexão sobre o ‘ser-adolescente’. Esta concepção, conforme lançada, denota a representação sobre o que o ‘ser-adolescente’/jovem, ainda, permeada por uma concepção estereotipada e ligada a fase do desenvolvimento munida de conflitos e dificuldades. Com isso, observa-se que essa visão tem sido considerada nos espaços de produção de saúde, refletindo o modelo biomédico, que enquadra a adolescência/juventude em uma classificação homogeneizante e generalizante.

Desperta-se aqui para concepções de adolescência como fase do desenvolvimento humano e período de vida não limitado à estereótipos ou rótulos, mas como momento da vida de experiências singulares, de amadurecimento implícito na própria ideia de desenvolvimento. O ‘ser-adolescente’ impõe sim uma condição de complexidade, não no sentido conflitivo e redundante com que se considera, mas de ampliação do olhar sobre o sujeito em desenvolvimento[8]. Assim, incluir esse grupo no cotidiano dos serviços e das ações de saúde na ABS, requer uma abertura e um convite a se despir de preconcepções e julgamentos, para se abrir diante de uma dimensão plural.

Reis[9] investigou aspectos relativos às necessidades de adolescentes e situou um panorama dos seus comportamentos, atitudes e vulnerabilidades manifestas por este grupo, como aspectos relacionados ao uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, autopercepção da imagem corporal e desconhecimento sobre situação vacinal pelos adolescentes. Os resultados fornecem elementos importantes para pensar e considerar este indivíduo, singular e demandante de um cuidado integral. Possibilitou, então, o entendimento de que o adolescente está imerso em um contexto social, cultural, religioso, político, educacional, relacional, econômico, psicológico e biológico, que se somam e que delineiam o modo singular de viver e se expressar. Contemplar as múltiplas dimensões desse 'ser-adolescente' nos espaços de atenção e cuidado à saúde talvez seja o desafio maior.

Também, endossa-se concepções de saúde pelos adolescentes que, em suma, associam a felicidade ao conceito de saúde[9]. Esta concepção encontra amparo no conceito ampliado e disseminado na atualidade, afastando-se da ideia fixa e direta de que saúde significa o oposto à doença, mas pensando em possibilidades outras, valiosas e também fundamentais.

Acesso às ações e serviços de saúde do adolescente

Em consonância com a questão norteadora, essa categoria remete a achados que indicam como se dá o acesso e a atenção à saúde de adolescentes. Além disso, expõe fragilidades relacionadas à organização e funcionamento dos serviços para este público.

Uma possível análise produzida sobre o panorama das dificuldades do acesso aos serviços de saúde é atribuída às estruturas inadequadas, consequentemente, limita a garantia do acesso e a promoção de saúde ao adolescente em contextos da ABS. Para isso, o estudo aponta sentidos de que essa atenção não deve ser construída em práticas institucionais, que se restringem a um ambiente físico específico para esta finalidade. Chama a atenção para a reprodução de um modelo assistencial que foca no atendimento ambulatorial e que condiciona as ações de saúde ao fazer restrito, unidirecional e engessado dos profissionais em seus lócus de atuação.

O estudo de Peretto[16], ao dimensionar a questão da gravidez na adolescência e problematizar o acesso de gestantes adolescente ao serviço de saúde para realização do pré-natal, evidencia a dificuldade ao acesso, especialmente, em contextos rurais. Assim, situa a perspectiva geográfica e de recursos relativos à insuficiente rede de serviços para suprir as necessidades de todos. Vale destacar que o entendimento de acesso guarda fortes associações

com o aspecto geográfico, mas pode ser compreendido como a oportunidade de conseguir utilizar um serviço diante das demandas que reclama[5].

Aragão[17] pontua algumas fragilidades na atenção à saúde de crianças e adolescentes, especificamente, com relação à saúde bucal. Situa a dificuldade no acesso às consultas por insuficiência de vagas, à falta de adaptação e capacitação dos profissionais para atender esse público nos serviços da Atenção Básica. O referido estudo menciona temáticas importantes como a inclusão social e garantia de direitos, humanização, formação permanente dos profissionais, dentre diversos aspectos importantes para possibilitar o acesso e, assim, o cuidado integral.

