



Grupo Ser Educacional  Gente criando o futuro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO

RAQUEL PORTO BARROS

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE: DESAFIO PARA AS POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Guarulhos

2019

RAQUEL PORTO BARROS

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE:
DESAFIO PARA AS POLÍTICAS, INSTITUIÇÕES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Máira Rosa Apostólico

Guarulhos

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

B277a

Barros, Raquel Porto

Atenção integral à saúde do adolescente: desafio para as políticas, instituições e profissionais de saúde. / Raquel Porto Barros. - 2019.
89 f.; 31 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Máira Rosa Apostólico

Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de pós-graduação em enfermagem, Univeritas/Universidade Guarulhos, 2019.

1. Adolescência 2. Integralidade 3. Vulnerabilidade 4. Necessidades em saúde e políticas públicas I. Título II. Apostólico, Máira Rosa (orientadora) III. Univeritas/Universidade Guarulhos.

CDD. 610.73



Grupo Ser Educacional



Gente criando o futuro

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada “**Atenção integral à saúde do adolescente: desafio para as políticas, instituições e profissionais de saúde**”, em sessão pública realizada em 05 de agosto de 2019, considerou a candidata Raquel Porto Barros aprovada.

1. Profa. Dra. Maira Rosa Apostólico Maira Rosa Apostólico

2. Profa. Dra. Maiara Rodrigues dos Santos Maiara Rodrigues dos Santos

3. Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço Rafaela Gessner Lourenço

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedico esta dissertação,

Aos meus **Pais**, por tudo o que vocês representam em minha vida: meu amor e gratidão.

A meu esposo **Ismael Barros**, companheiro de vida, te amo.

Aos meus filhos: **Rafael, Ravel e Ravi**, deposito em vocês minhas esperanças no futuro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de ânimo em todos os dias de minha vida, por propiciar tantas oportunidades de estudos e por colocar em meu caminho pessoas amigas e preciosas.

À minha família, especialmente ao meu esposo Ismael Barros, por compreender a minha rotina e por sempre me fazer acreditar na minha capacidade e potencialidade.

Aos meus filhos, Rafael Porto, Ravel Porto e Ravi Porto, pela demonstração de amor e afeto, sem eles eu nada seria; e por saberem que a minha ausência foi necessária.

Aos meus irmãos, pelas manifestações de apoio e carinho.

Aos meus pais, João Diniz e Maria de Lourdes, por me ensinarem o sinônimo de Amor.

Aos amigos do Mestrado, que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado, pela convivência e trocas de experiências.

À minha orientadora, Dra. Maíra Rosa Apostólico, um agradecimento carinhoso por todos os momentos de paciência, compreensão, pelas oportunidades de crescimento e por deixar que eu expressasse meus sentimentos e me permitir compreender a difícil arte de aprender enquanto caminhamos.

Aos profissionais de saúde localizados no DSIII que participaram deste estudo, pela generosidade em compartilhar suas percepções sobre o tema abordado, possibilitando-me aproximar um pouco mais de suas vivências.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UNG, pelos momentos compartilhados, e a todos os professores que fizeram parte desse caminho e compartilharam comigo diversos momentos de aprendizado e reflexão.

Aos adolescentes e jovens que me inspiram sempre e me fazem refletir sobre as possibilidades e as potencialidades que podemos cultivar em nós, mesmo quando já não nos consideramos mais assim.

Barros RP. Atenção integral à saúde do adolescente: desafio para as políticas, instituições e profissionais de saúde [dissertação de mestrado]. Guarulhos: Escola de Enfermagem, Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

RESUMO

Introdução: A adolescência é um momento marcado por várias modificações físicas e psicológicas, configurando-se em uma etapa importante para o desenvolvimento humano, por ser uma fase de grandes descobertas, conflitos existenciais e instabilidade emocional. A implementação de políticas públicas com enfoque em proteção integral para as crianças e os adolescentes no Brasil vem se tornando algo prioritário, devido aos diversos fatores que colocam essa faixa etária em um patamar de vulnerabilidade, pois muitos desses menores se encontram expostos à violência, acidentes, abandono afetivo-social, exclusão social e sexualidade muito aflorada.

Objetivos: Conhecer como é feito o atendimento aos adolescentes, por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva da integralidade, conhecer as políticas públicas e instituições voltadas para a atenção à saúde do adolescente, e as práticas desenvolvidas para o adolescente pelos profissionais de saúde, na perspectiva da integralidade; além de identificar quais vulnerabilidades e necessidades em saúde dos adolescentes que são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços de saúde. **Método:** É um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Será realizado na cidade do Recife, na microrregião do Distrito Sanitário III, utilizando-se a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. Serão realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais de saúde de nível superior, seguindo roteiros construídos especificamente para este estudo. A pesquisa será desenvolvida a partir da análise de dados de fontes primárias e secundárias, além do software webQDA, como ferramenta de apoio à análise qualitativa. **Resultados:** Os resultados estarão em categorias empíricas e discutidos à luz das categorias analíticas elencadas: adolescência, integralidade, vulnerabilidade e necessidades em saúde. **Conclusão:** As falas dos profissionais demonstram, sobretudo, ações fragmentadas ao atendimento dos adolescentes, o desconhecimento acerca das políticas públicas voltadas a esta clientela, bem como o fato de que as necessidades em saúde desse público não são satisfeitas e ou reconhecidas.

Palavras-chave: Adolescência. Integralidade. Vulnerabilidade. Necessidades em saúde e políticas públicas.

Barros RP. Integral attention to adolescent health: challenge for health policies, institutions and professionals [dissertation]. Guarulhos: Escola de Enfermagem, Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a time marked by various physical and psychological changes, it is an important stage for its development because it is a phase of great discoveries, existential conflicts, and emotional instability. The implementation of public policies with a focus on comprehensive protection for children and adolescents in Brazil has become a priority because of the many factors that place them as a vulnerable being, as they are exposed to violence, accidents, social-emotional abandonment, social exclusion and high sexuality. **Objectives:** To know how it is done the service to the adolescents by health professionals of the primary attention to health, in the perspective of integrality, to know the public policies and institutions focused on attention to adolescent health, and the practices developed for the adolescent by the health professionals from the perspective of completeness in addition to identifying which vulnerabilities and health needs of adolescents are recognized and met by health services. **Method:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach. It will be held in the city of Recife in the micro-region of the Sanitary District III, using the Theory of Practical Intervention of Nursing in Collective Health. Semi-structured individual interviews will be carried out with the health professionals of the higher level, following specific scripts built for this study. The research will be developed from the analysis of data from primary and secondary sources, in addition to webQDA software, as a tool to support qualitative analysis. **Results:** The results will be in empirical categories and discussed in the light of the analytical categories listed: adolescence, completeness, vulnerability and health needs. **Conclusions:** fragmented actions to the care of adolescents, especially health needs are not met, lack of knowledge of some health professionals regarding public policies directed at adolescents.

Keywords: Adolescence. Integrality. Vulnerability. Health needs and public policies.

Barros RP. Atención integral a la salud del adolescente: desafío para las políticas, instituciones y profesionales de salud [disertación]. Guarulhos: Escola de Enfermagem, Universidade Univeritas UNG Guarulhos; 2019.

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es un momento marcado por varias modificaciones físicas y psicológicas, es una etapa importante para su desarrollo por ser una fase de grandes descubrimientos, conflictos existenciales, e inestabilidad emocional. La implementación de políticas públicas con enfoque de protección integral para los niños y adolescentes en Brasil se está convirtiendo en algo prioritario debido a los diversos factores que los sitúan como un ser vulnerable, pues se encuentran expuestos a la violencia, accidentes, abandono afectivo-social, la exclusión social y la sexualidad muy aflorada. **Objetivos:** Conocer cómo se hace la atención a los adolescentes por profesionales de salud de la atención primaria a la salud, en la perspectiva de la integralidad, conocer las políticas públicas e instituciones dirigidas a la atención a la salud del adolescente, y las prácticas desarrolladas para el adolescente por los profesionales de salud en la perspectiva de la integralidad además de Identificar qué vulnerabilidades y necesidades en salud de los adolescentes que son reconocidas y satisfechas por los servicios de salud. **Método:** Es un estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo. Se realizará en la ciudad de Recife en la microrregión del Distrito Sanitario III, utilizando la Teoría de la Intervención Práxica de la Enfermería en Salud Colectiva. Se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas con los profesionales de salud de nivel superior, siguiendo itinerarios construidos específicamente para este estudio. La investigación se desarrollará a partir del análisis de datos de fuentes primarias y secundarias, además del software webQDA, como herramienta de apoyo al análisis cualitativo.

Resultados: Los resultados estarán en categorías empíricas y discutidas a la luz de las categorías analíticas enumeradas: adolescencia, integridad, vulnerabilidad y necesidades en salud. **Conclusión:** Las acciones fragmentadas a la atención de los adolescentes, sobre todo las necesidades en salud no son satisfechas, desconocimiento de algunos profesionales de salud en lo que se refiere a las políticas públicas orientadas al adolescentes.

Palabras claves: Adolescencia. Integridad. Vulnerabilidad. Salud y políticas públicas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 MÉTODO	16
3.1 Caracterização do Cenário do Estudo	27
3.2 Caracterização dos Entrevistados	29
3.3 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS	32
Artigo 1 – Adolescente e adolescência: compreensão das necessidades em saúde para atenção integral	33
Artigo 2 – Atenção à Saúde dos Adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	75
ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é caracterizada por um processo de crescimento e desenvolvimento assinalado por transformações físicas e psicológicas. Muitas são as definições que enfatizam o caráter transitório da adolescência, dividindo a vida entre a infância e idade adulta, cujas transformações são naturais e imutáveis. Entretanto uma definição universal não é admitida quando se toma a adolescência como um constructo social, histórico e socialmente determinado¹.

Compreende, segundo o Ministério da Saúde (MS), os indivíduos com idades entre 10 e 19 anos², ou seja, a segunda década de vida, marcada por transformações bastante distintas em cada fase. Dos 10 aos 13 anos, o adolescente experimenta acelerado crescimento físico, maturação sexual e desenvolvimento do pensamento abstrato. Dos 14 aos 15 anos, intensifica-se o senso de identidade, relação com os pares, embora ainda necessitem do suporte familiar. Dos 16 aos 19 anos, o corpo atinge a forma adulta, a identidade torna-se distinta e o sentimento de ansiedade e orgulho de si mesmos caracterizam o comportamento pessoal³.

Além de todas essas inúmeras mudanças, oportunidades e perigos, a adolescência vem sofrendo impacto com a globalização e exposições que gerações anteriores não vivenciaram. Ainda assim, representam uma força positiva na sociedade, caracterizada por indivíduos ativos e otimistas, resilientes e dispostos a superar problemas, desde que tenham o suporte necessário para seu desenvolvimento e tomada de decisões favoráveis ao seu futuro. Apesar da vulnerabilidade que caracteriza esta fase, a adolescência é também propícia para a adoção de novas práticas, comportamentos, busca de identidade e autonomia³.

A crença equivocada de que o adolescente integra um grupo saudável e não necessita da atenção prioritária dos serviços de saúde criou uma barreira entre os profissionais e os jovens, reforçando a ideia de que só deveriam buscar os serviços na ocorrência de doenças. Entretanto, embora tal crença se baseie nas baixas taxas de morbidade, os acidentes, violências, agravos evitáveis e doenças crônicas incapacitantes elevam os indicadores de mortalidade entre os jovens. São necessárias estratégias dos serviços de saúde para romper essa barreira, aproximar e elevar o jovem ao protagonismo de sua própria saúde³.

São muitos os problemas que afetam os adolescentes. Cerca de 80% dos 1,2 bilhão de adolescentes vivem em países em desenvolvimento. Representam 20% da

população mundial com desenvolvimento afetado pela falta de apoios estáveis, negação de acesso à educação, exposição à desnutrição, violência, abuso sexual de meninos e meninas, doenças sexualmente transmissíveis, trabalho precoce e desgastante, permanência em zonas de conflito e guerras, uniões conjugais precoces, discriminações de minorias étnicas, deficiências, entre outros. Além disso, cerca de um em cada 10 adolescentes deficientes tem acesso negado ao desenvolvimento junto aos seus pares³.

Além dos problemas que afetam diretamente os adolescentes, outros enfrentamentos vivenciados nesta fase causarão consequências na vida adulta e velhice, comprometendo o pleno desenvolvimento e afetando as condições de vida e saúde, com impacto direto no desenvolvimento futuro familiar e social. São eles a desnutrição, exposições e hábitos sexuais precoces, gravidez precoce e indesejada, uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas que na vida adulta estão associadas à maior ocorrência de Aids, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas cardiovasculares, além do câncer de pulmão e outros. Além dos agravos à saúde, a baixa escolaridade provocada por questões econômicas compromete o bem-estar e capacidades diversas para a vida adulta, inclusive no cuidado e suporte das próximas gerações³.

As necessidades dos adolescentes são um desafio para toda a sociedade civil, além dos serviços de saúde e dos demais setores da sociedade, como política social, segurança e educação. Os serviços de saúde têm posição estratégica na rede de serviços para auxiliar o adolescente na elaboração de projetos de vida e boas escolhas, independentemente da situação de vulnerabilidade em que se encontram³. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece que crianças e adolescentes são sujeitos sociais, cujos pais e/ou familiares e o próprio Estado são responsáveis pela garantia dos seus direitos. Fundamentando-se na doutrina da proteção integral, o estatuto assegura o direito à vida e à saúde com absoluta prioridade⁴.

Em 2010, seguindo os princípios do ECA e tomando o Sistema Único de Saúde (SUS) como protagonista do processo político de garantia de direitos, foram definidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Diante da vulnerabilidade do grupo jovem de 15 a 24 anos de idade e suas repercussões sobre o processo saúde-doença, o MS ampliou a especificidade no atendimento em saúde do adolescente para a faixa

etária de 10 a 24 anos, abrangendo adolescência e juventude². No presente estudo, serão considerados adolescentes os indivíduos com idades entre 10 e 19 anos, assim como define a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o ECA.

As Diretrizes Nacionais integram as ações específicas dos demais programas e políticas nacionais, propondo uma visão holística, uma abordagem sistêmica de necessidades e estratégias sustentáveis e intersetoriais de ação para formação de um adolescente com capacidade de liderança, participação e espírito de coletividade. Dessa forma, as Diretrizes Nacionais reforçam a perspectiva multidisciplinar, bem como a integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos nesta operacionalização, através das esferas federal, estadual e municipal, considerando suas respectivas responsabilidades institucionais, situações epidemiológicas e demandas sociais, respeitando os princípios do SUS e, principalmente, garantindo a participação juvenil; equidade de gêneros; direitos sexuais e reprodutivos; elaboração e discussão de projeto de vida; cultura de paz, ética, cidadania, igualdade racial e étnica².

Em Recife, capital do estado de Pernambuco, e cenário deste estudo, a Lei Municipal nº 15.604, de 18 de fevereiro de 1992, em resposta às determinações do ECA, instituiu o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente de Recife (COMDICA), como um equipamento social importante da Política de Proteção Integral à Infância e à Juventude, indutor e condutor de todo o processo que objetiva, em última síntese, fazer acontecer o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente⁵.

Em 2018, o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Recife apresentou diretrizes, objetivos e ações que orientarão a gestão municipal até 2021, propiciando e requisitando, de gestores, trabalhadores e usuários, um amplo debate acerca das prioridades para as políticas de saúde do município. O PMS segue omissivo em relação às diretrizes de como o município deve desenvolver trabalho com o adolescente, restringindo-se, entretanto, a apontar indicadores de gravidez na adolescência, destacando a queda de nascidos de mães adolescentes, de 19% em 2007 para 14,3% em 2017, do total de nascidos vivos do município. Além desse aspecto, um dos objetivos estratégicos do PMS para o fortalecimento da promoção e prevenção da saúde determina o acompanhamento pela Atenção Básica do município de 1.240 adolescentes em conflito com a lei⁶.

Além da ausência de diretrizes municipais no PMS para a atenção ao adolescente, outros indicadores apontam para as necessidades desse grupo e justificam que estratégias de atenção devem ser elaboradas e executadas.

Segundo o censo de 2010, Recife contava com uma população total de 1.537.704 habitantes, dos quais 14,63% eram adolescentes. Vale ressaltar que 20 anos antes, em 1991, o percentual de adolescentes era de 21,49% da população do município⁷.

Sobre a escolaridade da população adolescente, dados de 2010 permitem observar uma queda com o passar da idade. Enquanto 86,10% dos adolescentes entre 11 e 13 anos frequentavam os anos finais do ensino fundamental, apenas 58,51% dos jovens entre 15 e 17 anos haviam completado essa etapa de estudo. Na faixa etária de 18 a 20 anos de idade, somente 46,66% dos jovens concluíram o ensino médio, refletindo o indicador de expectativa de anos de estudo, em 2010, que era de 9,53 anos. A diferença entre indicadores para negros e brancos evidencia ainda mais as desigualdades na educação dos jovens. Entre homens e mulheres, os indicadores são semelhantes⁷.

Dados epidemiológicos de 2008 mostram que na faixa etária de 10 a 14 anos, a mortalidade por causas externas foi de 62,2% e na faixa etária de 15 a 19 anos, chegou a 90,3%. Ambas as faixas etárias representaram a maior mortalidade por causas externas registradas no município⁸.

A despeito deste panorama, as recomendações do MS, por meio das diretrizes para atenção ao adolescente, ressaltam que a perspectiva de atenção integral deve contemplar o fortalecimento das ações de promoção da saúde e a reorientação dos serviços, ampliando a capacidade de resposta às necessidades identificadas. Há a necessidade de um modelo de atenção local formulado de acordo com especificidades regionais e que responda às necessidades em saúde da população adolescente².

Outro aspecto relevante para a abordagem do objeto é a circularidade entre o trabalho em saúde e as necessidades. O trabalho em saúde tem por finalidade a satisfação das necessidades em saúde e estas, por sua vez, definem processos e instrumentos que serão aplicados no processo de trabalho⁹. O caráter amplo, heterogêneo, social e historicamente determinado das necessidades exige dos processos de trabalho a articulação com a realidade na qual estas se expressam e, conseqüentemente, resposta aos grupos sociais homogêneos.

Sendo assim, diante do contexto apresentado, percebe-se que embora a Atenção Integral à Saúde seja um princípio do SUS e esteja alinhado a outras políticas

públicas, as ações de atenção aos adolescentes não são evidenciadas no PMS e tampouco refletem positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade. É certo que a população adolescente se encontra nos territórios, conduzindo suas vidas com ou sem as ações dos serviços de saúde e procurando a assistência destes na ocorrência de agravos e outras necessidades. Portanto, permanece a pergunta: como é realizado o atendimento aos adolescentes na Atenção Primária à Saúde, de forma a modificar indicadores de condições de vida e saúde deste grupo, uma vez que o Plano Municipal de Saúde é omissivo quanto a essas questões?

Sendo assim, este estudo pretende entender quais são as políticas, instituições e ações da Atenção Primária à Saúde (APS) envolvidas e desenvolvidas na atenção aos adolescentes, na perspectiva de satisfação das suas necessidades em saúde, com enfoque na integralidade. Tomou-se como objeto de pesquisa a atenção à saúde realizada pelos profissionais da Atenção Primária em um dado território.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Entender como são realizadas as ações de saúde voltadas aos adolescentes, por profissionais da Atenção Primária à Saúde de um território, na perspectiva da integralidade.

2.2 Específicos

Conhecer as políticas públicas e instituições envolvidas na atenção à saúde do adolescente;

Identificar as vulnerabilidades e necessidades em saúde dos adolescentes que são reconhecidas e como são satisfeitas pelos serviços de saúde.

3 MÉTODO

Estudo de natureza descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, sobre as políticas, instituições e ações da Atenção Primária à Saúde (APS) envolvidas e desenvolvidas na atenção aos adolescentes, na perspectiva de satisfação das suas necessidades em saúde, com enfoque na integralidade.

O referencial teórico e metodológico está fundamentado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva¹⁰ (TIPESC), definida como:

A sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir interpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção.

A TIPESC¹⁰ é uma metodologia dinâmica e participativa e está fundamentada na visão de mundo materialista histórica e dialética. Suas bases filosóficas se apoiam na historicidade e na dinamicidade. A historicidade consiste na mobilidade da história percebida pela constante transformação social e a dinamicidade compreende o modo de pensar dialético, que move o desenvolvimento. As transformações ocorrem de maneira processual e dialética, superando contradições da realidade objetiva a cada nova intervenção, fundamentada em uma captação e interpretação. Dessa forma, a TIPESC¹⁰ oferece ao pesquisador os elementos necessários para a construção do arcabouço teórico da pesquisa, bem como a operacionalização metodológica, conforme será apresentado a seguir.

Como referencial teórico, a Saúde Coletiva, campo de teorias e práticas, permite compreender como se dá a articulação da sociedade na busca pela satisfação de suas necessidades, seja por meio da busca pela promoção e proteção individual, seja mediante a recuperação ou reabilitação de agravos manifestos. Vale a ressalva, entretanto, de que para o campo da Saúde Coletiva, embora as necessidades se manifestem individualmente (ou sejam assim percebidas pelos indivíduos), elas são satisfeitas coletivamente, pela intervenção consciente no processo saúde-doença, reconhecidas nos perfis epidemiológicos e determinadas socialmente pelos potenciais de fortalecimento e desgaste ao qual os coletivos se submetem.

Sob o referencial Materialista Histórico e Dialético, o processo saúde-doença é a forma como os grupos sociais expressam as potencialidades e desgastes aos quais estão expostos, por meio de processos dinâmicos historicamente determinados e

estritamente ligados à maneira como se inserem no modo de produção vigente. Em outras palavras, o modo de produzir a vida determina a saúde e a doença de um dado grupo homogêneo, configurando em seu perfil epidemiológico¹¹.

A análise dos fenômenos a partir do referencial da TIPESEC exige a aproximação de categorias analíticas, as quais sustentarão a identificação e interpretação da realidade objetiva em tela. Além dos conceitos fundamentais da Saúde Coletiva, tais como processo saúde-doença e trabalho em saúde, o presente estudo se apoiou em outras categorias analíticas: adolescência como categoria geracional, integralidade, vulnerabilidade e necessidades em saúde.

Gerações consistem em um campo de estudos com interesse no pensamento contemporâneo, desde a década de 1920. Atualmente, confunde-se com o conceito de juventude, após esta se tornar objeto de agências internacionais de proteção de direitos. Apesar disso, são conceitos distintos¹².

Influenciada tanto histórica como geograficamente, a categoria geração faz referência às diferenças entre grupos etários nascidos em uma época e que vivenciaram (ou vivenciam) momentos históricos marcantes, independentemente da consciência de pertencimento a uma categoria. Assim, uma determinada geração está menos atrelada à data de nascimento do que à vivência em momentos e processos sociais e históricos¹².

Ainda assim, considerando que as vivências ocorrem de maneiras distintas, as gerações também não são homogêneas. Há influência do ritmo biológico, mas ele não define uma geração sozinho¹².

Sob o enfoque histórico, houve a constituição de uma categoria geracional após os anos 1920, período marcado pelo pós-Primeira Guerra Mundial, caracterizada por uma mescla de memória individual e coletiva. Até os anos 1960, as gerações foram marcadas por uma identidade cultural e política. Com o advento da globalização e forte influência da tecnologia, a intensa modificação social impactou na difusão de uma nova visão de mundo, com valores que vêm rompendo com o perfil geracional anterior¹².

A partir de outro olhar, com enfoque estrutural, a geração alcança um caráter a-histórico e assume características demográficas e econômicas da sociedade. A geração existe, independentemente de quantos ou quais indivíduos a ocupam, sendo continuamente preenchida e esvaziada em seu conteúdo, permanecendo sua estrutura. Esta, por sua vez, sofre o impacto das políticas sociais, altera-se diante da

estabilidade ou mudanças demográficas, modifica-se com as relações intrageracionais e intergeracionais, entre outros caminhos. Portanto a categoria geração se modifica tanto pela entrada e saída de atores como pelas mudanças internas e externas de sua estrutura¹³.

A respeito da adolescência, do adolescer e do adolescente¹⁴:

Diferentes sociedades possuem conceitos distintos e que mesmo em uma dada sociedade, num determinado momento histórico, coexistem concepções diferenciadas de adolescente, segundo a classe social, a religião, a etnia, o gênero – concepções essas em permanente transformação. Isso implica no deslocamento da ênfase da sua essência, do substrato comum, natural, para os múltiplos processos de sua construção, histórica, linguística e socialmente determinados. (...) A adolescência refere-se à dimensão estrutural do fenômeno, relativa aos processos mais gerais de estruturação da sociedade, o adolescer diz respeito à dimensão particular relativa às classes e grupos sociais distintos, e o adolescente refere-se à dimensão singular, onde operam os indivíduos e suas famílias ou, mais propriamente, os sujeitos sociais concretos.

É importante, contudo, olhar a vida deste indivíduo de maneira diferenciada, considerando aspectos históricos, sociais e culturais, não apenas os aspectos biológicos, além de compreender suas necessidades enquanto participante de sua própria história e agente de transformação na sociedade. Para que esse processo ocorra, os adolescentes devem ser percebidos como sujeitos sociais, críticos, que possam exercer a participação e sua autonomia para a formação de sua cidadania e consolidação de valores¹⁵.

A adolescência é compreendida como uma das etapas mais importantes no desenvolvimento humano, que culmina com todo o processo maturativo e biopsicossocial do indivíduo, marcada por situações de risco, aumentando sua natural vulnerabilidade, pois muitos adolescentes se encontram expostos à violência, acidentes, negligência, desproteção, abandono afetivo-social, moradia inadequada, exclusão social, sexualidade a florada, dificuldade no acesso à cultura, educação e aos serviços de saúde. Deste modo, essas vulnerabilidades estão diretamente ligadas às mudanças e transformações em que os adolescentes se encontram¹⁶.

A integralidade é um dos pilares do SUS, no Brasil, e desafia gestores e profissionais que atuam nessa área a desenvolver ações de promoção da saúde, cura e reabilitação. Nesse sentido, pensar em integralidade como condição constitucionalmente garantida ao cidadão é, sobretudo, atender satisfatoriamente aos problemas de saúde existentes, quer de forma individual ou coletiva, para assim efetivar a qualidade de saúde e não apenas tratar a doença e acometimentos graves¹⁷.

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos. O atendimento das necessidades deve contemplar os diversos fatores que favorecem o cuidado em saúde e este deve ter uma visão acolhedora, buscando a apreensão ampliada do sujeito biopsicossocial, com possibilidades de prestar assistência voltada à necessidade específica de cada indivíduo, envolvendo a prevenção de sofrimentos futuros por meio de um olhar atento na prática da saúde¹⁷. Sendo assim, a assistência está diretamente ligada à integralidade dos serviços prestados à sociedade, em todas as suas nuances, em virtude do deslocamento da prática de saúde que vem sendo utilizada, que vai da intervenção à medicalização, condições necessárias e importantes da forma de cuidar, e isso implica na organização e na execução das diferentes equipes profissionais¹⁷.

A integralidade está condicionada pela atuação profissional na perspectiva de inserir em suas práticas um atendimento integral ampliado, desenvolvendo um trabalho em equipe e modificações na produção do cuidado, centrada na focalização das necessidades dos indivíduos¹⁷. Com todas as dificuldades encontradas para garantir a efetividade mínima dos direitos constitucionais à saúde, o progresso da integralidade proporciona ao usuário do SUS outras perspectivas delineadas num molde de necessidades básicas de assistência, dentre essas, a ampliação da rede de atendimento na atenção básica, inicialmente criada a partir do então Programa Saúde da Família (PSF), de 1994, e desde 2000, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta tomou status de instrumento de universalização da cobertura da atenção básica, contribuindo para a ampliação da rede de atenção¹⁷.

Nas diversas dimensões, é importante vislumbrar a integralidade, que está condicionada pela atuação profissional na perspectiva de inserir em suas práticas um atendimento integral ampliado, envolvendo a magnitude do conceito de saúde, desenvolvimento de trabalho em equipe e modificações na produção do cuidado, centrada na focalização das necessidades dos indivíduos¹⁸.

A vulnerabilidade, por sua vez, extrapola questões individuais e abrange aspectos coletivos e contextuais que elevam a suscetibilidade a doenças e agravos, por meio de exposição das pessoas ao adoecimento. As questões individuais, coletivas e sociais, bem como os determinantes estruturais da sociedade, referem-se à desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços, além das relações de gênero na sociedade¹⁹.

Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade permite repensar sobre as práticas de saúde, de maneira crítica e dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, por meio do trabalho transdisciplinar com diferentes setores da sociedade, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos, por meio do conhecimento das práticas de saúde, reconhecendo suas necessidades e riscos. A vulnerabilidade está ligada às possibilidades orgânicas, à forma de estruturação de programas de saúde, passando por processos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. É importante considerar as chances de exposição das pessoas ao adoecimento como um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas principalmente coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, além de considerar maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos²⁰.

As necessidades em saúde não se restringem às demandas biológicas como problemas de saúde – doenças, sofrimento ou riscos, uma vez que são caracterizadas também pelas carências ou vulnerabilidades que se relacionam ao modo de vida e identidade, expressos na condição necessária para o gozo da vida e ideais de saúde. É importante incorporar os determinantes amplos de saúde (sociais e ambientais), como moradia, alimentação, educação, emprego e ambiente^{21,22}.

Deve-se considerar a relação entre necessidades em saúde e enfrentamento das discriminações sociais, bem como a relação entre necessidades em saúde e autodesenvolvimento humano como parte ampliada das necessidades dos indivíduos, famílias e grupos sociais²³.

Deste modo, as necessidades se originam nas relações de reprodução social em que os sujeitos se desenvolvem como seres sociais. Contudo as relações de reprodução são a base das necessidades da saúde dos indivíduos, determinando, assim, os padrões do processo saúde-doença, uma vez que as necessidades de saúde são idênticas no conjunto da vida social desse indivíduo²¹.

Seguindo o modelo hegemônico e hospitalocêntrico, as necessidades biológicas são priorizadas. Para avançar no campo da atenção integral, deve-se considerar a relação entre necessidades em saúde e enfrentamento das discriminações sociais, bem como a relação entre necessidades em saúde e autodesenvolvimento humano como parte ampliada das necessidades dos indivíduos, famílias e grupos sociais²³.

Ao considerar a atenção à saúde realizada pelos profissionais da Atenção Primária em um dado território, como objeto deste estudo, é necessário identificar as

dimensões da realidade que constituem o fenômeno estudado. As dimensões de uma dada realidade permitem identificar as contradições da realidade e os potenciais de desgaste e fortalecimento que corresponderão às vulnerabilidades e necessidades em saúde. A compreensão sobre as dimensões que determinam a realidade objetiva na saúde facilita a construção de projetos de intervenção resolutivos e a reinterpretação desta realidade, com abertura de novos processos modificadores da realidade de saúde do indivíduo ou da coletividade^{10,11,24}.

Neste estudo, a dimensão singular foi privilegiada, sem desconsiderar a relação entre as dimensões particular e estrutural.

A dimensão estrutural está constituída pelas relações econômicas, sociais, políticas e ideológicas que determinam historicamente a articulação do indivíduo na sociedade, por meio dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção, que diretamente imprimem sobre os jovens uma determinada maneira de ser na sociedade²⁴. No presente estudo, está relacionada aos princípios das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde e aos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Na dimensão particular, encontram-se os processos de reprodução social, ou seja, as relações de produção e consumo, que determinam perfis epidemiológico no processo saúde-doença, considerando o processo de trabalho e as práticas assistenciais no serviço de saúde e a Política Municipal de Saúde (PMS). Na dimensão singular, formada pela expressão individual do processo saúde-doença, estão as ações de saúde que são realizadas na atenção primária para a população dos adolescentes, sob a percepção dos profissionais de nível superior, que diretamente representam a forma como percebem, acolhem e atendem as necessidades em saúde. Nesse processo, o profissional exercita uma análise que lhe permite identificar e compreender o fenômeno saúde-doença para além do cotidiano vivido pelos sujeitos afetados²⁴.

Na sua vertente metodológica, a TIPESC propõe cinco etapas, a saber: captação e interpretação da realidade objetiva, construção do projeto de intervenção, intervenção na realidade objetiva e reinterpretação da realidade objetiva¹⁰. Este estudo desenvolveu as duas primeiras etapas da TIPESC, captação e interpretação da realidade objetiva, considerando as três dimensões do fenômeno, mas privilegiando a dimensão singular¹⁰.

O estudo foi desenvolvido a partir da análise de dados de fontes primárias e secundárias. Os dados de fontes secundárias foram coletados em fontes públicas de consulta, tais como sites oficiais, relatórios de acesso livre do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), entre outros, segundo roteiro adaptado e apresentado no APÊNDICE D.

O Distrito Sanitário III (DS), cenário escolhido para o estudo, contava com uma rede de APS composta por oito equipes alocadas em sete Unidades de Saúde da Família (USF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seis equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A coleta de dados aconteceu no âmbito de um projeto de pesquisa maior, intitulado “Criança e adolescente na Atenção Básica à Saúde: desafio para a integralidade”. As entrevistas com os profissionais foram alternadas entre as temáticas da atenção à criança e atenção ao adolescente.

Os dados foram coletados pessoalmente pelas integrantes do grupo de pesquisa que residem no município cenário do estudo, a partir de entrevistas individuais e em local reservado. As pesquisadoras não conheciam previamente os entrevistados, não tendo nenhuma relação anterior. Estas entrevistas ocorreram entre os meses de setembro e dezembro de 2018, após autorização da pesquisa por meio da oficialização da Prefeitura Municipal de Recife, do Distrito Sanitário III e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme pode ser observado nos Anexos A e B.

As equipes de cada unidade foram numeradas e sorteadas, de forma a estabelecer a ordem de participação. Na impossibilidade de participar, por qualquer motivo institucional, a próxima equipe era convidada e a anterior reincluída no final da sequência. Para garantir a viabilidade de conteúdo, foi entrevistada uma equipe por Unidade até que se completassem as equipes. A coleta de dados seguiu o fluxo descrito na Fig. 1:

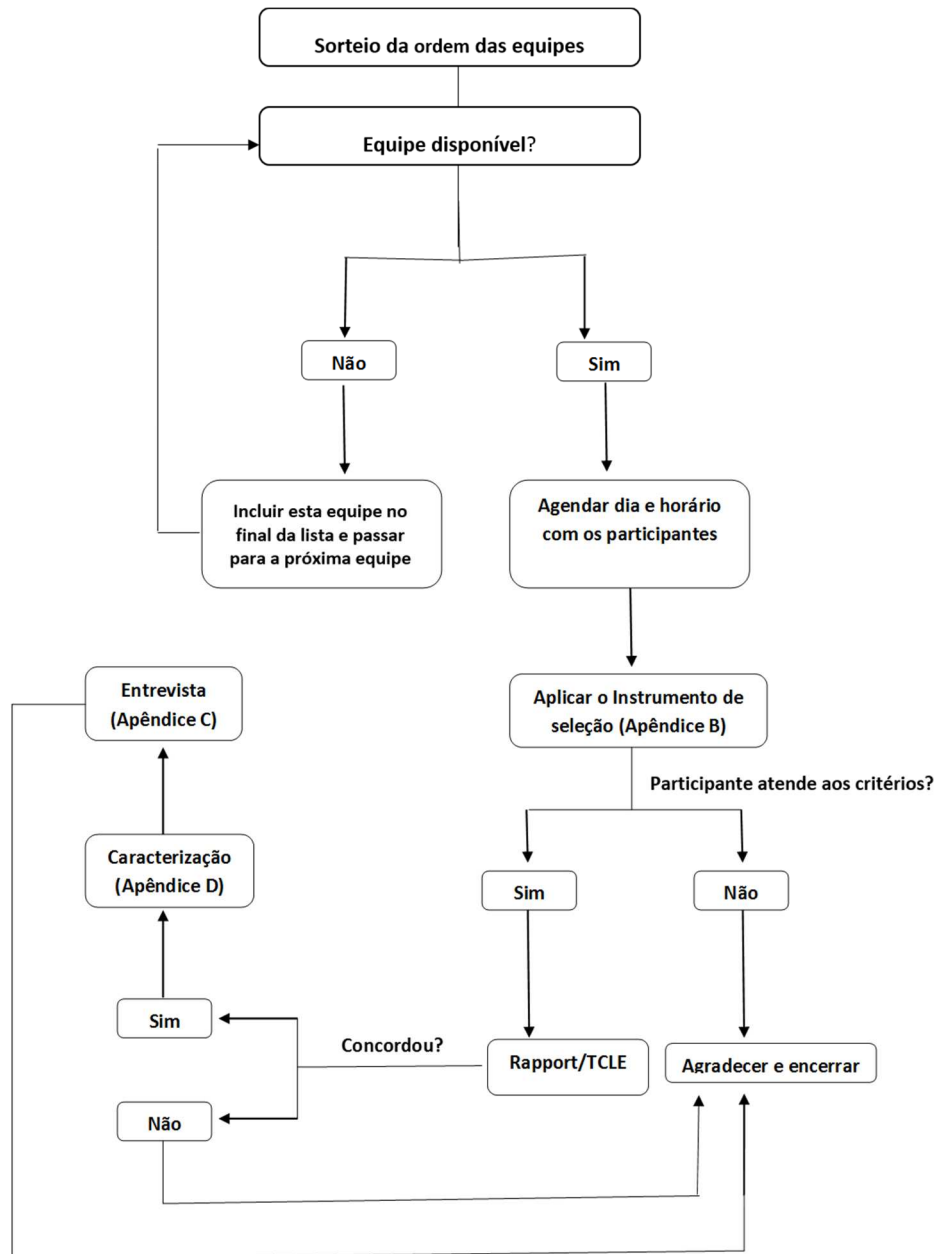


Figura 1 – Fluxograma para coleta de dados de fontes primárias.

A população do estudo maior foi composta por 32 profissionais de formação superior (enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, farmacêutico e nutricionista) das USF, PACS e uma equipe de NASF. Foram incluídos no estudo os profissionais com atuação de um ano ou mais na APS, e que tivessem desenvolvido neste período algum atendimento às crianças e aos adolescentes na Unidade de Saúde. Do total de 30 profissionais abordados, 15 relataram suas experiências sobre os adolescentes, 11 relataram sobre atenção à criança, 01 se recusou a participar sob alegação de desinteresse ou indisponibilidade e 03 não eram elegíveis para o estudo. Não foram previstos critérios de exclusão.