Reis[9] destaca uma questão relativa à utilização de serviços da atenção básica pelos usuários e oferta pistas de que há uma predisposição a uma atenção sobre uma perspectiva pontual. Dimensiona, nesta perspectiva, a maior procura por consultas médicas, odontológicas, psicológicas e de enfermagem.

Em suma, esses achados contribuem com a compreensão de que o acesso é falho e frágil, quando considerado o público adolescente. Percebe-se que os serviços da atenção básica se desenvolvem sob um largo fosso na atuação e efetivação do cuidado à saúde do adolescente. Precisa-se inclusive problematizar, nos lócus de produção de saúde, este aspecto aqui aludido.

Organização e funcionamento dos serviços de atenção à saúde do adolescente

Os achados que levaram à proposição desta categoria estão presentes na maioria dos estudos incluídos. Reporta aos processos de trabalho de profissionais e equipes, bem como as especificidades das ações que se destinam aos adolescentes na ABS, as vulnerabilidades, as necessidades e os entraves que predominam para o acesso desse público aos serviços de saúde pública[6, 7,9,12,16].

Algumas pistas pairam sobre as fragilidades na atenção à saúde do adolescente. Tomasi[12], ao abordar sobre o componente da qualidade da atenção pré-natal na rede básica, evidenciou fragilidades quanto à atenção à saúde de mulheres, sobretudo, da faixa etária que compreende o final do período da adolescência e início da idade adulta (16-20 anos). Estes autores chamam a atenção para o fato de que as adolescentes gestantes não têm sido priorizadas, enquanto grupo vulnerável e permanecem na iminência de risco[12].

Peretto[16] endossa essa discussão ao situar a questão da gravidez e maternidade na adolescência no contexto da rede assistencial disponível em municípios do sul do Brasil.

Mencionam fragilidades quanto ao pré-natal de adolescentes que incluem a limitação na oferta de ações e serviços e o baixo percentual no acompanhamento, o que se agrava diante de vulnerabilidades marcantes no contexto em foco. Evidenciaram, ainda, dificuldades na atenção à saúde de adolescentes grávidas, uma vez que os serviços não estão adequados para acolher a demanda de gravidez na adolescência, além da necessidade de profissionais especializados para atuar com esse público[6].

Quanto à produção do cuidado, foi relatada dissonância entre as estratégias adotadas pelos serviços de saúde e as necessidades dos adolescentes. Tais estratégias pareciam responder, unicamente, às expectativas dos profissionais de saúde e estariam alicerçadas em estereótipos comumente atribuídos ao público de adolescentes[6]. Reflete-se que essas ações corroboram com um olhar utilitarista desses serviços e profissionais para com os adolescentes no sentido de propor intervenções apenas para o cumprimento de metas dos programas de saúde.

Alguns autores apresentam dificuldades a partir de experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na atuação com adolescentes. Elencam desafios como o de efetivar uma ação coletiva e participativa, arraigado à ideia de um fazer multiprofissional e interdisciplinar na ABS, especialmente, com relação às práticas educativas. Assim, desperta para a necessidade de atuação em equipe, de forma integrada e articulada, de modo que contemplem as necessidades que reclama a população adolescente[7].

Outros pontos que merecem ser aludidos, fazem referência ao modelo biomédico, ainda, fortemente enraizado nos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Isso dificulta o manejo das demandas que chegam ao serviço e gera uma sobrecarga de trabalho para alguns profissionais. Também, descrevem dificuldades arroladas ao fazer em saúde para além do seu núcleo de saber profissional, a pouca abertura para ações promocionais e coletivas e a não priorização, no fazer cotidiano, de grupos populacionais, como o de adolescentes. Esses apontamentos têm contribuído para o desenvolvimento de ações pontuais e dificultado o cuidado à saúde de adolescentes na ABS[7].

Malfitano[6] também remete à pontualidade de ações de promoção da saúde e das intervenções que tomam o foco sobre adolescente na ESF. Este estudo demonstra que a insuficiência dessas ações pode contribuir para a dificuldade no acesso deste grupo aos serviços de saúde e reitera que não tem sido oportunizado um espaço planejado nas ações de saúde ao adolescente, salvo na demanda espontânea e diante de uma condição clínica ou orgânica, com claras referências à pontualidade das ações.