Tratando-se de pesquisa de abordagem qualitativa e a busca pelo aprofundamento, diversidade, abrangência e respostas a questões muito particulares, não há necessidade de representatividade numérica em busca de generalizações. A amostra foi por conveniência, totalizando uma população de 32 profissionais.

Antes de iniciar a entrevista, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi ressaltada a necessidade do uso do gravador. Foram esclarecidas as dúvidas, de modo a aliviar o constrangimento que muitas vezes a presença do gravador provoca. Os participantes foram esclarecidos quanto à liberdade de se desligarem da pesquisa a qualquer momento, sem que isso representasse qualquer prejuízo a eles.

As entrevistas foram iniciadas com a aplicação do *Rapport* (APÊNDICE C), considerado necessário para estabelecer o acolhimento do entrevistado, uma relação de empatia, confiança e responsabilidade mútua, o que oportuniza um diálogo dinâmico^{25,26}.

O roteiro de entrevista (APÊNDICE D) apresentou questões norteadoras sobre o cuidado ao adolescente na APS, buscando a compreensão dos profissionais acerca das políticas de saúde e da efetivação do cuidado integral proposto nos documentos legais. A duração média aproximada foi de 20 minutos por entrevista.

As entrevistas foram gravadas e os dados foram transcritos e revisados por pares, após cada entrevista, buscando apreender e visualizar gestos e sentimentos manifestados pelos participantes, de forma que tais expressões não ficassem perdidas. Durante a apresentação da proposta da pesquisa aos profissionais, foi dito que a entrevista não iria interferir no seu cotidiano de trabalho, sendo esclarecido também quanto à garantia do sigilo das informações e da preservação da identidade. Todos os profissionais envolvidos optaram por realizar a entrevista em seu próprio local de trabalho, em uma sala reservada capaz de garantir nossa privacidade e evitar interrupções – às quais estávamos sujeitos por se tratar de um ambiente de trabalho. Nas primeiras entrevistas, as pesquisadoras registraram ansiedade e insegurança diante das inúmeras respostas e reações que a entrevista poderia suscitar. Entretanto, ao longo da coleta de dados, passaram a sentir segurança e conforto, e o uso de gravador na entrevista liberou as pesquisadoras para olhar para o entrevistado e atentar para as outras formas de expressão capazes de refletir seus sentimentos e impressões.

Durante as entrevistas com os profissionais de saúde e a visita aos serviços de saúde, desde os problemas estruturais das unidades até a complexidade do território foram percebidos pelas pesquisadoras, destacando-se a sensação de fragilidade e ineficácia, de falta de autonomia e governabilidade para o enfrentamento dos problemas, e ainda, a demanda grande, crescente e complexa que as ESF enfrentam no cotidiano do serviço de saúde.

Para atender ao direito de sigilo e anonimato dos participantes do estudo, as entrevistas tiveram nomes e elementos identificáveis suprimidos e receberam a denominação E1 a E15.

Para análise dos resultados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin²⁷, cuja operacionalização foi construída a partir das etapas de pré-análise, que correspondem a um período de intuições, que têm por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, num plano de análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, momento em que foram realizadas as transcrições das entrevistas e limpeza das falas.

A análise de conteúdo permite identificar e ultrapassar o senso comum e a subjetividade na interpretação dos dados obtidos. Permite ainda interpretar o conteúdo das entrevistas de forma crítica, bem como os núcleos de sentido que tenham significado para a temática e relação com o objeto da pesquisa e, ao final, atendam ao objetivo estabelecido para o estudo²⁷.

Foi usado o software webQDA, ferramenta de apoio à análise qualitativa, que auxiliou na confirmação ou exclusão das categorias, qualificando o processo de categorização e, conseqüentemente, os resultados do estudo. Por ser uma ferramenta colaborativa, o webQDA permite que as fontes de dados e os sistemas de codificação (categorias e definições) estejam disponíveis para um ou mais pesquisadores simultaneamente. Com ele, o pesquisador pode editar, visualizar, interligar e organizar os documentos da pesquisa que estejam em formato de relatórios, documentos, depoimentos, fotografias e vídeos²⁸.

O sistema do software se divide em três partes: a fonte, que se refere aos dados de que dispõe o pesquisador; a codificação, criada a partir das dimensões, indicadores ou categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas; e os questionamentos, abordagem de um conjunto de ferramentas que auxiliarão o pesquisador a questionar os dados²⁸.

O webQDA permitiu, por meio do recurso de codificação, a construção da árvore de códigos e respectiva análise e seleção de referências nas 15 fontes (entrevistas). A Fig. 2 apresenta a árvore de códigos utilizada e a Tabela 1 descreve a distribuição das referências.



Figura 2 – Árvore de códigos utilizada para análise das entrevistas.

Código	Referências	Fontes
Características do adolescente	23	11
Dificuldades para atenção ao adolescente	65	15
Facilidades para atenção ao adolescente	16	10
Necessidades Expressas	28	10
Necessidades Percebidas	35	14
Satisfação das necessidades pela equipe	67	15
Satisfação das necessidades por estratégias intersetoriais	35	14
Satisfação das necessidades com respaldo das políticas públicas	28	12

Tabela 1 – Distribuição das referências, fontes e códigos resultantes da análise das entrevistas.

Os resultados estão descritos em categorias empíricas e discutidos à luz das categorias conceituais elencadas: adolescência, integralidade, vulnerabilidade e necessidades em saúde.

Seguindo as diretrizes previstas para pesquisas de abordagem qualitativa, o *Check list Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), o relatório final contemplou as informações conforme descrito no APÊNDICE F²⁹.

3.1 Caracterização do Cenário do Estudo

O município de Recife é caracterizado como totalmente urbano. Apresenta uma composição territorial diversificada, com morros, planícies, áreas aquáticas e Zonas Especiais de Preservação Ambiental. Está dividido em 94 bairros organizados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA), que correspondem aos Distritos Sanitários de Saúde³⁰.

Estima-se que a população residente no ano de 2018 era de 1.637.834 habitantes. A população com idade entre 10 a 19 anos, conforme o Censo de 2010, contava com 123.502 homens e 122.171 mulheres, respectivamente³¹.

Em Recife, no ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi de 0,772; para o componente educação, o índice foi de 0,698, em uma escala de 0 a 1. Este componente teve um crescimento linear entre os anos de 1991 e 2010, o que caracteriza uma maior escolaridade da população do município, com mais crianças e jovens nas escolas ou completando ciclos. Dados de 2013 mostram que a proporção de crianças entre 11 a 13 anos completando o Ensino Fundamental era de 86,1%, os jovens de 15 a 17 anos com Ensino Fundamental completo representavam 58,51%, e a proporção de jovens entre 18 a 20 anos com Ensino Médio completo era de 46,66%, em 2010³².

Outra consideração se dá em relação à renda *per capita* do município, que em 2010, foi de R\$ 1.144,26, e no estado de Pernambuco, R\$ 525,64. Desde 2000, a renda *per capita* em Recife está entre os valores de R\$ 624,00 e R\$ 1.157,00, segundo indicadores do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais passou de 64,06%, em 2000, para 64,78%, em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação passou de 20,37%, em 2000, para 12,11%, em 2010³².

No município de Recife/PE, no período compreendido entre 2001 e 2013, segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica, a causa predominante de morte foi em decorrência de doenças do aparelho circulatório, com tendência crescente ao longo dos anos, seguida pelas causas externas e neoplasias. As mortes por doenças parasitárias e por sinais e sintomas, apresentam os menores valores observados. As causas mal definidas, representadas pelo grupo sinais e sintomas, apresentaram queda, o que reflete a melhoria da qualidade dos registros e da assistência, que permite declarar com precisão o que causou o óbito³³.

A Secretaria de Saúde do Recife é responsável pela elaboração e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população. Sua estrutura organizacional é composta pelas Secretarias Executivas de Coordenação Geral, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Atenção à Saúde, Vigilância à Saúde e Administração e Finanças, que têm o objetivo de formatar e executar as atividades preconizadas pelo SUS³³.

A Secretaria Executiva de Atenção à Saúde possui políticas voltadas para a Saúde da Criança e do Adolescente, com a missão de planejar, assessorar, monitorar e avaliar as execuções dos programas e estratégias que abrangem a saúde desta população. Tem como objetivo a redução de morbimortalidade e promoção da saúde. Com esse acompanhamento, busca-se diminuir a mortalidade infantil e do adolescente, com ações voltadas para a implantação, implementação e execução da assistência integral da saúde do adolescente³³.

A rede básica do município de Recife é composta pelas Unidades de Saúde da Família, sendo algumas delas Upinhas, que funcionam durante o dia e outras com atendimento 24 horas; por Unidades Básicas Tradicionais de Saúde (UBT); pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Atualmente, são: 130 Unidades de Saúde da Família, sendo 4 Upinhas 24h. Essas unidades são compostas por 276 Equipes de Saúde da Família (ESF), 173 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EEACS), 20 Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (ENASF) e 2 Equipes de Consultório na Rua³⁴.

Segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e Participativa no Ministério da Saúde, no ano de 2013 a cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família no município de Recife foi de 53,71%, o que corresponde a 831.450 habitantes, com 241 equipes de saúde da família. Em 2012, a cobertura populacional foi de 53,47%, correspondendo a 817.650 habitantes, e o número de equipes de saúde da família foi de 237. Deste modo, como forma de assegurar o atendimento da atenção primária, houve uma ampliação das USF³⁵.

O DS III, cenário do estudo, está localizado na Região Político-Administrativa 3 (RPA 3), é o 2º maior distrito em população e o 1º em dimensão territorial. Composto por 16 bairros, distribuídos nas três microrregiões, sendo a mais extensa RPA da cidade, com 81.751 km² e mais de 300 mil habitantes³⁶.

O DS III apresenta um território heterogêneo, destacado pelas desigualdades e vulnerabilidades sociais, na forma de como a população se distribui³⁶. É uma área urbana onde se visualiza planícies e morros, com possibilidades de desabamentos em decorrência da ação antrópica. Em relação ao saneamento básico, há uma baixa cobertura. Além disso, observa-se um baixo índice de escolaridade, com áreas que apresentam grande violência. Em sua história, carrega vasta organização política e cultural, grandes lutas e conquistas, advindas de movimentos sociais organizados e presença de grupos expressivos da cultural regional³⁶.

Caracteriza-se, portanto, por ser uma região de contrastes, com desigualdades sociais e ambientais, o que justifica a escolha deste distrito para o cenário do estudo. Espera-se que a heterogeneidade do território contribua para a captação de diferentes compreensões acerca do tema estudado³⁶. Em sua história, traz vasta organização política e cultural, grandes lutas e conquistas advindas de movimentos sociais organizados e presença de grupos expressivos da cultural regional.

A rede de serviços do Distrito III é composta por 7 USF, 7 ESF, 6 ESB, 3 UBT, 4 Polos de Academia da Cidade, 6 EEACS, 1 ENASF, 1 farmácia família, 2 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 11 residências terapêuticas, 1 Centro de Especialidade Odontológica (CEO), 2 Policlínicas, 1 Serviço de Pronto Atendimento, 1 maternidade, 1 hospital próprio, 1 equipe de consultório de rua, 1 base descentralizada do Samu e 2 unidades especializadas, distribuídos entre os 16 bairros que o compõem³⁴.

3.2 Caracterização dos Entrevistados

Do total de 15 sujeitos da pesquisa, sete possuem graduação em Enfermagem, três em Medicina, um em Psicologia, um em Odontologia, um em Nutrição, um em Fisioterapia e um em Assistência Social. As demais características dos profissionais entrevistados estão apresentadas na tabela a seguir.

Características	Profissionais	
	nº	%
Sexo		
Feminino	11	73,33
Masculino	04	26,66
Idade (anos)		
30 a 40	4	26,66
40 a 50	6	40,00
50 ou mais	5	33,33
Estado Civil		
Solteira (o)	04	26,66
Casado/companheiro (a)	09	60,00
Viúva (o)	--	--
Separada (o)	02	13,33
Nº Filhos		
Nenhum	05	33,33
1	06	40,00
2	03	20,00
3	01	6,66
4 ou mais	-	-
Sexo dos Filhos		
Feminino	07	46,66
Masculino	05	33,33
Ambos	03	20,00
Formação Complementar		
Nenhuma	01	6,66
Especialização <i>lato sensu</i>	06	40,00
Especialização <i>stricto sensu</i>	08	53,33
Características	Profissionais	
	Nº	%
Tempo de formação (anos)		
5 a 10	05	33,33
10 a 20	08	53,33
20 a 30	02	13,33
Na ESF		
5 a 10	05	33,33
10 a 20	08	53,33
20 a 30	02	13,33
Treinamento sobre Adolescente		
Receberam treinamento	08	53,33
Não receberam	07	46,66

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde entrevistados nas UBS (n=15). Recife, 2018.

3.3 Aspectos éticos

No início da coleta de dados, o projeto foi apresentado ao responsável pelo Distrito Sanitário III (APÊNDICE F). Todos os trâmites administrativos foram respeitados a fim de se obter a autorização institucional para a realização da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Univeritas UNG Guarulhos (Parecer nº 2.866.025) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Recife, atendendo aos dispositivos legais contidos na Resolução n.º 464 de 2012. Todos os aspectos éticos foram observados e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

4 RESULTADOS

Os resultados da presente dissertação serão apresentados a partir de dois artigos científicos.

O primeiro artigo científico, intitulado “Adolescente e adolescência: compreensão das necessidades em saúde para atenção integral”, corresponde aos resultados das entrevistas relacionados à percepção dos profissionais da APS acerca do adolescente e da adolescência, e foi apresentado no 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ), realizado em julho de 2019, em Lisboa (Portugal).

O segundo artigo científico, intitulado “Atenção à Saúde dos Adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde”, corresponde aos resultados relacionados à atenção à saúde dos adolescentes e será submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem.

Em cada artigo científico estão apresentadas as referências específicas.

Artigo 1 – Adolescente e adolescência: compreensão das necessidades em saúde para atenção integral

Resumo: Os objetivos do estudo são caracterizar o adolescente e a adolescência a partir da perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e identificar as necessidades em saúde expressas e percebidas pelos profissionais. Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa, que analisou 15 entrevistas realizadas com profissionais de saúde e identificou três categorias analíticas. Os resultados preliminares identificaram que os profissionais reconhecem como necessidades do adolescente aquelas demandas que são abarcadas pelas ações programáticas da Atenção Básica, sem, contudo, terem instrumentos para lidar com as peculiaridades da população adolescente.

Palavras-chave: Adolescência. Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Necessidades em saúde.

Adolescents and adolescence: understanding health needs for integral care

Abstract: The objectives of the study are to characterize adolescents and adolescents from the perspective of Primary Health Care (PHC) professionals and identify the health needs expressed and perceived by professionals. This is a cross-sectional qualitative study, which analyzed 15 interviews with health professionals and identified three analytical categories. Preliminary results have identified that the professionals recognize as adolescent needs those demands that are covered by the programmatic actions of Primary Care, without, however, having instruments to deal with the peculiarities of the adolescent population.

Keywords: Adolescents. Adolescence. Primary Health Care. Needs of health.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, período de crescimento e desenvolvimento peculiar, requer um planejamento e organização dos cuidados em saúde, pautados em laços intersetoriais, participação e colaboração de diferentes atores sociais. As mudanças demográficas que têm ocorrido no Brasil, nas últimas décadas, tendem a desacelerar o crescimento da população adolescente, embora esta seja, atualmente, a maior de toda a história do país¹.

No Brasil, considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, e jovem aquele com idade entre 15 e 24 anos. A maioria deste grupo populacional vive em áreas urbanas e contribui fortemente para a aceleração da economia do país, ao mesmo tempo em que está vulnerável a diferentes agravos, tais como a violência, gravidez precoce, uso e abuso de drogas e agravos sexualmente transmissíveis.

Outros problemas têm se apresentado, como a distorção entre idade e escolaridade e dificuldades de acesso ao mercado de trabalho¹.

Pesquisa realizada no nordeste brasileiro identificou que a população jovem de um determinado território com cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) procura pelos serviços de atenção básica e participa três vezes mais de ações educativas e de prevenção do que a população fora da área de cobertura. Os autores concluem dois aspectos: primeiro que as áreas com cobertura da ESF são mais vulneráveis socialmente e a cobertura indica potencial para a equidade; e segundo, a predominância de acesso às ações de prevenção e promoção atendem para além de queixas biológicas e condizem com os princípios da ESF².

Por outro lado, estudo realizado em um município do sudeste brasileiro buscou discutir as dificuldades dos adolescentes em perceber a Unidade de Saúde da Família (USF) local como espaço para produção e promoção da saúde. A ausência dos adolescentes no espaço da USF é justificada pela falta de acolhimento e vínculo com os jovens. Destaca-se a necessidade de o serviço de saúde superar a visão patologizante da adolescência, sempre caracterizada como um período turbulento, de crises e rebeldia, e estabelecer um compromisso com o adolescente, valorizando seu conhecimento ampliado sobre a saúde, sobre o território e sua capacidade de contribuir no planejamento do cuidado³.

Ressaltam os autores que a integralidade do cuidado deve ser o objetivo da rede e não apenas da USF, rompendo barreiras financeiras, geográficas, culturais e simbólicas que impedem o jovem de acessar os serviços de saúde. Para os jovens participantes do estudo, a USF representa o Estado, mas está associada ao conceito de doença e vulnerabilidade, enquanto outros espaços do território apresentam potencial para a promoção da saúde³.

A perspectiva de atenção integral deve contemplar o fortalecimento das ações de promoção da saúde e a reorientação dos serviços, ampliando a capacidade de resposta às necessidades identificadas. Segundo as Diretrizes Nacionais, há a necessidade de um modelo de atenção local formulado de acordo com especificidades regionais e que responda às necessidades em saúde da população adolescente¹.

Em Recife, município cenário deste estudo, a Lei Municipal nº 15.604 de 18 de fevereiro de 1992, em resposta às determinações do ECA, instituiu o Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente de Recife (COMDICA), como um equipamento social importante da Política de Proteção Integral

à Infância e à Juventude, indutor e condutor de todo o processo que objetiva, em última síntese, fazer acontecer o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente⁴.

Décadas depois, em 2018, o Plano Municipal de Saúde (PMS) de Recife apresentou diretrizes, objetivos e ações que orientariam a gestão municipal até 2021, propiciando e requisitando de gestores, trabalhadores e usuários, um amplo debate acerca das prioridades para as políticas de saúde do município. Entretanto, embora o PMS aponte um conjunto de metas, a população adolescente não está destacada ou priorizada na proposta, exceto pelo acompanhamento dos jovens em conflito com a lei, pela Atenção Básica, como estratégia de fortalecer a promoção e prevenção da saúde⁵.

Dados disponíveis sobre a adolescência do município de Recife mostram que a taxa de mortalidade a cada 1000 nascidos vivos ainda é muito alta em comparação a outros estados, chegando a 11,96%, seguida por 7,73% de internações por infecções e doenças parasitárias, de acordo com dados do IBGE⁶. Na faixa etária de 15 a 19 anos, houve 0,6% de óbito para doenças infecciosas e parasitárias; considerando causas externas de morbidade e mortalidade na faixa etária entre 10 e 14 anos, houve 20% e de 15 a 19 anos, 6,3% de óbitos. Observa-se, portanto, elevado índice para essa faixa etária nos dias atuais⁶. Complementarmente, em relação à violência interpessoal contra o adolescente, foram notificados 23%, no período de 2009 a 2013, como consta no PMS⁵, constituindo importante desafio na operacionalização das Diretrizes Nacionais para o Cuidado Integral, desde a concepção sobre adolescência, até a reestruturação necessária à rede de serviços disponível no município.

Diante do contexto apresentado, esse estudo pretende investigar como os profissionais da Atenção Básica de um distrito de Recife, Pernambuco, percebem o adolescente e quais são as necessidades em saúde expressas por eles ou percebidas pelos profissionais. Toma-se como objeto deste estudo a compreensão do conceito de adolescência e do sujeito adolescente como categoria geracional, bem como as necessidades em saúde inerentes a este grupo e que são percebidas ou se apresentam nos serviços de saúde como demandas de atendimento.

A finalidade do presente estudo é identificar características dos adolescentes e da adolescência que potencializem o planejamento de um cuidado integral ancorado nas necessidades em saúde. A carência de informações sobre a população adolescente, no que tange às suas dimensões social, cultural, afetiva, política, entre outras, e

ausência de estratégias objetivas que priorizem a atenção integral ao adolescente de Recife, justificam a realização do estudo.

Os objetivos do estudo foram caracterizar o adolescente e adolescência a partir da perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e identificar as necessidades em saúde expressas e percebidas pelos profissionais.

2 MÉTODO

Trata-se de um recorte descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, sobre as características e necessidades em saúde dos adolescentes, parte de um estudo sobre as políticas, instituições e profissionais da saúde para Atenção Integral à Saúde da criança e do adolescente. O estudo completo contou com a participação de 26 profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Sanitário III, do município de Recife (Pernambuco, Brasil).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Univeritas UNG Guarulhos (Parecer n.º 2.866.025) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Todos os aspectos éticos foram observados e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como referencial teórico e metodológico, foi utilizada a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), metodologia dinâmica e participativa, fundamentada na visão de mundo materialista histórica e dialética. O presente estudo desenvolveu as duas primeiras etapas da TIPESC, que consistem na captação e interpretação da realidade objetiva, considerando as três dimensões do fenômeno da realidade objetiva: estrutural, particular e singular⁷.

No fenômeno das necessidades em saúde dos adolescentes, a dimensão estrutural é conformada pelas políticas públicas nacionais, estaduais e municipais de atenção ao grupo, que diretamente imprimem sobre os jovens uma determinada maneira de ser e estar na sociedade; a dimensão particular consiste na organização dos serviços em saúde e articulação da rede de atenção, muitas vezes desfavorável ao acesso dos jovens; e por fim, na dimensão singular, está a compreensão sobre a adolescência e sobre o adolescente, que diretamente representam a forma como percebem, acolhem e atendem as necessidades em saúde.

Ao caracterizar as dimensões de uma dada realidade, é possível identificar a existência de processos protetores e de desgastes, além de entender a maneira pela

qual o processo saúde-doença deste grupo é determinado. A tudo isso correspondem às vulnerabilidades e necessidades em saúde. A compreensão sobre as dimensões dessa realidade objetiva facilita a construção de projetos de intervenção resolutivos, com abertura de novos processos modificadores da realidade de saúde do indivíduo ou da coletividade^{7,8}.

Neste estudo, a ênfase está na dimensão singular, sem, contudo, perder de vista a relação entre as dimensões particular e estrutural. As categorias analíticas mediadoras da interpretação do fenômeno adotado foram adolescência e necessidades em saúde^{7,8,9}.

A adolescência é compreendida como uma das etapas mais importantes no desenvolvimento humano, que culmina com todo o processo maturativo e biopsicossocial do indivíduo. Sendo esta uma fase marcada por situações de vulnerabilidade, os adolescentes se encontram expostos à violência, acidentes, negligência, desproteção, abandono afetivo-social, moradia inadequada, exclusão social, questões relativas à sexualidade, dificuldade no acesso à cultura, educação e aos serviços de saúde¹⁰.

É fundamental considerar os aspectos históricos, sociais e culturais (e não apenas os aspectos biológicos), para compreender suas necessidades, como participantes de sua própria história e agentes de transformação na sociedade. Para que esse processo ocorra, os adolescentes devem ser percebidos como sujeitos sociais, críticos, de modo que possam exercer participação e autonomia para formação de sua cidadania e consolidação de valores¹¹.

Inicialmente, as necessidades biológicas são priorizadas, mas as ações em saúde não podem se limitar a elas. Deve-se considerar a relação entre necessidades em saúde e enfrentamento das discriminações sociais, bem como a relação entre necessidades em saúde e autodesenvolvimento humano como parte ampliada das necessidades dos indivíduos, famílias e grupos sociais¹².

Necessidades em saúde, portanto, não se restringem apenas às demandas biológicas como problemas de saúde ou doenças, sofrimentos ou riscos. São definidas, também, pelas carências ou vulnerabilidades relacionadas ao modo de vida e identidade, expressos na condição necessária para o gozo da vida e ideais de saúde^{13,14}. É importante incorporar os determinantes amplos de saúde, sociais e ambientais, como moradia, alimentação, educação, emprego e ambiente^{13,14}.

Deste modo, as necessidades se originam nas relações de reprodução social em que os sujeitos se desenvolvem como seres sociais. As relações de produção e reprodução são a base das necessidades em saúde dos indivíduos, determinando assim, o processo saúde-doença. Para reconhecer essas necessidades, são necessários instrumentos epidemiológicos para captar a produção social de diferentes grupos sociais¹⁴, além de arcabouço teórico que permita ao profissional reconhecer o que é necessidade.

O Distrito Sanitário III, cenário eleito para o presente estudo, conta com uma rede de APS composta por oito equipes em sete Unidades de Saúde da Família (USF), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seis equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para o estudo, todos os profissionais com formação superior (enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, terapeuta ocupacional e nutricionista) das USF e NASF foram convidados a participar, estabelecendo o limite de conveniência de uma equipe por USF, totalizando uma população de 32 profissionais.

O roteiro de entrevista apresentava a caracterização dos participantes e questões norteadoras sobre o cuidado ao adolescente na Atenção Básica, contemplando a compreensão dos profissionais acerca das políticas de saúde e da efetivação do cuidado integral proposto nos documentos legais.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: atuação na APS há um ano ou mais, e desenvolvimento de atendimento a crianças e adolescentes. Os participantes foram entrevistados pessoalmente, em espaço reservado e na presença apenas das pesquisadoras, que seguiram um roteiro semiestruturado, por aproximadamente 20 minutos, utilizando gravador digital e registro de notas de campo. Os roteiros foram alternados entre ênfase nos aspectos da população infantil ou adolescente.

Foram efetivamente abordados 30 profissionais e realizadas 26 entrevistas: 11 com profissionais que relataram suas experiências com a população infantil e 15 com profissionais que contribuíram com suas experiências sobre os adolescentes; houve 01 recusa sob alegação de desinteresse ou indisponibilidade e 03 não eram elegíveis para o estudo. Ao finalizar a abordagem de uma equipe por USF, a coleta foi interrompida por observar a saturação dos dados. Neste estudo serão apresentados resultados referentes aos adolescentes.

As entrevistas foram feitas pelas pesquisadoras residentes no município, que receberam orientações e realizaram treinamento simulado como preparo para

realização das entrevistas. Embora as pesquisadoras não tivessem contato direto com os profissionais, elas compõem a equipe de gestão de uma Instituição de Ensino que mantém atividades acadêmicas no distrito. Elas foram apresentadas aos participantes momentos antes da entrevista, por um profissional da UBS, e neste momento tiveram oportunidade de explicar sobre os objetivos do estudo. Não houve necessidade de refazer entrevistas e todo o conteúdo transcrito retornou aos participantes para validação. Nenhum participante sentiu necessidade de modificar o conteúdo, autorizando sua utilização.

Os dados foram transcritos e revisados por pares e a codificação realizada por duas pesquisadoras. Para apoio à análise qualitativa, foi utilizado o software webQDA, e a análise proposta seguiu as diretrizes da técnica de análise de conteúdo¹⁵. As entrevistas foram nomeadas consecutivamente, utilizando-se da letra E (entrevistado) seguida de um número (E1, E2, E3, etc.).

Para a análise, as entrevistas foram adicionadas à interface do software e classificadas segundo informações do instrumento de caracterização dos participantes. Foram estabelecidos códigos em árvore para análise do conteúdo, a partir das temáticas propostas no roteiro semiestruturado. Dessa forma, o presente estudo apresenta os resultados referentes aos tópicos “caracterização dos adolescentes” e “necessidades em saúde percebidas e expressas”. Apesar de o roteiro apresentar questões específicas sobre estes temas, as entrevistas foram exploradas em sua totalidade, buscando-se elementos que subsidiassem a elaboração da síntese desta categoria.

O código “caracterização do adolescente” abarca todas as referências sobre como é o adolescente que vem ou que mora no território da USF. Em relação às necessidades percebidas, foram incluídos os relatos de situações ou demandas dos adolescentes, avaliadas pelos profissionais, a partir de uma compreensão subjetiva. Neste conjunto, foram incluídas falas que apresentassem exemplos abstratos, imaginados, suposições sobre o que o adolescente precisa, traz ou espera da USF. Em contrapartida, os relatos ancorados em fatos, ou seja, descrição de situações acontecidas, foram codificados na categoria “necessidades expressas”, considerando seu aspecto concreto. Vale ressaltar que, apesar do relato apoiar-se em dados concretos, não se afastam os elementos subjetivos, pois compreende-se que perceber as necessidades em saúde depende diretamente da visão de mundo e perspectiva do profissional.

Foram utilizados outros recursos do software, como a contagem de palavras mais frequentes, a nuvem de palavras e os questionamentos por matrizes, buscando a relação entre os conteúdos das entrevistas e algumas características dos participantes. O cruzamento de dados a partir das matrizes é potente para evidenciar resultados muitas vezes obscuros ou invisíveis na análise manual.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 11 mulheres e quatro homens, todos com mais de 30 anos de idade, nove casados, dois separados e quatro solteiros. Todos desempenhavam atividades assistenciais. Quanto à formação, sete entrevistados eram enfermeiros, três médicos e os demais eram odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. Seis entrevistados têm especialização como maior nível de formação, oito cursaram mestrado e apenas um tem somente a graduação.

Dentre os 15 participantes, 10 tinham filhos menores de 12 anos ($n=3$), entre 12 e 18 anos ($n=2$) e 19 anos ou mais ($n=5$), indicando que a maior parte dos participantes já vivenciou a adolescência com os próprios filhos. Quanto ao sexo dos filhos, cinco participantes são pais de meninos, dois são pais de meninas e três são pais de meninos e meninas.

Oito participantes referiram ter feito cursos ou formações na temática da saúde do adolescente e todos atuam na APS há mais de cinco anos. Quanto ao tempo na função atual, três estão há menos de cinco anos, oito estão entre cinco e nove anos e quatro trabalham na mesma função há pelo menos 10 anos.

Os resultados preliminares apresentados a seguir foram organizados em três categorias empíricas.

3.1 Adolescente e adolescência

As características dos adolescentes foram apresentadas por 12 entrevistados (fontes), gerando um total de 25 referências (trechos da entrevista codificados segundo a categoria). As fontes foram recodificadas pelo recurso de descritores, a partir dos critérios referência positiva ou negativa à característica do adolescente, ou ainda, pela descrição sem juízo de valor. O recurso de questionamento por matriz ressaltou que

as características positivas do adolescente foram provenientes apenas dos conteúdos dos enfermeiros e médicos.

Três fontes apresentaram características dos adolescentes, descrevendo-os como aqueles que estão iniciando atividade sexual, muito saudáveis, e, por isso, pouco procuram a USF, exceto quando têm alguma queixa específica, bem como desconhecem as doenças e precisam de muito apoio, pois estão carentes de informação. São descritos ainda como imaturos, com muitas necessidades e fragilizados.

Cinco fontes destacam a falta do apoio familiar, provocando o envolvimento com álcool e outras drogas, carência de afeto e a falta de interesse em se cuidar. Destaco duas fontes relacionadas à falta de informação e ou desconhecimento, apesar de usarem tecnologia, conforme citado, causando surpresa nos entrevistados. Em suas citações, demonstraram uma preocupação com a exposição dos adolescentes:

Então eles [adolescentes] estão muito expostos, muito vulneráveis, abertos a tudo, suscetíveis a tudo, as drogas está no meio deles [adolescentes], a violência está no meio deles, o álcool está no meio deles, se eles estão: transando, tomando álcool, bebendo, fumando, eles [adolescentes] não se enquadram dentro do padrão, então isso é muito perigoso, muito delicado, muito sério, então imagine como é que vai ser o adolescente, um futuro adulto e uma pessoa que hoje já tá nesse contexto, mas, assim, é um público que realmente tem que ter atenção, que não é apenas uma fase de transição, é uma fase que realmente tem a importância naquele momento, porque nem é mais criança, nem adulto ainda, daí fica no meio dos programas (E4).

Porque adolescente é um paciente que a gente pouco tem no dia a dia, porque são... são pessoas saudáveis, que a maior parte do dia estão em atividades escolares, que adoecem bem menos do que a... do que a maioria das faixas etárias (E12).

Os entrevistados identificam necessidades nos adolescentes a partir das demandas que eles trazem ao serviço. As necessidades mais recorrentes nos conteúdos analisados foram relacionadas à sexualidade dos adolescentes, prevenção ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST), busca pelo planejamento familiar ou pré-natal, problemas e conflitos familiares, busca pela atenção em saúde mental, que rotineiramente são encaminhados para os psicólogos do NASF ou para os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) do território, questões relacionadas à obesidade, violência doméstica e cuidados odontológicos. Questões mais ampliadas são identificadas, mas sem a possibilidade de satisfação.

A gente já teve caso de adolescente que a gente ofereceu ajuda, encaminhou pra CAPS AD, que a mãe veio e que a gente fez de tudo e que não conseguiu porque o problema (...) vai muito mais além do que a gente identificar e encaminhar para um psicólogo, para um CAPS. O problema vai na questão

social (...), já que os sistemas eles não estão articulados e a gente enquanto Saúde da Família, enquanto Atenção Básica, a gente não tem pernas para alcançar (E7).

Os entrevistados percebem outras necessidades nos adolescentes quando discorrem sobre as dificuldades, necessidades e possibilidades de satisfação de necessidades. Percebem que as necessidades estão além do que os adolescentes trazem como demanda, incluindo no rol de necessidades as questões relacionadas ao contexto social, econômico, familiar e territorial. Referem o papel da escola, da organização política, como possibilidade de consolidação da rede de atenção, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, entre outros aspectos.

Eu acho que assim [...], que deveria existir dentro do distrito não só atenção à saúde, mas também adolescente, porque a gente sabe que tem um alto índice de depressão entre os adolescentes e estão muito deprimidos (E3).

Olha, eles [adolescentes] procuram já esse apoio dentro da... dessas políticas que eu falei para você, que é a saúde sexual e reprodutiva e o pré-natal e geralmente eles... ele já procura um serviço é [...] tardiamente né, não existe essa demanda do adolescente espontânea para um [...] uma prevenção, existe mais a demanda do [...] como que eu posso dizer? Da [...] fase já crítica, e a gente tenta trabalhar, a gente já tentou montar grupos, mas não tem muito [...] sucesso, a gente não vem tendo muito sucesso até mesmo porque esses adolescentes eles amadurecem muito, muito cedo, então para eles não é interessante (E8).

Acho que é o trabalho maior que a gente tem que fazer é o seguinte, a gravidez hoje em dia dificilmente tem um adolescente não saiba como prevenir e os métodos que tem que evitar, hoje o maior... nosso maior problema é mais em relação às doenças sexualmente transmissíveis que eu [profissional] estou notando um... um incremento maior em HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e nesse grupo mais vulnerável, que são os adolescentes, que ainda estão na fase pré-sexual ou na sexual, mas que ainda vão desenvolver filhos e outras coisas (E12).

Alguns aspectos positivos são apresentados para caracterizar os adolescentes como pessoas saudáveis e com interesse em participar de atividades da USF, dentre eles a procura precoce pela USF quando se tem o apoio da família, seja em casos de agravos ou prevenção. O recurso de questionamento por matriz ressaltou que as características positivas do adolescente foram provenientes apenas dos conteúdos dos enfermeiros e médicos.

Embora a USF seja considerada porta aberta para a Atenção Primária, ainda temos um conjunto de fontes referindo o adolescente como alguém desinteressado, inconsequente, ocioso, desinformado e com hábitos alimentares ruins.

A experiência que eu tenho como dentista, avaliando ele [adolescente] de uma forma geral, é que eles estão de forma inconsequente, realizando as ações sexuais deles sem prevenção, sem nenhum cuidado com o corpo, nem dele e nem da mulher (E2).

Independente do estado nutricional, um adolescente pode estar dentro do peso normal, eutrófico, como a gente chama, mas o hábito alimentar é o pior possível (E10).

Alguns adolescentes que eu vejo assim que são [...] que são ociosos (E1).

3.2 Necessidades expressas

Os entrevistados identificam necessidades nos adolescentes, a partir das demandas que eles trazem ao serviço, apresentadas por 11 entrevistados (fontes), gerando um total de 30 referências (trechos da entrevista codificados segundo a categoria). Alguns dos participantes apontam que, embora o atendimento ao adolescente exista, é feito de forma irregular e de acordo com a demanda. As necessidades mais recorrentes nos conteúdos analisados foram relacionadas à sexualidade dos adolescentes, prevenção ou diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e busca pelo planejamento familiar ou pré-natal. Os discursos revelam que o atendimento ao adolescente é realizado por demanda, com foco na queixa:

Atualmente, as ações que a gente tem maior demanda pra adolescentes são dentro do planejamento familiar. A gente tem tido uma busca bem significativa e isso chama muito a atenção de cada vez mais no início da vida sexual precoce desses adolescentes (E7).

As meninas [adolescentes] que também vêm por conta da questão da sexualidade, porque têm vida sexual ativa e vêm fazer o preventivo ou vêm fazer, tomar anticoncepcional, o foco é sempre esse (E4).

Vale destacar que, dentre os entrevistados, 14 geraram 38 referências, que citaram, na grande maioria, ociosidade, desinteresse, violência, drogas, a falta de conhecimento relacionado à sexualidade, planejamento familiar, conflitos familiares, carência, depressão, DST, relacionamento interpessoal, a falta de apoio dos familiares, negligência e maus tratos, observando também uma grande necessidade de pré-natal e planejamento familiar, e que os adolescentes só procuram o posto quando realmente têm alguma queixa.

Eu acho que todo adolescente tem essa mesma situação, assim, eles realmente só procuram quando têm alguma queixa e geralmente procuram uma médica, e geralmente só me procuram as meninas quando vêm fazer a parte da sexualidade (E4).

3.3 Necessidades percebidas

Os entrevistados percebem outras necessidades nos adolescentes quando discorrem sobre as dificuldades, necessidades e possibilidades de satisfação de necessidades. Percebem que as necessidades estão além do que os adolescentes trazem como demanda, incluindo-se neste rol questões relacionadas ao contexto social, econômico, familiar e territorial. Referem o papel da escola, da organização política, como possibilidade de consolidação da rede de atenção, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, entre outros aspectos.