Reis[9] corrobora com estes apontamentos ao se referir à necessidade de efetivar a atenção à saúde integral do adolescente de modo que contemplem as suas necessidades reais. Sinaliza que há dificuldades para romper esse círculo do básico, no sentido da oferta de ações pontuais e desconectadas dos contextos de vida das pessoas. Essa questão está relacionada com dificuldades perenes dos profissionais em lidar com a amplitude de manifestações e demandas que lhes são características, associada às limitadas iniciativas de fomentar processos educativos para os profissionais com vista a muní-los de conhecimentos, técnicas e estratégias que facilitem as abordagens aos adolescentes, com a produção de intervenções que façam sentido para eles.

Alguns excertos instigam sobre a (re)organização do processo de trabalho na ESF e a efetivação de uma atenção integral à saúde do adolescente. Reafirmam, ainda, que da forma como estão organizados os processos de trabalho nesse nível de atenção, não contemplam os adolescentes. Assim, carece se debruçar sobre o cotidiano dos serviços de saúde da ABS, tomar consciência dos nós críticos e agir na proposição de (re)organizar os processos de trabalho, produzir ações que façam sentido e que potencializem o cuidado[6]. Assim, convoca os profissionais a repensar a atuação e o fazer diante dessa proposição.

Portanto, refletir sobre a organização e funcionamento dos serviços de atenção à saúde do adolescente, provoca um deslocamento para um terreno de carências e urgências, com claros dilemas e potentes desafios a serem superados, especialmente o de consolidar a ABS/ESF como política que se assenta na realidade e contempla as vicissitudes das necessidades de saúde de todos, inclusive dos adolescentes.

Práticas intersetoriais e o desafio da integralidade do cuidado à saúde do adolescente

Os estudos analisados sinalizam também para os desafios que se encontram na dimensão das práticas intersetoriais e os percalços que dificultam o cuidado integral à saúde do adolescente na ABS[6,7,9,13,14,15,16]. As ações intersetoriais são referidas como oportunidade para a promoção da saúde do adolescente. Em se tratando desse público, os achados trazem à baila uma importante política intersetorial que contempla as áreas de saúde e educação, o Programa Saúde na Escola (PSE). Essas ações, como as ligadas ao PSE, se transvestem em estímulo para a proposição de ações de promoção da saúde do adolescente[7]. Porém, vale ressaltar as fragilidades nesse processo, uma vez que pode se configurar apenas como um modelo prático fadado à reprodução de ações na escola.

Esse excerto é endossado pela consideração de que a atuação das equipes de saúde na ABS é um caminho de possibilidade, com a ampliação da visão para a realidade singular de cada contexto. Destarte, fomentar a articulação com outros setores para o cuidado integral e a promoção da saúde que abarque os jovens é uma aposta para a ampliação de um fazer sob o prima da promoção da saúde, na proposta de se distanciar do viés higienista, galgando patamares que estimulem o adolescente a ser partícipe no seu processo de cuidado e na garantia de uma atenção integral à saúde, o que guarda sintonia com políticas como a do PSE[9].

No escopo dessa discussão, os estudos analisados reclamam à ABS, a necessidade de fortalecimento da rede intersetorial e credita a oportunidade para vinculação, qualificação e consolidação do trabalho em rede, de forma articulada, como desafio para ampliação do acesso à saúde dos adolescentes[13].

Nesse cenário, ponderam que a articulação de que se fala entre serviços, equipamentos, setores, atores, prescinda de uma responsabilidade compartilhada, com o mais elevado grau de comunicação, com claros e definidos papeis para a efetivação da rede tal qual se espera que aconteça, para consolidar os cuidados à saúde do adolescente[14].

Destacam o protagonismo que esse nível de atenção deve assumir. Contudo, efetivar a ABS e os seus atributos essenciais, ainda se constitui uma dificuldade aguda, especialmente, diante das demandas emanadas por esta população específica. Com isso, lança entendimentos de que há a necessidade de ampliar o acesso, além de caracterizar uma maior proximidade com esta população específica[13].