Eu acho que assim [...] que deveria existir dentro do Distrito não só atenção à saúde, mas também adolescente porque a gente sabe que tem um alto índice de depressão entre os adolescentes e estão muito deprimidos (E3).

Uma necessidade maior, no meu ponto de vista, eu acredito que toda gestante adolescente precisaria de um... de um acompanhamento psicológico e toda adolescente gestante são vulneráveis, né, tem um nível de vulnerabilidade, então precisaria também de uma escuta pelo assistente social, mas ainda não... não acontece, não é possível para todas (E8).

A maior hoje em dia, está sendo acho que é um problema crônico de todas as famílias, que é o próprio núcleo familiar, apesar de terem outros problemas em escolas, terem problemas pessoais, assim [...] o que pesa mesmo, que a gente nota e é o que chama mais atenção da gente, é o próprio núcleo familiar, desde problemas com pais, com mães, é [...] o primeiro contato sexual, a falta de conversa, a falta de apoio, a falta de orientação em casa e isso cria uma... uma certa... eles se sentem meio marginalizados por conta disso e eu... eu percebo que a gente... eu pego mais como atividade até os... muitas vezes eu sou mais terapeuta do que médico, propriamente dito, por conta de orientação desse... desse fato e apesar de terem vários outros problemas, que todo mundo acho já sabe, o mais que me chama a atenção sempre é o núcleo familiar, problema no núcleo familiar (E12).

4 DISCUSSÃO

Estudos afirmam que há uma relação circular entre a produção de serviços de saúde e a satisfação de necessidades que ocorre por meio do consumo das ações. Neste sentido, a ausência de ações específicas aos adolescentes, no plano municipal de saúde do município analisado, transparece na fala dos participantes¹³. Estes reconhecem como necessidades do adolescente aquelas demandas que são abarcadas pelas ações programáticas da Atenção Básica, sem, contudo, terem instrumentos para lidar com as peculiaridades da população supramencionada.

Por outro lado, há um reconhecimento de que o adolescente é um sujeito inapto, despreparado e incompleto. Isso torna seu pronunciamento inválido e suas

necessidades invisíveis. Em linhas gerais, os participantes reconhecem que as necessidades são mais amplas do que aquelas expressas pelos adolescentes atendidos na rotina cotidiana do serviço, mas não apontam possibilidades de legitimar tais necessidades, voltando sempre ao ponto biopsicossocial e problemático da adolescência. Os participantes ressaltaram a importância do vínculo, diálogo e apoio familiar nas questões relacionadas à sexualidade do adolescente.

Identificaram situações em que o apoio da mãe ou avó permitiu a busca pela USF para planejamento familiar, enquanto em outras situações, há relatos de meninas que não têm apoio familiar e procuram as USF depois de confirmada a gestação.

Estudo realizado no sul do Brasil descreveu, dentre os resultados, a importância da família da gestante adolescente, como ponto de apoio fundamental. Ressaltam os autores que, embora as adolescentes tenham apoio inicial de amigos e pessoas não ligadas à família, é nos pais e parentes mais próximos que o apoio se efetiva¹⁶.

A vivência da violência entre e contra adolescentes é característica das relações assimétricas de poder, relacionadas aos conflitos de gênero e geração. Há uma impotência que desqualifica o adolescente perante a figura do adulto e o coloca em posição vulnerável, de modo que a violência doméstica se torna fenômeno velado e naturalizado¹¹.

Por outro lado, a frequente exposição aos contextos de desigualdade social torna o adolescente vulnerável à violência. No Brasil, não podemos deixar de destacar, sobretudo, a vulnerabilidade social, aspecto que ainda gera uma grande preocupação, pois ainda são identificados adolescentes que devido às circunstâncias da vida são obrigados a pular etapas para assumir responsabilidades, muitas vezes tornando-se responsáveis pelo sustento da família, tendo que abrir mão de escola, aprendizagem e do convívio da sociedade para se tornarem vítimas das dependências químicas e criminalidade. A falta do acesso à escola e ao serviço de saúde também contribuem para a exposição dos adolescentes neste contexto¹⁷.

A adolescência, categoria geracional, não pode ser analisada somente pelo enfoque cronológico. Essa abordagem, entretanto, não é frequente na literatura, conforme apontam autores de uma revisão integrativa sobre violência entre parceiros íntimos adolescentes¹⁸.

Um caminho para reverter a reificação das necessidades, tida como o processo de naturalização e descontextualização histórica das demandas, é a busca por formas sociais de superação¹³. No presente estudo, a superação do foco adolescente para a

categoria adolescência parece ser um caminho viável. Ao ampliar as ações do âmbito individual para o coletivo, propondo estratégias participativas, agregadoras, emancipadoras, informativas e construtivas, é possível aproximar o serviço de saúde das expectativas e necessidades dos adolescentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram observar possibilidades de superação nos discursos dos participantes, embora exista a contradição entre o que os profissionais relatam e a organização dos serviços e ações em termos de planejamento municipal. O estudo carece de aprofundamento e conclusão da etapa de análise das entrevistas, com possibilidade de aprimorar os resultados apresentados, sobretudo com o uso dos recursos disponíveis no software adotado.

As evidências deste estudo apontam para a necessidade de integração da saúde com outras políticas voltadas para os adolescentes, a necessidade de diálogo com as produções acadêmicas sobre adolescência, objetivando a melhoria das ações ofertadas a essa população e a incorporação desse referencial na área da saúde.

É importante ressaltar que, para cuidar da saúde dos adolescentes, valorizando sua subjetividade, torna-se imprescindível escutá-los, criando espaços para debates acerca das questões formuladas por eles. Esse entendimento de cuidado traz a importância sobre o modelo de atenção baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando-se o princípio da integralidade, que confronta incisivamente as racionalidades atuais e hegemônicas do sistema, tais como a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e a abordagem na doença e na intervenção curativa¹⁹.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2010. p. 132.
- 2 Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2019 [acesso em 28 mar. 2019]; 35(1):e00044718.
- 3 Anhas DM, Castro-Silva CR. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2017; 26(2):484-495.
- 4 Prefeitura do Município de Recife. Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Lei Municipal nº 15.604 de 18 de fevereiro de 1992. Dispõe sobre a política municipal dos direitos da criança e do adolescente, cria o conselho municipal de defesa e promoção dos direitos da criança e do adolescente e dá outras providências, Recife (PE). 1992 [acesso em 24 maio 2017]. Disponível em: <http://comdica.recife.pe.gov.br/regimento-interno>
- 5 Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2018–2021, Recife (PE). 2018 [acesso em 30 maio 2017]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1cXE2fzIVxJGKFoU3WtaKnnYGqdaNsLB6/view>
- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do Brasil. Anuário Estatístico do Brasil, Brasília (DF); 2012 [acesso em 2017 maio 30]. p. 22. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Dados_Genericos/AEB/aeb_2015.pdf
- 7 Eгры EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
- 8 Eгры EY. Metodologias para captação da realidade objetiva. In: Eгры EY, organizadora. *As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone; 2008. p. 79-90.
- 9 Garcia TR, Eгры EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 10 Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia E. A vulnerabilidade do Adolescente numa perspectiva das Políticas de Saúde Pública. *BioEthikos*. 2010; 4(4):423-30.
- 11 Gessner R, Fonseca RMGS, Oliveira RNG. Violência contra adolescentes: uma análise à luz das categorias gênero e geração. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2014 [acesso em 24 jul. 2018]; 48(spe):102-108. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000700

- 12 Apostolico MR. Potencialidades e Limites da CIPESC para o reconhecimento das necessidades em saúde da população infantil [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
- 13 Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde de adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
- 14 Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no Século XXI. Salvador: Ed. UFBA; 2006.
- 15 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 16 Nunes GP, Sena FG, Costa CC, Kerber NPC, Zanchi M, Gonçalves CV. Gestante Adolescente e seu sentimento acerca do apoio familiar. Rev. enferm. UFSM [online]. 2018 [acesso em 13 mar. 2019]; 8(4):1-13. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/27161>
- 17 Silva ES. Promoção da saúde do adolescente na atenção básica com ênfase na saúde sexual e reprodutiva [monografia de especialização em Atenção Básica em saúde da Família] [Internet]. Minas Gerais: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010 [acesso em 23 mar. 2017]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0700.pdf>
- 18 Oliveira RNG, Gessner R, Brancaglioni BCA, Fonseca RMGS, Egry EY. A prevenção da violência por parceiro(a) íntimo(a) na adolescência: uma revisão integrativa. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2016 [acesso em 11 set. 2018]; 50(1):134-143. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00806234201600010014&lng=en
- 19 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface comun. saúde educ [online]. 2005 [acesso em 12 maio 2018]; 9(16):39-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en

Artigo 2 – Atenção à Saúde dos Adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

RESUMO

Objetivo: Analisar a atenção à saúde dos adolescentes realizada nos serviços de Atenção Primária, na perspectiva dos profissionais de saúde. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, ancorado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, desenvolvido com 15 profissionais de saúde do Distrito Sanitário III, de Recife. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas entre setembro e dezembro de 2018. Utilizou-se para a análise de dados a análise de conteúdo de Bardin e o software webQDA. **Resultados:** Foram construídas quatro categorias – Organização Política e Normativa; Ações profissionais em equipe e intersectorialidade; Facilidades e potencialidades do atendimento ao adolescente; e Limitações e dificuldades no acompanhamento aos adolescentes. Os entrevistados referiram desejo de se atualizarem sobre a saúde dos adolescentes, por meio de educação permanente, de modo a subsidiar uma atuação profissional pautada em maior cientificidade. As ações direcionadas ao público adolescente foram descritas como desarticuladas da rede de atenção, tendo como foco prioritário as necessidades biológicas. Os adolescentes são assistidos por meio dos protocolos e programas direcionados à população adulta. Há um relato persistente de fragilidade no acesso e no vínculo do adolescente com o serviço, impactando na integralidade da atenção à saúde. **Conclusão:** Os resultados concluíram que a atenção à saúde dos adolescentes apresenta fragilidades, principalmente devido à fragmentação da assistência, não sendo levadas em consideração as características peculiares dessa parcela da população.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Integralidade em Saúde. Profissionais de Saúde. Necessidades em saúde.

Attention to the Health of Adolescents from the perspective of the professionals of Primary Attention to Health

ABSTRACT

Objective: To analyze the health care of adolescents carried out in Primary Care services from the perspective of health professionals. **Method:** A descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, anchored in the Theory of Practical Intervention of Collective Health Nursing, developed with 15 health professionals from the Sanitary District III of Recife. Data were collected from semi-structured interviews conducted between September and December 2018. Data analysis, Bardin content analysis and webQDA software were used. **Results:** five categories were created -

Political and Normative Organization; Professional actions in team and intersectoral; Facilities and potential of adolescent care; and Limitations and difficulties in the follow-up of adolescents. The interviewees indicated their desire to update themselves on the health of adolescents through permanent education, in order to subsidize a professional activity based on greater scientificity. The actions directed to the adolescent public were described as disarticulated of the network of attention, having as priority focus the biological needs. Adolescents are assisted through protocols and programs targeted at the adult population. There is a persistent report of fragility in the access and the bond of the adolescent with the service, impacting the integrality of the attention to health. **Conclusion:** The results concluded that the health care of adolescents presents weaknesses, mainly due to the fragmentation of care, not taking into account the peculiar characteristics of this part of the population.

Keywords: Adolescent Health. Primary Health Care. Family Health Strategy. Integrality in Health. Health Professionals. Health needs.

1 INTRODUÇÃO

A integralidade desafia gestores e trabalhadores de saúde a atuar na perspectiva da promoção da saúde, cura e reabilitação, satisfazendo amplamente as necessidades dos usuários do SUS. Nesse sentido, pensar em integralidade como condição constitucionalmente garantida ao cidadão é, sobretudo, atender satisfatoriamente aos problemas de saúde existentes, quer de forma individual quer de forma coletiva, e efetivar as particularidades da saúde de maneira a não apenas tratar a doença e acometimentos graves, mas preveni-los¹.

A saúde do adolescente passou a ser matéria de interesse dos planejamentos em saúde, nos anos 1970, quando a adolescência exigiu respostas normativas às necessidades sociais. Tais respostas buscaram negar o caráter fragmentário da clínica e integrar as dimensões cognitivas, emocionais, econômicas, culturais e éticas que envolviam as necessidades concretas dos adolescentes².

É na adolescência que se percebe o progresso e o desenvolvimento do indivíduo, havendo a real necessidade de ela ser entendida como um período não apenas de alterações nos aspectos biológicos, mas, principalmente, mudanças psicológicas, sociais, jurídicas e culturais³, haja vista seu caráter de constantes buscas pela real personalidade e desenvolvimentos tanto social quanto histórico.

Em 2010, foram definidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde⁴. Desde então, as ações à população adolescente devem ser orientadas pelas Diretrizes Nacionais, que contemplam princípios do Sistema Único de Saúde, (SUS) tal como a integralidade.

As Diretrizes Nacionais contemplam a preocupação com o bem-estar, seguindo os princípios de atenção integral e respeito aos direitos dos adolescentes. Integram suas ações específicas aos demais programas e políticas nacionais, propondo uma visão holística, abordagem sistêmica de necessidades e estratégias sustentáveis e intersetoriais de ação para entendimento de um adolescente com capacidade de liderança, participação e espírito de coletividade⁴.

Embora o conhecimento de que o público adolescente demanda de uma atenção específica, as respostas apresentadas a estas demandas ainda não estão amplamente trabalhadas em seu potencial caminho para a construção e fortalecimento da integralidade. Há consenso sobre a necessidade da interdisciplinaridade, da ação multiprofissional e corresponsabilização da equipe com o cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), orientada pela atenção ao território e não aos agravos de saúde. Entretanto, entraves na comunicação e no processo de trabalho em saúde comprometem a organização do cuidado⁵. Esses entraves foram observados em Recife, capital do estado de Pernambuco e cenário deste estudo, diante da ausência de estratégias para atenção à população adolescentes no Plano Municipal de Saúde (PMS) vigente. Ainda assim, sabe-se que a APS realiza suas atividades e atendimento das demandas, a partir dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Sendo assim, a pesquisa em tela foi orientada pela pergunta científica: como os serviços da APS de Recife têm trabalhado a atenção à saúde do adolescente, na busca pela integralidade do cuidado? Para isso, o objetivo do estudo foi analisar a atenção ao adolescente realizada nos serviços de Atenção Primária à Saúde, pela percepção dos profissionais de saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa, ancorado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC)⁶,

fundamentada no Materialismo Histórico e Dialético. A TIPESC propõe uma sistematização dinâmica para captar, interpretar e intervir em um fenômeno ligado aos processos de produção e reprodução social, referente à saúde e doença de uma dada coletividade. As etapas da TIPESC consistem na captação e interpretação da realidade objetiva, proposta de intervenção na realidade objetiva, intervenção na realidade e reinterpretação da realidade.

Nesta pesquisa, foram trabalhadas as duas primeiras etapas da TIPESC e a dimensão singular foi privilegiada, sem perder a interação com as demais⁶. Complementarmente à TIPESC, as categorias analíticas adolescência, como parte da categoria geracional, integralidade, vulnerabilidade e necessidades em saúde, foram utilizadas como forma de ampliar a compreensão do fenômeno estudado.

Gerações consistem em um campo de estudos com interesse no pensamento contemporâneo, desde a década de 1920. Apesar de conceitos distintos, atualmente geração e juventude se confundem, após esta se tornar objeto de agências internacionais de proteção de direitos. A categoria geração faz referência às diferenças entre grupos etários nascidos em uma época e que vivenciaram (ou vivenciam) momentos históricos marcantes em espaços geograficamente definidos, independentemente da consciência de pertencimento a ela. Assim, uma determinada geração está menos atrelada à data de nascimento do que à vivência em momentos e processos sociais e históricos⁷.

As concepções que envolvem adolescentes e adolescência são distintas entre cada sociedade e momento histórico. Mesmo em um determinado território coexistem concepções diferenciadas de adolescente, segundo a classe social, a religião, a etnia, o gênero. A adolescência está relacionada aos processos de estruturação da sociedade, o adolescer guarda relação com a dimensão particular, com as classes e grupos sociais, e o adolescente ocupa a dimensão singular, onde estão os sujeitos sociais concretos e suas famílias⁸.

A integralidade é um dos pilares do SUS, no Brasil, e desafia gestores e profissionais que atuam nessa área a desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde, a cura e a reabilitação. Nesse sentido, pensar em integralidade como condição constitucionalmente garantida ao cidadão é, sobretudo, atender satisfatoriamente aos problemas de saúde existentes, individuais e coletivos, e efetivar a qualidade de saúde e não apenas tratar a doença e acometimentos graves⁹. Na mesma direção, o conceito de vulnerabilidade permite repensar sobre as práticas de saúde, de maneira crítica e

dinâmica, para contribuir na busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, por meio do trabalho transdisciplinar com diferentes setores da sociedade¹⁰.

As necessidades em saúde, por sua vez, não se restringem apenas às demandas biológicas, como problemas de saúde. Elas se originam nas relações de reprodução social e são caracterizadas também pelas carências ou vulnerabilidades que se relacionam com o modo de vida e identidade, expressos na condição necessária para o gozo da vida e ideais de saúde¹¹.

O cenário do presente estudo foi realizado no Distrito Sanitário III (DS III) do município de Recife, capital do estado de Pernambuco. A rede de APS do distrito é composta por oito Equipes distribuídas em sete Unidades de Saúde da Família (USF), uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), seis equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A coleta de dados ocorreu no contexto de um projeto maior, que abordou necessidades em saúde de crianças e adolescentes. A população do estudo foi composta de 32 profissionais de formação superior (enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, farmacêutico e nutricionista) das USF, PACS e uma equipe de NASF. Foram incluídos no estudo os profissionais com um ano ou mais de atuação na APS, e que tivessem desenvolvido neste período algum atendimento aos adolescentes, na Unidade de Saúde. Do total de 32 profissionais abordados, 15 participantes relataram suas experiências sobre os adolescentes, 11 relataram sobre atenção à criança e seis recusaram-se a participar, sob alegação de desinteresse no estudo ou indisponibilidade. Não foram previstos critérios de exclusão.

Os dados empíricos foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas entre os meses de setembro e dezembro de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e, após isso, validadas pelos entrevistados. Nenhum participante sentiu necessidade de modificar o conteúdo, autorizando sua utilização.

Para a análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin¹², seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, análise e interpretação. Como ferramenta de apoio foi utilizado o software webQDA, que por meio do recurso de codificação, permitiu a construção da árvore de códigos e respectiva análise e seleção de referências nas 15 fontes (entrevistas). Após a codificação das fontes, foram construídas quatro categorias empíricas apresentadas a seguir, nos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Univeritas UNG Guarulhos (Parecer n.º 2.866.025) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Recife. O aceite para participar da pesquisa foi por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e todos os preceitos éticos foram observados.

Seguindo as diretrizes para pesquisas de abordagem qualitativa, o relatório final contemplou as informações previstas no *Check list Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)¹³.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 15 profissionais de saúde, predominando idade na faixa dos 30 a 50 anos, mulheres, em relação estável, que atuavam na APS entre 5 e 10 anos e que realizaram capacitações oferecidas pelo serviço e a participação em eventos relacionados à saúde do adolescente. Ainda assim, os entrevistados referiram desejo de se atualizarem sobre a saúde dos adolescentes por meio de educação permanente, de modo a permitir que a atuação possa se pautar em conhecimento científico. Ademais, constatou-se que oito dos 15 participantes têm titulações em nível de Mestrado, em sua maioria voltadas à Saúde Pública.

Com base nas entrevistas, foram construídas quatro categorias empíricas: Organização Política e Normativa; Ações profissionais em equipe e intersetorialidade; Facilidades e potencialidades do atendimento ao adolescente; e Limitações e dificuldades no acompanhamento dos adolescentes, descritas a seguir.

3.1 Organização Política e Normativa

Esta categoria buscou identificar a proximidade dos profissionais com a organização normativa e política do município, bem como a existência e utilização das políticas públicas como meio de satisfação das necessidades dos adolescentes.

Os entrevistados reconheceram a importância da organização política e das normativas que respaldem as ações em saúde. Porém relataram a falta de um planejamento específico para o público adolescente e falta de incentivo para as equipes de saúde na atenção prestada. Como consequência, o acesso do

adolescente ao serviço de saúde fica comprometido, como observado em alguns trechos:

[...] existe uma política de saúde da criança [...] a gente vê que tem outubro rosa, novembro azul, mas não existe nada direcionado à adolescência, não é? Não existe nenhuma ação, embora a gente sabe que o dia a dia é muito mais importante do que uma ação, mas eu acho que é muito falho o sistema, não só o município, acho que a nível nacional mesmo, de investimento nesses adolescentes, de uma forma geral (E10).

Outros profissionais relataram o desconhecimento sobre a existência de políticas públicas de saúde para o adolescente. Além disso, os profissionais se queixaram da precariedade da rede de serviços de saúde para realizarem referência. Os entrevistados citaram uma assistência descontinuada e generalizada, fragilizando um dos princípios fundamentais da Atenção Básica, que é o vínculo. Para atendimento ao público adolescente, segundo as falas, não há uma programação específica, mas apenas atendimento da demanda espontânea.

Olha, eu [profissional] não tenho conhecimento de um serviço voltado para a saúde do adolescente no município, posso estar enganada, mas eu não tenho esse conhecimento [...] é [...] o atendimento do adolescente é encaixado dentro das outras políticas, na política de saúde da mulher e na saúde sexual e reprodutiva (E8).

Alguns entrevistados identificam a necessidade de ampliação da rede de atenção à saúde do adolescente. Destacaram a falta de estrutura e apoio para as equipes de saúde, escassez de recursos físicos, a agenda lotada e conseqüente falta de tempo como entraves para a implantação eficiente de ações para a Saúde do Adolescente. Tal situação compromete o acesso desses jovens nas redes de saúde de modo satisfatório e eficaz, como se lê a seguir:

Na prática, quando a gente se depara com a situação, a gente fica travado na atenção básica. E com o problema na mão. Porque não tem pra onde mandar. A rede tem. Não é que o município não tenha as referências. Tem, mas não é suficiente para dar conta da demanda. Nós enquanto Atenção Básica não temos condições de dar conta da nossa demanda. Então a gente precisaria ampliar essa rede de atenção. Tanto dentro da Atenção Básica quanto na Atenção Secundária e Terciária (E7).

3.2 Ações profissionais em equipe e intersetorialidade

Esta categoria buscou explorar as estratégias para satisfação das necessidades dos adolescentes, pautadas no trabalho individual do profissional, no contexto da equipe ou da intersetorialidade.

Os resultados mostraram a inexistência de grupos específicos para ações de saúde com os adolescentes, assim como ausência de um cronograma de atendimento. Os profissionais enfatizaram pontos positivos, como a oferta de acolhimento, vacinação, consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento odontológico e acompanhamento com os agentes de saúde. Há ainda, uma busca pela articulação da equipe no atendimento ao adolescente.

Os nossos serviços eles são porta aberta e aí quando o adolescente vem ao acolhimento ou quando o agente de saúde identifica, numa visita domiciliar, a gente procura fazer o máximo possível pra dar esse suporte, principalmente nas questões da sexualidade e nas questões psicológicas (E7).

Eu acho que o serviço supre [...], porque é uma unidade multidisciplinar, então os pacientes eles são atendidos pela odonto, pela enfermeira, pelo médico, termina fazendo um intercâmbio de atendimento aqui muito forte da enfermeira, do médico encaminhando determinados pacientes para a observação de determinadas lesões que eles não identificam e que a odontologia que é capaz de identificar, em se referindo à cavidade bucal (E2).

Contraditoriamente, entre os pontos negativos, prevaleceu o fato de não se ter condições de satisfazer as necessidades dos adolescentes de forma integral ou de atribuir o atendimento à iniciativa e engajamento pessoal do profissional.

Se ela [equipe] se empenhar, ela faz qualquer trabalho, basta querer, entendeu? Eu acho que o que está deixando a desejar é isso. As pessoas elas não tão mais com aquela garra, aquele interesse que existia quando eu entrei. A gente fazia eventos, botava tudo no meio do sol, entendeu? [...] não adianta você trabalhar com adolescente se você não se identifica com adolescente (E3).

Há necessidade de desenvolvimento de trabalhos multidisciplinares e interdisciplinares como tentativa de ampliar a satisfação das necessidades e oferecer um atendimento integral aos adolescentes.

[...] no pré-natal de baixo risco, ela [adolescente] vai ser acompanhada apenas por mim. O médico da unidade não faz acompanhamento pré-natal, só no caso de eu me encontrar de férias, mas o pré-natal vai ser acompanhado só pela enfermeira e no caso de aparecer mais algum indícios de alto risco, será encaminhada para o alto risco, ao contrário, ela [adolescente] fica só no [...] no PSF (E8).

A grande maioria dos entrevistados citou a falta de parcerias e/ou articulações intersetoriais para a realização de ações voltadas ao adolescente. Muitos expressaram preocupação relacionada ao processo de referência e contrarreferência. Alguns participantes relataram a vontade de buscar parcerias dentro do território e com outros setores, identificando objetivos comuns e maior efetividade nas ações previstas.

Eu acho que uma das coisas que eu sinto mais necessidade é a questão da fragilidade da rede, de como a rede... as coisas demoram para serem conseguidas, é o envolvimento mesmo do conselho tutelar, do Ministério Público e a gente vê situações que precisam de serem feitas imediatamente (E11).

O Programa Saúde na Escola (PSE) recebeu destaque, sendo relatado como um programa que contribui no desenvolvimento de ações e aumenta o acesso ao público adolescente na atenção primária. Além disso, conseguem ver nessa estratégia uma oportunidade de ajudar o adolescente, pois, por meio da escola, eles conseguem concretizar atividades com esses sujeitos ao trabalhar temas pertinentes à adolescência, no intuito de fornecer orientações.

O vínculo que eu tenho aqui com a escola municipal, que é que a gente presta o programa de PSE, Programa de Saúde na Escola, e que a gente vai rotineiramente, e a presença deles são [...] os que estão na escola, realmente eles são bem ordenados até pela diretoria, em questão de falta, por uma rebeldia, eles [adolescentes] estão sempre controlados (E2).

Dentro do PACS eu sou assistencial e faço todos os programas, inclusive quando tem atividade junto ao PSE, que é o Programa de Saúde na Escola, a gente pega não só criança, mas também adolescente e faz ações de saúde (E3).

Não, eu [USF] não tenho articulação no meu território aqui, com outras instituições, a não ser com a escola, né, que a gente sempre faz o PSE [Programa Saúde na Escola] e tal, mas a faixa etária não chega a ser propriamente adolescente (E5).

Alguns entrevistados percebem e expressam a preocupação com a ineficiência da rede de assistência, dos encaminhamentos e da falta de vagas para consultas especializadas em ambulatórios.

[...] é deficiente no sentido assim, de muitas vezes a gente [...] buscar o serviço e não conseguir. Por exemplo, uma criança ou um adolescente que necessita de um acompanhamento ambulatorial, seja com psicólogo, seja com psiquiatra, porque o NASF ele não tem esse papel ambulatorial, ele está numa situação de apoio à saúde da família, [...] ou fonoaudiológico ou terapeuta ocupacional, a gente vê essa necessidade e muitas vezes a gente trava, porque não há vaga, não há como atender, tá certo? E aí a gente termina desencadeando uma série de outros [...] problemas [...] são situações que não dependem da gente, a gente sabe que existem instâncias, existem [...] níveis de atendimento, e quando esses outros níveis de atendimento não dão esse suporte é muito complicado. A gente pode até tentar [...], obviamente somos profissionais [...], ou de outras categorias que podem dar um suporte, mas até um determinado momento, a gente não pode fazer o papel do ambulatório (E11).

Não, [não existe articulação] a gente consegue só articular com o pessoal do distrito, e a gente tinha um pessoal parceiro, mas atualmente tá sem (E1).

Ademais, os profissionais enfocam as questões da saúde mental como possibilidade de referência e contrarreferência.

Algum adolescente tem identificado com problemas psicológicos e aí a gente [profissional] já faz a parceria com o nosso NASF, que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A psicóloga faz a essa avaliação e aí dependendo do caso, a gente encaminha para o acompanhamento fora, porque o NASF não dá conta desse acompanhamento regular no serviço (E7).

Eu acho que o serviço tem a oferecer [...] todo o atendimento médico [...], tem o apoio da gente do NASF, existem os CAPS [Centros de Atenção Psicossocial] para esses atendimentos [...], o CAPS infanto-juvenil [...], que esses adolescentes podem estar sendo encaminhados, os que passam por sofrimento psíquico (E10).

3.3 Facilidades e potencialidades do atendimento ao adolescente

Para esta categoria, os relatos dos profissionais de saúde apontaram como aspectos positivos: a facilidade no acesso, no acolhimento, na marcação das consultas, a livre demanda e a confiança depositada na equipe.

Mesmo sendo esporádicas, as ações de saúde para o adolescente são restritas à assistência ao pré-natal, planejamento familiar, vacinação e acolhimento, atendimentos mais procurados pelos adolescentes. Mesmo assim, essas ações são potenciais para ampliar o campo de cuidado, pela possibilidade de contemplar o adolescente nas agendas e aumentar a oferta de serviços nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família.

Veja, eles [adolescentes] são atendidos e toda a necessidade que vem deles é sanada. Qualquer adolescente que chega aqui consegue marcar consulta para mesma semana, no máximo para semana seguinte, não tem demora de consulta, ou com enfermeira, ou com a médica, então ele consegue, e ah, quando vem para gente aí a gente faz a abordagem do todo, porque já em tudo para gente fazer, e a gente faz exame, ainda orienta algumas situações específicas, e a quem encaminha para o profissional mais específico, quando vê a necessidade, mas isso é muito da demanda espontânea, da busca deles, se eles não buscarem, de fato não existe o atendimento (E4).

Facilidades? É só, acho que só é o local de ter um posto de saúde onde eles [adolescentes] podem ir, né, tem acesso de livre demanda, entrada, né (E9).

Como facilidades, os profissionais destacaram o acesso à marcação de consultas para o dentista, o enfermeiro, o atendimento para a prevenção ginecológica e o acolhimento é destacado como uma etapa importante para a escuta, exatamente por possibilitar o atendimento de necessidades que não estão diretamente ligadas ao corpo biológico. Entretanto, destacam uma limitação: a procura dos adolescentes pelos serviços ainda é pequena.

[o PACS oferece] acolhimento, os encaminhamentos e a escuta qualificada que é exatamente no acolhimento (E3).

Eu acredito que a facilidade é o acesso fácil. Tem um acesso próximo a sua casa [...], a equipe tem um grau de confiança com eles, a gente hoje tem o NASF que nos dá apoio, o acesso a esses métodos contraceptivos, essas coisas e a própria equipe para cada caso particular. Porque vai depender muito do que cada um vem, mas de saúde física menos, hoje é mais em relação à saúde mental, de convívio e sexualidade (E12).

O maior entrave antigamente era a marcação de consulta, [...] hoje, pelo menos aqui na unidade, nós temos a abertura de marcação de consulta, abertura de atendimento odontológico, abertura do cuidado de enfermagem, prevenção para as adolescentes que já perderam a virgindade, então nós temos uma abertura grande para eles. O negócio é a procura, o problema é que não procuram (E5).

Uma potencialidade identificada está relacionada à motivação do profissional para trabalhar com essa clientela, mesmo considerando que, na formação, não realizou capacitações e tenha mostrado insegurança para acompanhar os adolescentes:

O profissional que abraça a causa [...] que está disposto a, mesmo sem saber, procurar descobrir. Porque também tem isso: a maioria de nós na formação não teve nenhum entendimento para se trabalhar com adolescência [...], mas alguns têm a boa vontade (E15).

3.4 Limitações e dificuldades no acompanhamento dos adolescentes

A maioria dos entrevistados citou como aspectos negativos a falta de uma política pública direcionada ao adolescente e as dificuldades no acolhimento de casos de maior complexidade.

Justamente isso a falta de uma política específica para você estar [...] apoiando esses adolescentes, em seus vários [...] âmbitos de saúde geral. Acho que falta muito isso, uma política mais eficaz e eficiente para atender essa demanda que é muito esquecida, infelizmente (E10).

Porque, infelizmente, o problema é nacional, é político, é social e a gente não consegue enquanto equipe de saúde, enquanto Atenção Básica, a gente não consegue avançar. E cada dia mais a coisa crescendo e a gente não tem pernas. A gente não tem uma rede de saúde estruturada. Uma rede de saúde não, uma rede municipal, social, enfim, a gente não tem uma rede que tem uma estrutura que dê suporte (E7).

A gente tem essa dificuldade, é um CAPS para três distritos. Então assim, [...] não consegue, [...] o CAPS agora mesmo tá em fila de espera, a gente não sabe como vai estar absorvendo [...] esses adolescentes, essas crianças e esses adolescentes, e então agora com o corte de verba, enfim (E11).

Percebe-se uma ruptura do modelo de atenção, que passa do final da infância para a idade adulta, sem contemplar os adolescentes como grupo prioritário.

Na atenção básica, a gente [equipe de saúde] trabalha com puericultura, primeira infância. Então existe uma fase que fica dos dois anos até a idade adulta que não existe um acompanhamento como existe para um idoso, para um hipertenso, para um diabético, para uma criança que

faz puericultura, para uma gestante. Então o adolescente, ele fica perdido, é uma fase que ele fica perdido na atenção básica (E10).

E o adolescente [...] é uma faixa etária que fica esquecida, tanto dentro da gestão quanto dentro das Unidades de Saúde da Família (E7).

Foi destacada a falta de estrutura na unidade de saúde, alta demanda de trabalho, as limitações existentes, a falta de profissionais especializados, a rotina dos atendimentos, dentre outras. Todos esses aspectos dificultam nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

E dentro da Saúde da Família a gente tem muitas limitações. Por várias questões, pela demanda, pela capacitação profissional, que a gente sabe que é importante. Mas eu acho que não é só isso. A gente precisa de profissionais especializados, que tenham uma condição de dar um suporte maior, de serviços de saúde que tenham uma condição de estrutura melhor pra ofertar, até serviços pra esses adolescentes que eles possam estar utilizando (E7).

Dentro da Atenção Básica, a gente fica muito limitada, a escuta é a qualificação que a gente hoje tem na Atenção Básica. É essa escuta, que a gente procura que ela seja a mais qualificada possível, mas a gente esbarra num sistema que não tem portas abertas com estrutura pra dar conta dessa demanda que tem surgido, infelizmente (E7).

Da estrutura dos serviços, segue a dificuldade dos profissionais em encontrar ações de educação permanente para a atualização de conteúdos e capacitação. As falas exemplificam o despreparo sentido dentro da equipe de saúde para atender aos adolescentes, que culmina no desinteresse pela temática.

[falta] um serviço mesmo, específico, que poderia estar atendendo por encaminhamentos, quando houvesse necessidade. E uma capacitação para os profissionais da área, para atender essa demanda, porque não lembro de nenhuma capacitação voltada para a saúde do adolescente (E8).

Eu acho que a gente não tem muita coisa não [...] por falta de interesse dos profissionais nesse perfil de população (E9).

Outros profissionais queixaram-se da falta de adesão dos adolescentes nas consultas e encaminhamentos para especialidades, queixas clínicas referentes a essa fase da vida, a falta de acompanhamentos, além de dificuldades com as questões sociais. As falas revelam, ainda, que muitos desses atendimentos aos adolescentes são realizados por demanda, com foco na queixa.

O adolescente, normalmente ele é um pouco rebelde, ele não gosta de seguir as orientações que a gente dá. Então a minha dificuldade é maior com adolescente. Apesar de eu não atender muito o adolescente na parte clínica, eu só atendo realmente no planejamento familiar e pré-natal (E5).

A dificuldade na minha opinião [...] é justamente [...] esses poucos pacientes problemáticos que eu disse [...] é adesão ao tratamento ou às orientações. Você pode dar o encaminhamento, e estar agendado pra tal data, com tal

profissional, em tal lugar. E isso deu um trabalho tremendo pra conseguir, e ele [adolescente] não comparece (E 13).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a atenção ao adolescente realizada nos serviços de Atenção Primária à Saúde, pela percepção dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde entrevistados reconheceram potencialidades no atendimento aos adolescentes, assim como dificuldades enfrentadas em seus serviços e que podem comprometer o atendimento integral dessa população.

Importante iniciar essa discussão reforçando que a integralidade do cuidado é o alicerce para melhor obtenção da qualidade dos serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação^{14,15}.

Sob a perspectiva dos participantes, há uma ineficiência das intervenções propostas para os adolescentes, requerendo ações de educação permanente para os profissionais de saúde, sobretudo no que se refere ao conhecimento e planejamento de ações com base em políticas públicas. Estudo bibliométrico identificou que em 10 anos de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a maioria das pesquisas desenvolvidas sobre a temática abordaram os temas de políticas de saúde, atenção básica e formação profissional¹⁶. O perfil dos participantes, em maioria atuantes há mais de cinco anos na APS, com capacitações para saúde do adolescente e titulação em nível de mestrado, aponta para uma estrutura de recursos humanos em saúde potencialmente preparada para desenvolver ações efetivas nos territórios de atuação. Carecem, entretanto, de direcionamentos normativos, políticas públicas municipais e respaldo técnico.

A cobertura da ESF está relacionada às áreas de maior vulnerabilidade. O acesso de adolescentes de áreas cobertas pela ESF foi identificado como equivalente ao acesso de outros territórios sem esta cobertura, reforçando o potencial indutor de equidade da estratégia. Entretanto, nas áreas cobertas pela ESF, a participação em atividades educativas foi três vezes maior do que em outras áreas¹⁷.

A falta de recursos físicos e ausência de um cronograma de atendimentos específicos para essa clientela foram outras dificuldades apontadas. Para efetiva integralidade da atenção, o conhecimento sobre a realidade da comunidade adscrita e o trabalho

coletivo devem ser ampliados, por meio do trabalho em equipe – multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial. Dessa forma, é possível superar o caráter pontual e sem planejamento interdisciplinar que caracteriza as ações de promoção e prevenção realizadas na Atenção Básica (AB)¹⁸.