Outros entendimentos remetem a este desafio que, especialmente no âmbito da ESF, espera-se suplantar as demandas manifestas ou socialmente ditadas para atuação com os adolescentes, o que recai na discussão já traçada, na rotulação como grupo conflituoso e negativamente complexo. Ampliar o escopo de ações e intervenções, assim como o olhar para esse estrato populacional é considerado como um importante elemento desafiador para a instituição e efetivação da integralidade em saúde[15].

Outra proposição foi observada diante da necessidade de reorganização dos processos de trabalho na atenção básica para incorporação cotidiana do adolescente no fazer em saúde. Inclui-se a proposição de oportunizar espaços de atuação que extrapole a estrutura do serviço, que oportunize acessar o adolescente em seus contextos de vida e, assim, possibilitar a construção de vínculo[6].

Essa discussão situou a perspectiva da integralidade e intersetorialidade. Portanto, contribui com elementos que tornam mais consistente a compreensão do fosso entre a atenção básica e a atenção e o cuidado à saúde do adolescente de forma efetiva e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se fragilidades na atenção à saúde do adolescente. Observou-se que a organização e funcionamento dos serviços de saúde não contemplam as necessidades desse grupo e tem sido um importante desafio para a consolidação de uma atenção integral à saúde do adolescente na Atenção Básica.

Assim, perpetuam-se limitações no acesso do adolescentes aos cuidados de saúde, com práticas e ações que se distanciam de suas realidades, desenvolvidas pontualmente e modo unilateral. Além disso, observou-se que a infraestrutura dos serviços de saúde não favorece o acesso à saúde ao adolescente. Soma-se o desafio da intersetorialidade e a necessidade de consideração ao adolescente como demandante de um cuidado e atenção integral à saúde efetiva e, assim, sua inclusão nas práticas e ações cotidianas de saúde da Atenção Básica.

Assim, entender que há uma dificuldade maior na organização, na oferta, no cuidado, na promoção à saúde para a população adolescente, sobretudo no nível da ABS, não se acalenta as inquietações destes pesquisadores, pelo contrário, afugenta mais ainda. Preocupa-se que estas dificuldades limitem e até mesmo impeçam o acesso do adolescente ao cuidado à sua saúde como de direito.

Ressalta-se que este artigo não encerra o questionamento supracitado, o que torna necessário o aprofundamento nesta temática em outras bases de dados ou fontes de informações. Contudo, tem sua relevância e suas contribuições ao somar com a reflexão sobre possíveis avanços e os desafios que se mostram como forças propulsoras, ou não, para a efetivação de um cuidado à saúde do adolescente, sobretudo no domínio da Atenção Básica à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 28]; 34(8):e00029818. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=en.

2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1ªEd. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

3. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 jan 22]; 66(spe):158-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020>.

4. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Saúde debate [Internet]. 2018 set [acesso em 2019 jan 24]; 42(spe):361-378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500361&lng=en&nrm=iso.

5. Norman AH, Tesser CH. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde Soc. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 23]; 24(1):165-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100165&script=sci_abstract&tlng=pt.

6. Malfitano APS, Bardi G. Atenção Básica em Saúde e Juventude: entre velhos dilemas e novos desafios. Revista Brasileira Ciências da Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 27]; 18(2):137-146. Disponível em: http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/16012/12918.

7. Araújo MS, Sales LKO, Araújo MG, et al. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros para desenvolver ações direcionadas ao adolescente na Atenção Primária**.** Rev. enferm. UFPE online [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 27]; 10(5):4219-4225. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11166/12695.

8. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. Psic., Saúde & Doenças [Internet]. 2015 set [acesso em 2018 jul 8]: 16(2):217-229. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n2/v16n2a08.pdf .

9. Reis D, Almeida T, Miranda M, et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. Rev. lat.-am. enferm. [Internet]. 2013 abr [acesso em 2018 nov 27]; 21(2):586-94. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75961.

10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 mar [acesso em 2018 jul 8]; 8(1):102-106. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en.

11. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

12. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 27]: 33(3):e00195815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso.

13. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). Estud. psicol. (Campinas) [Internet]. 2015 [acesso em 2018 dez 7]; 32(4):695-703. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000400695&lng=en&nrm=iso.

14. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [aceso em 2018 dez 7]: 31(12):2649-2654. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202649&lng=en&nrm=iso.

15. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. Cien Saude Colet [Internet]. 2012 [acesso em 2018 dez 7]; 17(11):3025-3036. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100019&lng=en&nrm=iso.

16. Peretto M, Lopes MJ, Soares J, et al. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. REE [Internet]. 2011 [acesso em 2018 dez 7];13(4):721-9. Disponível em: https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11259

17. Aragão AKR, Sousa A, Silva K, et al. Acessibilidade da Criança e do Adolescente com Deficiência na Atenção Básica de Saúde Bucal no Serviço Público: Estudo Piloto. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada [Internet]. 2011 [acesso em 2018 dez 7];11(2):159-164. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63721615002.

APÊNDICE B – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Cientes de que se trata de um de Programa de Mestrado Profissional e reconhecendo o compromisso social, consideramos a importância de transformar essa produção em algo palpável para o município de Campinas do Piauí, especialmente para o público adolescente.

Justificamos que o percurso delineado nesta pesquisa possibilitou elementos reflexivos e pretendemos que contribuam com práticas de saúde para os adolescentes mais efetivas e integrais naquele contexto. Ponderamos que nas narrativas dos participantes ficaram claros os serviços, os profissionais e os recursos que eles utilizam diante de suas necessidades de saúde, porém nos provocou sentidos sobre a fragmentação e/ou limitações, sobretudo, com relação à atenção e as ações/intervenções de saúde que são destinadas a este público. Contudo, reiteramos que produziram sentidos propositivos para pensar algumas estratégias que possam ser implementadas naquele município.

Refletimos que essa percepção aguça nosso desejo de provocar transformações naquela realidade e, assim, lançamos o compromisso com o desenvolvimento de uma proposta de intervenção na qual buscaremos estimular o desenvolvimento de ações de saúde que abarque algumas carências.

Assim sendo, lançaremos as seguintes propostas que versam sobre os próximos passos pretendidos:

1. Devolutiva à comunidade, com a realização de um Seminário sobre “Adolescência e Saúde” no município e a incorporação da apresentação dos resultados desta pesquisa para atores estratégicos no município – gestores municipais; profissionais da saúde, assistência social, educação, dentre outros; conselho municipal de saúde; líderes comunitários e religiosos, dentre outros; representantes do coletivo de adolescentes do município.
2. Ações de educação permanente com os profissionais e gestores da saúde com relação à saúde do adolescente, a partir das necessidades percebidas pelas equipes com relação à atuação com adolescentes.

3. Mobilização de representantes de diversos setores, serviços, organizações e atores estratégicos para constituir um grupo de trabalho, com caráter intersetorial. Incluir essencialmente adolescentes de realidades diversificadas.
4. Elaboração de um plano de ação com cronograma específico de ações para os adolescentes, estabelecendo os responsáveis por organizar e implementar as ações.
5. Realização de ações educativas nas comunidades com os adolescentes. Aproximação aos espaços que esse público ocupa no município, construir vínculo e estimular o protagonismo juvenil. Desenvolver as ações por meio de metodologias dialogadas e participativas, a exemplo das metodologias ativas.
6. Construção coletiva do mapa de cuidado à saúde desejável para o adolescente.
7. Formulação de estratégias para monitoramento e avaliação do plano de ação.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiências de cuidado à saúde de adolescentes do município de Campinas do Piauí

Pesquisador: FÁBIO SOLON TAJRA
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 02193518.9.0000.5214
Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.026.437

Apresentação do Projeto:
Para trilhar o caminho de investigação acerca das experiências de cuidado à saúde do adolescente, elegemos para o presente estudo de natureza empírica a perspectiva da pesquisa qualitativa. Como técnica para guiar o processo de investigação, adotaremos a metodologia da história de vida. Consideramos como excelente artifício para conhecer experiências de indivíduos tendo como meio a própria voz do sujeito, que propicia o desvelar do caminho que o mesmo percorre em sua vida pessoal, fornecendo elementos cruciais sobre a temática em foco e ressaltam que este método permite ao participante expressar livremente suas experiências sobre determinado aspecto quando indagado pelo entrevistador (SANTOS; SANTOS, 2008). Para atingirmos os objetivos do presente estudo, utilizamos como procedimentos para produção das informações a entrevista semiestruturada (TONG et al., 2007) e versões de sentido (AMATUZZI, 2010).