Os relatos dos profissionais mostraram lacunas nas ações e ausência de direcionamento na atuação junto aos adolescentes. Foram destacadas as dificuldades de encaminhamento para outras especialidades e a busca dos adolescentes pelo serviço, que, segundo os entrevistados, ocorre majoritariamente em situações de pré-natal, vacinas e planejamento familiar. Para a assistência dessa clientela é importante ressaltar que o cuidado à saúde não pode ter foco somente em problemas trazidos pelos adolescentes, mas deve implementar programas que promovam o crescimento do indivíduo e que possam atender à sua saúde de forma integral.

Os participantes perceberam que os serviços da AB não têm uma estrutura favorável para o acesso e permanência dos adolescentes, representados pela falta de atendimentos específicos a este público. Dentre os motivos para a não procura do serviço de saúde, apontados por adolescentes de um município da Bahia, estão barreiras geográficas, como distância, dificuldade para localizar o serviço ou dificuldade de acesso por transporte público; e barreiras organizacionais que envolvem inexistência do atendimento procurado, insatisfação com o atendimento prestado ou acesso a planos privados de saúde que suprimem a busca pela AB¹⁷.

A falta de compromisso ou engajamento dos profissionais foi destacada, sobretudo em relação à afinidade com o atendimento ao adolescente. Na perspectiva da integralidade, os fluxos de atendimento favorecem a articulação da rede e um atendimento de qualidade. A eficácia do atendimento, resolutividade e conseqüente alcance da integralidade na atenção a populações especiais dependem não somente dos profissionais que realizam ações assistenciais, mas também dos gestores, responsáveis pelo planejamento de recursos humanos e materiais dos serviços¹⁹.

As mudanças necessárias ao modelo de atenção, com vistas à integralidade, devem considerar a formação em serviço, estando impulsionadas pelas demandas ou planejamentos, mas que mobilizem os profissionais a buscarem novos caminhos para a satisfação das necessidades e superação de vulnerabilidades. Vale destacar que as ações de educação em saúde pautadas nos modelos de educação popular favorecem o intercâmbio de saberes entre profissionais e população. Há que se valorizar os

espaços informais de construção do saber coletivo e consequente qualificação da assistência.

O encaminhamento à rede foi considerado deficitário pelos participantes, com exceção do CAPS, que foi reconhecido como o serviço especializado de referência para as demandas de saúde mental identificadas pelas ESF e NASF. Embora a Atenção Básica deva ser a porta de entrada da rede e o matriciamento responsável pelos encaminhamentos e monitoramento.

Estudo realizado em um município de Minas Gerais identificou lacunas na organização da demanda intrasetorial, devido à precariedade dos vínculos de trabalho e instabilidade nos recursos humanos em saúde. A deficiência da rede tem como consequência direta o isolamento intersetorial e intrasetorial do CAPS, que passa a adotar posição central na Atenção à Saúde Mental, desarticulando-se da Atenção Básica²⁰.

Ao analisar os resultados sob o enfoque geracional, é pertinente considerar que, assim como as vivências ocorrem de maneiras distintas, as gerações também não são homogêneas. Há influência do ritmo biológico, mas este não define uma geração sozinho⁷. Dessa forma, profissionais organizados e alocados em serviços de saúde estão diante de usuários que demandam uma atenção específica. Há que se considerar o embate geracional que ocorre entre profissionais e adolescentes, no reconhecimento de vulnerabilidade e satisfação de necessidades e, conseqüentemente, afinidade para propor intervenções.

As vivências relacionadas ao processo saúde-doença dos adolescentes precisam ser exploradas e valorizadas na formulação das ações em saúde, estratégias e políticas públicas, contrapondo-se ao modelo prescritivo e impositivo de ações de saúde.

As ações em saúde promovidas no espaço escolar, com articulação entre os setores saúde e educação, podem fortalecer o protagonismo dos adolescentes, embora dependam de condições estruturais e organização dos setores e espaços envolvidos, das equipes e dos profissionais. Observa-se a necessária conjugação dos saberes e práticas, mobilizada pelas características da realidade onde a ação acontece²².

A intersetorialidade é um ato complexo, porém importante como uma estratégia política que deve ser feita de forma a promover uma vida melhor, expandindo as ações com qualidade para os adolescentes, por meio da promoção à saúde. As culturas organizacionais dos serviços de saúde e educação são diferentes. Os valores de ambos os serviços devem ser considerados no planejamento de ações conjuntas,

para alcance de resultados efetivos. Os acordos e colaborações com novos parceiros são essenciais para produzir condições de cuidado, proteção e bem-estar para os adolescentes²².

O acolhimento pode ser tomado como uma ação comunicacional, ato de receber e escutar a população que busca pelas redes de saúde, oportunizando respostas adequadas a cada demanda e em todo o trajeto da busca^{23,24}.

Os entrevistados destacaram o acolhimento como uma atividade fragmentada, que não se integra às demais e não favorece o cuidado. É importante ressaltar que o acolhimento favorece as relações entre os profissionais de saúde e a clientela adolescente, ao procurarem pela atenção primária em qualquer situação. Essa atuação, entretanto, pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para avaliar e atender, buscando a máxima resolubilidade possível²⁵.

Segundo os participantes, as ações focadas na atenção ao corpo biológico são prioritárias ou mais facilmente percebidas como necessidades. Os profissionais apontam dificuldades em intervir nas situações de saúde mais complexas que envolvem os adolescentes, seja pela falta de preparo ou pela ausência de recursos para encaminhamentos.

Na perspectiva de pais de adolescentes, as vulnerabilidades a que os adolescentes estão expostos relacionam-se à exposição às drogas, ao sexo precoce, hábitos alimentares inadequados e necessidades de acesso aos serviços de saúde. Embora os pais priorizem as consultas médicas e odontológicas, as ações educativas são valorizadas e consideradas importantes na atenção à saúde dos adolescentes²⁶.

Sob a perspectiva dos adolescentes, estudo realizado com estudantes de escolas públicas identificou o estilo de vida como demandante da atenção à saúde, descritos positivamente pelo bem-estar físico e psicológico, alimentação e atividade física. E negativamente, pela vulnerabilidade representada no uso e abuso de drogas. O adolescente, a despeito dos rótulos e estereótipos reforçados cotidianamente, tem visões de mundo imbricadas em posições críticas e políticas, positivamente influenciadas pelos aspectos de estilo de vida e que não cabem nos protocolos institucionais que não consideram a escuta e participação como elementos prioritários²⁷.

Os limites do estudo estão relacionados ao número de participantes e abrangência de um distrito do município. Embora o distrito exemplifique vulnerabilidade do município

e a organização da rede de atenção à saúde, outros estudos são necessários para ampliar e aprofundar a compreensão acerca da atenção ao adolescente.

Ainda assim, os resultados apresentados poderão contribuir para a análise da condição de atenção à saúde do adolescente, impulsionando a formulação de estratégias urgentes para a identificação e satisfação das necessidades em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer como os serviços da APS de um dado território têm trabalhado a atenção à Saúde do adolescente, na busca pela integralidade do cuidado. A motivação para a realização deste estudo foi a ausência de elementos que organizassem a atenção à saúde do adolescente no Plano Municipal de Saúde (PMS) de Recife, embora existam as Diretrizes Nacionais que orientam a atenção a esse público.

A falta de metas no PMS transpareceu na fala dos participantes, nas fragilidades das ações, lacunas e fragmentação da assistência. As ações, em grande parte, foram descritas como desarticuladas da rede de atenção, com foco prioritário nas necessidades biológicas e carentes de respaldo organizacional.

O atendimento aos adolescentes acontece nos moldes da população geral. Embora apresentem necessidades específicas peculiares à condição do adolecer, são assistidos por meio dos protocolos e programas da população adulta. Como consequência, o acesso e vínculo do adolescente com o serviço fica prejudicado, bem como o impacto das ações nos perfis epidemiológicos não alcança a integralidade do cuidado.

Ainda assim, os profissionais de saúde empenham-se nos encaminhamentos e na articulação da rede de atenção disponível. Contam com a parceria de outros profissionais engajados na temática e no compromisso de modificar as condições de vida e saúde do território onde atuam.

REFERÊNCIAS

1. Lolis D, Moreira FS. Trabalho em rede. Um olhar a garantia da integralidade da criança e do adolescente a partir da política de saúde em Curitiba. *Serv. Soc.* Ver. 2016; 19(1):109-130.

2. Queiroz LB, Ayres JRJM, Saito MI, Mota A. Aspectos históricos da institucionalização da atenção à saúde do adolescente no estado de São Paulo, 1970–1990. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2013 [acesso em 2 jul. 2019]; 20(1):49-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100004&lng=en
3. Ferronato VFO. A importância da família na formação social do adolescente. *Rev. Educ.* 2015; 18(24):3-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. p. 132.
5. Ayres JRJM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2012 [acesso em 03 jul. 2019]; 16(40):67-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14143283201200010006&lng=en
6. Egly EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
7. Hooper SS. Geração e juventude: o debate sobre a geração AI-5 [online]. Projeto História, São Paulo. 2017 [acesso em 21 jun. 2019]; 59:337-362. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2767.2017v59p337-362>
8. Oliveira MAC, Egly EY. A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. *Rev. Bras. Enferm.* 1998; 51(4):643-654.
9. Garcia TR, Egly EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Ayres JRJM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
11. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde de adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care.* 2007; 19(6):349-357.

14. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer Oliveira T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(3):e00195815.
15. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51:67.
16. Figueiredo EBL, Gouvêa MV, Cortez EA, Santos SCP, Alóchio KV, Alves LMS. Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016; 15(1):147-162.
17. Martins, MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LD. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em 11 jun. 2019]; 35(1):e00044718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000105007&lng=t
18. Araújo WA, Sousa JCS, Medeiros RL, Silva EN, Araujo ISA, Carvalho FO, Assis EV, Feitosa ANA. Processo de trabalho e planejamento das ações de saúde. *Rev. enferm. UFPE* [online]. 2018 [acesso em 28 mar. 2019]; 12(10):2564-72. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996226>
19. Queiroz MKS et al. Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos [online]. *Rev. Enferm. UERJ*. 2018 [acesso em 28 mar. 2019]; 26:e26706. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26706>
20. Rodrigues-Morais R, Couto MCV, Faria DLS, Modena CM. O atendimento à crise e urgência no Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes de Betim [online]. *Pesq. Prát. Psicossociais*. 2019; 14(1):1-15. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000100013&lng=pt&tlng=pt
21. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, Rodrigues DP, Queiroz MVO. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2017 [acesso em 03 jul. 2019]; 51:e03276. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=pt
22. Burgess T et al. Optimizing intersectoral collaboration between health and education: the Health Bridges study. *J. Public. Health*. 2015; 38(4):e430–e437.
23. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2014; 35(2):144-9.
24. Mafi A et al. A interdisciplinaridade e seus reflexos na formação do cirurgião-dentista. *Rev. ABENO*. 2017; 17(1):62-73.

25. Biffi D, Melo MFR, Ribeiro VR. Acolhimento de enfermagem à saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. R. Perspect. Ci. e Saúde. 2018; 3(1):83-97.
26. Reis DC, Alves RH, Jordão NAF, Viegas AM, Carvalho SM. Vulnerabilidades e acesso em saúde na adolescência na perspectiva dos pais. Rev. pesquis. cuid. fundam. 2014; 6(2):594-606.
27. Luz RT, Coelho EAC, Teixeira MA, Barros AR, Carvalho MFAA, Almeida MS. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes/ Lifestyle and the interface with health demands of adolescents. REME rev. min. enferm. 2018; 22:e-1097.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho dissertativo buscou entender como é realizada a atenção aos adolescentes por profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde de um território (Distrito Sanitário III, de Recife), na perspectiva da integralidade. Para tanto, dois artigos foram os resultados apresentados.

O primeiro, buscou caracterizar o adolescente e a adolescência a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Estes profissionais percebem a significativa vulnerabilidade a que essa parcela da população se encontra exposta, principalmente em virtude dos comportamentos que apresentam, destacando-se o sexo desprotegido, o uso de drogas ilícitas, dentre outros. As necessidades apresentadas pelos adolescentes e que se caracterizam como as mais relevantes estiveram relacionadas à sexualidade, prevenção e realização de pré-natal. Já as necessidades de saúde percebidas pelos profissionais estiveram além das demandas apresentadas por esses jovens, denotando a complexidade que é assisti-los.

Por sua vez, o artigo 2 trouxe uma análise na perspectiva dos profissionais de saúde, acerca da atenção à saúde prestada aos adolescentes acompanhados pela APS. Ficou nítido o desejo dos profissionais por mais educação permanente. As ações direcionadas ao público adolescente foram descritas como desarticuladas da rede de atenção, tendo como foco prioritário as necessidades biológicas. Os adolescentes são assistidos por meio dos protocolos e programas direcionados à população adulta. Há um relato persistente de fragilidade no acesso e no vínculo do adolescente com o serviço, impactando na integralidade da atenção à saúde.

O estudo em tela mostra, na percepção dos profissionais, que o cenário da assistência integral ao adolescente possui aspectos positivos e algumas fragilidades. Na maioria, eles desconhecem as políticas públicas de saúde voltadas para o público-alvo, um fator preocupante para a promoção da saúde. Além disso, percebem a carência de ações voltadas para a assistência à saúde dos adolescentes, pois a pesquisa demonstrou lacunas no ponto de vista das promoções de saúde para os adolescentes. O que prevalece de atendimento são as ações de pré-natal, planejamento familiar e assistência às infecções sexualmente transmissíveis.

Os relatos mostraram ainda a fragilidade no trabalho em equipe, assim como na garantia do sistema de referência e contrarreferência. O Programa Saúde na Escola (PSE) é visto como um ponto forte de apoio no cuidado ao adolescente. Por fim, os profissionais veem a necessidade de educação permanente para melhor capacitá-los no atendimento integral aos adolescentes.

O estudo conseguiu cumprir seus objetivos. Como limitação, destaca-se o corte transversal da amostra. Faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos, com

desenhos diferenciados, para se compreender os aspectos ainda imbricados nesse processo, estes podem ser feitos nos demais Distritos Sanitários de Recife.

Importante que os profissionais de saúde compreendam que os adolescentes precisam do seu espaço na sociedade, e que estes devem superar esse período de transição, para abordar esse público com mais senso crítico, tendo uma visão holística desse indivíduo. Para isso, é necessário conhecimento, envolvimento efetivo das equipes de saúde e gestores, bem como uma política pública aplicada, só assim poderá ser feito um atendimento de forma integral para satisfazer às necessidades em saúde do adolescente.

Reitera-se que uma maior discussão deva existir entre os atores que estão envolvidos no processo da atenção à saúde dos adolescentes. O retrato visto na perspectiva dos profissionais de saúde deve ser analisado, buscando potencializar os pontos fortes da assistência, assim como modificar as fragilidades elencadas. Ademais, a população deve ser ouvida, de modo a se fazer presente em todo o planejamento em saúde. Somente assim, pode-se esperar que um cuidado seja prestado de forma integral, respeitando esse princípio doutrinário/ético tão importante que norteia o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Igualmente, esta pesquisa possui potencial de contribuição para o desenvolvimento do conhecimento para todos os profissionais de saúde, e muito especialmente para a enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MAC, Egry EY. A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. *Rev. Bras. Enferm.* 1998; 51(4):643-654.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. p. 132.
3. World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services – An Agenda for Change [online]. Oxford (UK); 2002 [acesso em 18 jun. 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF). 1990 [acesso em 10 maio 2019]. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/câmara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
5. Recife. Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Lei Municipal n.º 15.604 de 18 de fevereiro de 1992. Dispõe sobre a política municipais dos direitos da criança e do adolescente, cria o conselho municipal de defesa e promoção dos direitos da criança e do adolescente e dá outras providências, Recife (PE). 1992 [acesso em 24 maio 2019]. Disponível em: <http://comdica.recife.pe.gov.br/regimentointerno>
6. Recife. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Plano Municipal de Saúde 2018–2021. 1ª ed. Recife: Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife; 2018.
7. Atlas Brasil [homepage na Internet]. Perfil: Recife, PE. Brasil: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [acesso em 18 jun. 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/3084
8. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de informações de saúde – Pernambuco [acesso em 18 jun. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pe.htm>
9. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores, Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992.
10. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
11. Fonseca RMG, Egry EY, Bertolozzi MR. O Materialismo Histórico e Dialético como Teoria da Cognição e Método para a Compreensão do Processo Saúde Doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadores. O Trabalho da Enfermagem em Saúde

- Coletiva no Cenário CIPESC. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná; 2006. p. 19-61.
12. Hooper SS. Geração e juventude: o debate sobre a geração A1-5 [online]. Projeto História, São Paulo. 2017 [acesso em 21 jun. 2019]; 59:337-362. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2767.2017v59p337-362>
 13. Sarmiento MJ. Gerações e Alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância [online]. Educ. Soc. 2005 [acesso em 28 maio 2018]; 26(91):361-78. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>
 14. Oliveira MAC, Egry EY. A adolescência: ressignificação social do adolescer e do adolescente a partir da determinação do processo saúde-doença. Rev. Bras. Enferm. out./dez. 1988; 51(4):643-654.
 15. Gessner R. Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.
 16. Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia E. A vulnerabilidade do Adolescente numa perspectiva das Políticas de Saúde Pública [online]. BioEthikos. 2010 [acesso em 24 mar. 2017]; 4(4):423-30. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf
 17. Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 18. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública [online]. 2004 [acesso em 01 jun. 2019]; 20(5):1411-1416. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en
 19. Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciênc. Saúde Colet [online]. 2007 [acesso em 22 maio 2018]; 12(2):319-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200700020007
 20. Ayres JRJM, Franca Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-139.
 21. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde de adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
 22. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no Século XXI. Salvador: Ed. UFBA; 2006.
 23. Apostolico MR. Potencialidades e Limites da CIPESC para o reconhecimento das necessidades em saúde da população infantil [tese de doutorado]. São Paulo:

- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
24. Egry EY. Metodologias para captação da realidade objetiva. In: Egry EY, organizadora. As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 79-90.
 25. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals [online]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006 [acesso em 13 out. 2018]; 14(5): 812-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500025&script=sci_abstract
 26. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. Proc. Nutr. Soc. 2004; 63(4): 655-60.
 27. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 28. Souza FN, Costa AP, Moreira A. Análise de dados qualitativos suportada pelo software webQDA. In: Atas da VII Conferência internacional de TIC, na educação: perspectivas de Inovação; 2011. Braga (Portugal); 2011. p. 49-56.
 29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int. J. Qual. Health Care. 2007; 19(6):349-357.
 30. Recife. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2014–2017. 1ª ed. Recife (PE): Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento; 2014.
 31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, Brasília (DF); 2012 [acesso em 30 maio 2019]. p. 22. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Dados_Genericos/AEB/aeb_2015.pdf.
 32. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013: IDHM RENDA. Brasil: Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. 2013 [acesso em 30 maio 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/metodologia/idhm_renda/
 33. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Saúde da criança e do adolescente. [acesso em 24 maio 2019]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-da-crianca-e-do-adolescente>
 34. Recife. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde 2018–2021. Recife (PE): Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação; 2018.
 35. Sage. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde [acesso em 30 maio 2017]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>

36. Recife. Secretaria de Saúde. Distrito Sanitário III. Proposta de Metodologia para Planejamento das Microrregionais: Pensando o Território. Recife; 2009. (Documento interno).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados de fontes secundárias

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

A. Identificação do cenário: Recife, capital do Estado de Pernambuco

B. Fontes de dados:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
 - Secretaria Municipal da Saúde – SMS
 - Sistemas de informação ambulatorial
 - Sistemas de informação hospitalar
 - SIA/SUS e SIH/SUS
 - Outras fontes
-

C. Roteiro de coleta de dados de fontes secundárias.

1. População:

- População por sexo e faixa etária:
- Indicadores demográficos (taxa de urbanização, taxa média de crescimento anual, densidade demográfica)
- Taxas ligadas ao crescimento da população (taxa de natalidade, taxa de mortalidade, taxa de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, taxa de fecundidade, taxa de mortalidade materna)

2. Renda e nível de instrução:

- Distribuição das pessoas com idade de 15 anos ou mais, ocupadas, por anos de instrução
- Número de pessoas analfabetas com idade de 10 anos ou mais
- Distribuição das pessoas com 16 anos ou mais ocupadas, por setor de atividade (Indústria, construção civil, comércio e serviços)
- Distribuição das pessoas com 16 anos ou mais ocupadas, por posição na ocupação (empregados com carteira assinada, conta própria, empregador, não remunerado, autônomo)
- Taxa de desemprego

- Rendimento mensal das pessoas de 16 anos ou mais, ocupadas
3. Domicílios
 - Total de domicílios
 - Média de moradores por domicílio
 - Domicílios permanentes por condição de ocupação (Alugado, próprio, cedido)
 - Cobertura de saneamento básico, por domicílios (água, esgoto, destino do lixo)
 4. Perfil Epidemiológico da População
 - Doenças de notificação compulsória
 - Hospitalizações pagas pelo SUS
 - Causas de internação
 - Cobertura vacinal
 - Causas de óbito
 5. Dados gerais dos estabelecimentos de saúde
 - Estabelecimentos de saúde existentes, por classificação e esfera administrativa
 - Estabelecimentos de saúde existentes, por tipo (UBS, PSF, hospitais, ambulatórios, centros de diagnóstico)
 - Produção dos estabelecimentos de saúde existentes por espécie de atendimento (consultas médicas, enfermagem, odontológicas, urgência/emergência, partos)
 - Número de leitos de internação
 6. Programas Municipais de atenção à saúde da população (descrição, protocolos, atendimentos, resultados)
 - Destinados às crianças
 - Destinados aos adolescentes
 - Destinados às mulheres
 - Destinados aos demais indivíduos
 7. Políticas públicas (Leis, portarias, decretos, protocolos e outros) de atenção ao adolescente (Nacional, Estadual e Municipal)
 8. Outros dados relevantes ao estudo

APÊNDICE B – Seleção dos participantes

Nome do participante:

Parte I - Seleção dos Participantes

Há quanto tempo você atua na Atenção Primária à Saúde?

menos de 1 ano (Agradecer a disponibilidade e encerrar a entrevista)

mais de um ano (prosseguir para questão 2)

No último ano, você desenvolveu ou ainda vem desenvolvendo ações de atenção à saúde do adolescente, no âmbito da Unidade de Saúde em que você atua?

Não (Agradecer a disponibilidade e encerrar a entrevista)

Sim (prosseguir para a leitura do *Rapport*, Termo de Consentimento e entrevista)

APÊNDICE C – *Rapport*

Bom dia/tarde, _____ (O nome da entrevistada já deve estar na lista das pessoas elegíveis para o estudo).

Meu nome é _____. Sou Enfermeira e trabalho na _____. Faço parte do grupo de pesquisadoras da Universidade Guarulhos, em São Paulo, onde estou desenvolvendo minha pesquisa de mestrado.

Nossa pesquisa tem a finalidade de entender como o nosso Sistema de Saúde está organizado e vem desenvolvendo ações para atendimento integral aos adolescentes. A nossa pesquisa tem a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da _____.

Queremos agradecer por aceitar participar desta pesquisa e nesta fase faremos uma entrevista individual.

Nessa entrevista não existem respostas certas ou erradas. Seguiremos um roteiro e é importante que você responda a partir da sua vivência, contando para nós, com detalhes, tudo que julgar importante e relevante sobre o tema.

A sua participação é voluntária, ou seja, se não quiser participar, não há problema e você pode desistir de participar no momento que quiser. A entrevista precisa ser gravada e posteriormente será feita a transcrição. É importante ressaltar que tudo o que disser será guardado confidencialmente. O anonimato será mantido e seu nome não será mencionado. Somente nosso grupo de pesquisa terá acesso direto às entrevistas que ficarão sob a guarda da minha orientadora por cinco anos e depois serão descartados.

É importante que você assine um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual você aceita participar da pesquisa e onde consta nosso telefone para que possa entrar em contato quando precisar. Nós também assinamos, uma cópia ficará com você e a outra com nosso grupo. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, e pode, a qualquer momento, se recusar a responder perguntas ou deixar de participar do estudo.

Tem alguma pergunta que queira fazer? Podemos começar?

Se sim, prosseguir na leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APÊNDICE D – Instrumentos para Coleta de dados primários

Parte II – Caracterização do Participante

(Iniciar a gravação identificando o profissional, dia da entrevista e horário de início)

1. Nome					
2. Sexo		Feminino		Masculino	
3. Idade	20 — 30	30 — 40	40 — 50	50 e mais	
4. Estado civil	Solteiro	Casado/Vive com companheiro(a)	Viúvo	Separado	
5. Filhos	1	2	3	4	5 e mais
6. Idade dos filhos	___ anos	___ anos	___ anos	___ anos	___ anos
7. Sexo dos filhos		Feminino		Masculino	
8. Escolaridade		Nível Superior		Especialização	Pós-graduação
9. Área da formação Superior					
10. Formação complementar					
11. Realizou curso/treinamento no tema “adolescência”			sim	não	
	11.1 Como foi?				
	11.2 Quando foi?				
12. Cargo ou função que exerce na Unidade					
13. Tempo de experiência profissional		na atividade Atual _____		na APS _____	

Parte III – Roteiro de entrevista

1. No início da nossa conversa, você me disse que já realizou ou realiza ações direcionadas ao público adolescente. Descreva para mim, com o máximo de detalhes que se lembrar, uma dessas ações. [Importante que o relato seja de uma situação completa e não de ações genéricas]

Questões de detalhamento: idade do adolescente, contexto de atendimento, ação desenvolvida, problemática abordada, encaminhamentos, profissionais envolvidos no atendimento, participação do (s) responsável (is).

2. Quais necessidades você percebe que esse adolescente do seu relato apresentava?

3. Essas necessidades são comuns a outros adolescentes?

4. Você considera que seu serviço de saúde tem condições de satisfazer essas necessidades? Por quê?

Questões de detalhamento: Como é a organização política do município para atenção ao adolescente? Quais outras instituições são necessárias? Essa articulação existe no seu território? Como ela acontece? Quais profissionais atuam ou deveriam atuar nesse trabalho?

5. Então, resumidamente, como você descreve o adolescente que vem ao seu serviço de saúde?

6. O que eles procuram no serviço de saúde?

7. E o que o serviço tem para oferecer?

8. Do seu ponto de vista:

8.1 Quais são as facilidades que o setor saúde tem para trabalhar com os adolescentes?

8.2 E quais as dificuldades?

9. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Agradecer e encerrar a entrevista/gravação.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Meu nome é _____ e integro um grupo de pesquisa da Universidade Guarulhos, em São Paulo, onde desenvolvo a pesquisa do meu mestrado. A pesquisa tem o título: Atenção Integral à Saúde do adolescente: desafio para as políticas, instituições e profissionais de saúde, que tem como objetivo principal analisar as potencialidades e limites das políticas, instituições e profissionais de saúde para desenvolver ações, na perspectiva da atenção integral e satisfação das necessidades em saúde dos adolescentes, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Com os resultados desta pesquisa, pretendemos oferecer subsídios para o aprimoramento da assistência à saúde dos adolescentes.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa e sua participação é de fundamental importância.

Neste momento, sua colaboração será conceder uma entrevista, que será gravada em posteriormente transcrita para análise do conteúdo.

Estão garantidas todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Os riscos para sua participação são mínimos, relacionados ao desconforto pelo tempo dispendido na entrevista. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, por isso caso qualquer informação seja divulgada em relatório ou publicação, será feito de forma codificada. Em qualquer tempo você poderá ter acesso aos resultados

Caso sinta necessidade de contatar as pesquisadoras durante ou após a pesquisa, os contatos poderão ser feitos por:

- Raquel Porto Barros (mestranda) – Fone: (81) 997114760
- Maíra Rosa Apostolico (Orientadora – Fone: (11) 98253-4740
- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU - 3413 4611 R.4859

Eu, _____, documento de identidade _____, compreendi as explicações acima e a natureza do estudo do qual fui convidada (o) a participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Eu entendo que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem precisar justificar a minha decisão.

Recife, _____ de _____ de 20 ____ .

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE F – CHECK LIST CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ)

Table 1

Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Nº	Item	Guide questions/description
Domínio 1 – equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1.	Entrevistador/facilitador	Qual autor realizou o grupo ou a entrevista? RAQUEL PORTO BARROS / PAULA MENDES/ ALINE DYELLE
2.	Credenciais	Quais foram as credenciais do pesquisador? ESPECIALISTA EM SAÚDE COLETIVA E MESTRANDA
3.	Ocupação	Qual era a sua ocupação no momento do estudo? TRABALHO COMO ENFERMEIRA CONCURSADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, E NA UNINASSAU SOU DIRETORA ADJUNTA DE ESTÁGIOS, E MESTRANDA
4.	Sexo	Os pesquisadores eram homens ou mulheres? MULHERES
5.	Experiência e treinamento	Qual era a experiência ou treinamento que os pesquisadores tiveram? OS PESQUISADORES RECEBERAM TREINAMENTO SIMULADO NO GRUPO DE PESQUISA OFERECIDO PELA ORIENTADORA SOBRE COMO REALIZAR COLETA DE DADOS DE ESTUDOS DE NATUREZA QUALITATIVA.
Relação com os participantes		
6.	Relação estabelecida	A relação foi estabelecida antes do início do estudo? RELAÇÃO ESTABELECIDA COM OS GESTORES DO DISTRITO E DEPOIS, COM UMA REFERÊNCIA DAS UNIDADES, PARA AGENDAMENTO DAS ENTREVISTAS. O CONTATO COM OS PARTICIPANTES FOI FEITO NA OCASIÃO DA ENTREVISTA.
7.	Conhecimento do participante sobre o pesquisador	O que os participantes sabem sobre o pesquisador? por exemplo. objetivos pessoais, razões para fazer a pesquisa – NÃO NOS CONHECIAM

Nº	Item	Guide questions/description
		PREVIAMENTE, APÓS SORTEIO VISITAMOS AS UNIDADES, NOS APRESENTAMOS E NESTE MOMENTO EXPLICAMOS O PROJETO DE PESQUISA, OBJETIVOS, O TCLE E AGENDAMOS A ENTREVISTA.
8.	Características do entrevistador	Quais características foram notificadas sobre o entrevistador/facilitador? por exemplo. suposições, razões e interesses no tema de pesquisa – FOI NOTIFICADA A RAZÃO DO ESTUDO, COM O INTERESSE EM COMPREENDER COMO SE DAVA O ATENDIMENTO NA APS AOS ADOLESCENTES, CONSIDERANDO UM PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE VIGENTE DA CIDADE DO RECIFE.
Domínio 2 – desenho do estudo		
Quadro teórico		
9.	Orientação metodológica e Teoria	Qual orientação metodológica foi usada no estudo? por exemplo. teoria fundamentada, análise do discurso, a etnografia, a fenomenologia, a análise de conteúdo – ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN
Seleção dos participantes		
10.	Amostra	Como os participantes foram selecionados? Intencional, conveniência, consecutivo, bola de neve. – CONVENIÊNCIA
11.	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Pessoalmente, telefone, correio, e-mail – PESSOALMENTE
12.	Tamanho da amostra	Quantos foram os participantes do estudo? 30
13.	Não participação	Quantas pessoas recusaram a participar ou desistiram? Razões? 1 DESITIU POR NÃO TER INTERESSE EM PARTICIPAR DA PESQUISA.
Configuração		
14.	Configuração da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? por exemplo. casa, clínica, local de trabalho – LOCAL DE TRABALHO (USF)
15.	Presença de não participantes	Estava mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores? NÃO
16.	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? por exemplo. dados demográficos, data – NA SUA MAIORIA ERAM MULHERES, TODOS COM MAIS DE 5 ANOS

Nº	Item	Guide questions/description
		TRABALHANDO NA APS, COM IDADE ENTRE 30 E 50 ANOS.
Coleta de dados		
17.	Roteiro de entrevista	Eram perguntas, instruções, guias fornecidas pelos autores? Foi um teste piloto? FOI APLICADO UM ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO
18.	Entrevistas repetidas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Quantas? NÃO HOUVE REPETIÇÃO
19.	Registro audiovisual	A pesquisa utilizou gravação de áudio ou vídeo para a coleta de dados? GRAVAÇÃO DE ÁUDIO
20.	Notas de campo	Foram feitas notas de campo durante e/ou após o grupo focal ou entrevista? DURANTE
21.	Duração	Qual foi a duração do grupo focal ou entrevista? ENTRE 20 A 22 MINUTOS
22.	Saturação dos dados	Houve saturação dos dados? SIM
23.	Retorno das transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários? SIM
Domínio 3 – análise e conclusões		
Análise dos dados		
24.	Número de dados codificados	Quantos codificadores codificaram os dados? DOIS
25.	Descrição da árvore de codificação	Os autores apresentam uma descrição da árvore de codificação? SIM
26.	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados? DERIVADO DOS DADOS
27.	Software	Qual software, se for o caso, foi usado para gerenciar os dados? WEB QDA
28.	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback dos resultados? AINDA NÃO FORAM APRESENTADOS OS RESULTADOS ANALISADOS AOS PARTICIPANTES
Relatórios		
29.	Perguntas apresentadas	Foram apresentadas citações para ilustrar os temas / resultados? Foi cada citação identificados? por exemplo. número de participante – SIM (E1, E2, E3...)
30.	Dados e achados consistentes	Houve coerência entre os dados apresentados e as conclusões? SIM
31.	Clareza de grandes temas	Os principais temas foram apresentados de forma clara nas conclusões? SIM

Nº	Item	Guide questions/description
32.	Clareza dos temas menores	Existe uma descrição de casos ou discussão de diversos temas menores? SIM

ANEXOS

ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Raquel Porto Barros, Paula Regina Costa Mendes e Aline Dyelle da Silva Sousa, pesquisadoras da Universidade Univeritas UNG, a desenvolverem pesquisa no Distrito Sanitário III, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Criança e adolescente na Atenção Básica à Saúde: desafio para integralidade", sendo orientadas por Maira Rosa Apostólico.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Os(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 24 de maio de 2018.

Atenciosamente,

Tullio Romário Lopes Quirino

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tullio Romário Lopes Quirino
 Chefe de Div. de Educação na Saúde
 DPES / DEDTES / DCSAU
 NR 100473-5

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIANÇA E ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: DESAFIO PARA INTEGRALIDADE

Pesquisador: Maira Rosa Apostólio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80434218.8.0000.5508

Instituição Proponente: Universidade Guarulhos - UNG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.868.025

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa sobre a atuação das políticas, instituições e profissionais da saúde para atenção integral à saúde do adolescente. Como referencial teórico e metodológico será utilizada a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). A TIPESC propõe uma sistematização dinâmica para captar a realidade dos fenômenos e interpretá-la, ritualizando-a aos processos de produção e reprodução social de uma coletividade, considerando-a em seu contexto social historicamente determinado. Segue-se à captação e interpretação, a intervenção na realidade e sucessivas reinterpretações, sempre interpondo novos instrumentos para transformação. O estudo será desenvolvido a partir da análise de dados de fontes primárias e secundárias. Os dados de fontes secundárias serão coletados em fontes públicas de consulta. Os dados de fontes primárias serão coletados a partir de entrevistas com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, no Distrito Sanitário III do município de Recife, que conta com uma rede de Atenção Primária de Saúde composta por sete Unidades de Saúde da Família, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, três equipes de Saúde Bucal e seis equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Serão incluídos no estudo todos os profissionais com formação superior (enfermeiro, médico, psicólogo, odontólogo, fisioterapeuta, farmacêutico e nutricionista) das equipes de Saúde da Família, PAC e equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que atuem na Atenção Primária à Saúde há um ano ou mais, e

Endereço: Praça Teresa Cristina, 229
 Bairro: Centro CEP: 07.023-070
 UF: SP Município: GUARULHOS
 Telefone: (11)2464-1064 E-mail: comite.etica@ung.br



UNG - UNIVERSIDADE
GUARULHOS



Continuação do Formulário 2.005.025

que desenvolvam ou tenham desenvolvido neste período, atendimento às crianças e aos adolescentes como atividade própria da Unidade de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o modelo de atenção às crianças e aos adolescentes, desenvolvido na Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação no estudo implica em riscos mínimos aos entrevistados, decorrente do constrangimento em descrever sua prática profissional. Caso o participante expresse constrangimento em relatar sua prática, será esolareoado que pode interromper sua participação, sem prejuízo da sua atividade profissional. Além disso, os pesquisadores ficarão à disposição para esolareoer dúvidas futuras dos participantes, bem como informar sobre os resultados do estudo e de forma tais resultados poderão agregar benefícios nas atividades cotidianas do serviço de saúde.

Benefícios: A entrevista é uma oportunidade de reflexão sobre as ações realizadas e potenciais para transformação dos perfis epidemiológicos, característico do trabalho em saúde. O estudo resultará ainda em benefícios indiretos, com a possibilidade de aprimorar e subsidiar novas práticas em saúde no território.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A projeto de pesquisa está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação é válida pelo período previsto no cronograma postado.

Enviar relatório final até 30/05/2020, via Plataforma Brasil, com os principais resultados e contemplando as questões relativas aos Critérios

Éticos da pesquisa:

- Houve ocorrência de fatos relevantes que alteraram o curso normal do estudo?
- Foram feitas eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa?
- A pesquisa foi concluída de acordo com o protocolo aprovado pelo CEP UnG ?

Endereço: Praça Teresa Cristina, 229

Bairro: Centro

CEP: 07.023-070

UF: SP

Município: GUARULHOS

Telefone: (11)2464-1064

E-mail: comite.etica@ung.br



Continuação do Parecer: 2.405.425

d) Faça um parecer sobre o relacionamento Pesquisador X Participante da pesquisa durante a realização do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1144785.pdf	02/08/2018 15:51:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_02ago18.pdf	02/08/2018 15:51:00	Maira Rosa Apostolico	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_B_ProjetoUnificadoCEP.pdf	02/08/2018 15:48:32	Maira Rosa Apostolico	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUnificadoCEP_02ago18.pdf	02/08/2018 15:44:51	Maira Rosa Apostolico	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_assinada.pdf	28/05/2018 10:30:06	Maira Rosa Apostolico	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/05/2018 14:27:52	Maira Rosa Apostolico	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_SMS.pdf	25/05/2018 14:27:11	Maira Rosa Apostolico	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARULHOS, 31 de Agosto de 2018

Assinado por:
Regina de Oliveira Moraes Arruda
(Coordenador)

Endereço: Praça Teresa Cristina, 229
Bairro: Centro OEP: 07.023-070
UF: SP Município: GUARULHOS
Telefone: (11)2464-1004 E-mail: comite.etica@ung.br

Página 61 de 61