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar as experiências de cuidado à saúde do adolescente no município de Campinas do Piauí.

Objetivo Secundário:
- Construir o mapa de cuidado à saúde do adolescente no município de Campinas do Piauí. - Descrever às práticas de cuidado à saúde do adolescente realizadas no contexto local.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ressaltamos que essa pesquisa envolve riscos mínimos como desconforto, constrangimento ou emoção incômoda, pertinentes à realização dos encontros ou a participação na entrevista. Isso se deve ao fato de que investigaremos acerca da sua experiência anterior na busca pelo cuidado em saúde. Dessa forma, podem ser acionadas relações de violência ou negligência. Contudo, garantiremos que em todo o processo da pesquisa respeitaremos a sua dignidade e autonomia, realizaremos esforços para que todos os riscos sejam evitados e/ou minimizados e o participante será respeitado(a) e acolhido(a), sendo este quem decidirá se continuará a participar do estudo. Propomos, caso sinta necessidade, uma mediação e/ou acionamento da rede psicossocial do município, durante todo percurso da pesquisa. Ressaltamos que, como o referido município não dispõe da atenção de média e alta complexidade, os serviços de atenção à saúde/saúde mental se restringem à atenção básica. Como, neste caso, o presente
pesquisador se constitui como o profissional de referência em saúde mental na área da psicologia no município, responsável pelo acolhimento, escuta e acompanhamento psicológico de todos os casos identificados pelas equipes de saúde e da rede de atenção do município, reitera que, na iminência de surgir alguma demanda relacionada aos participantes da pesquisa, será pactuado antecipadamente com outros profissionais
psicólogos que atuam no município, especificamente no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), a prestar este apoio e acolhimento inicial.

Benefícios:

Elencamos como benefício a compreensão da experiência do cuidado à saúde na vivência subjetiva de cada adolescente investigado, identificando necessidades e potencialidades na tentativa de subsidiar a prática de saúde. Ao resgatar as histórias de vida de adolescentes daquele contexto específico, instigaremos uma maior consideração a este público, sobretudo, no cenário da atuação das equipes de saúde e de outros serviços públicos para a melhoria e, assim, a construção de uma atenção à saúde do adolescente de forma mais efetiva e integral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para o conhecimento da saúde de adolescentes e poderá propor formas para a melhoria de saúde da população adolescente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão em conformidade com o exigido pela CEP.

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Continuação do Parecer: 3.026.437

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243267.pdf	11/11/2018 07:47:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCM.pdf	11/11/2018 07:45:43	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO.pdf	11/11/2018 07:45:15	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/11/2018 07:44:48	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Projeto.pdf	01/11/2018 12:44:20	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Pesquisador_Assistente_PauloCesardeMouraLuz.pdf	01/11/2018 12:43:23	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisador_Responsavel_Fabio_Solon_Tajra.pdf	31/10/2018 23:03:01	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	Declaracao_Tornar_Publico_Resultados.pdf	31/10/2018 22:16:29	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento_CEP.pdf	31/10/2018 22:15:49	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	31/10/2018 22:15:08	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA_GRUPO2_PROFISSIONAIS_SAUDE.pdf	31/10/2018 22:13:32	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Institucional.pdf	31/10/2018 22:13:10	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_GRUPO_ADOLESCENTES.pdf	31/10/2018 22:08:39	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisadores.pdf	31/10/2018 22:07:27	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	31/10/2018 22:06:58	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 3.026.437

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	31/10/2018 22:06:36	Paulo Cesar de Moura Luz	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

TERESINA, 19 de Novembro de 2018

Maria do Socorro Ferreira dos Santos.

Assinado por:
Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Profa. Dra. Maria do Socorro Ferreira dos Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Humana
Campus Ministro Petrônio Portella/UFPI
Ato da Reitoria nº 1002/18

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Municipio:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br