

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES**

**A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE EM  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)**

**MACEIÓ  
2017**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- C837a    Gonçalves, Cinthia Rafaela Amaro.  
          A percepção dos adolescentes sobre a atenção à saúde em unidades de saúde da família (USF) / Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves. – 2017.  
          73 f.; il.
- Orientadora: Lais de Miranda Crispim Costa.  
          Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2017.
- Bibliografia: f. 55-59.  
          Apêndice: f. 60-68.  
          Anexo: f. 69-73.
1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da família. 3. Saúde do adolescente.  
I. Título.

CDU: 616-083-053.6

CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES

**A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE EM  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado  
em Enfermagem da Escola de Enfermagem e  
Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laís de Miranda Crispim  
Costa

MACEIÓ  
2017

CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES

**A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE EM  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado  
em Enfermagem da Escola de Enfermagem e  
Farmácia da Universidade Federal de Alagoas.

---

Profa. Dra. Laís de Miranda Crispim Costa (Orientadora) – ESENFAR/UFAL

**Banca examinadora:**

---

Profa. Dra. Ana Carolina Santana Vieira – ESENFAR/UFAL

---

Prof. Msc. Danielly Santos dos Anjos Cardoso – ESENFAR/UFAL

## DEDICATÓRIA

A **Deus**, pela bondade e misericórdia para comigo, me dando fôlego de vida e força para  
guerrear todos os dias...

A **minha mãe**, Cristina, companheira em todas as horas, amiga e intercessora, e ao **meu pai**,  
Reginaldo, que mesmo distante sinto a força de seu amor, incentivando-me a vencer...

Ao amor da minha vida, **meu filho** Vinícius, que foi o principal estímulo para a finalização  
deste ciclo...

A **minha irmã**, Cibelly, parceira, companheira e patrocinadora...

A **minha turma**, 2017.1, em especial minhas amigas Renata e Laize...

E ao **meu esposo**, Eduardo, o companheiro que o Senhor me deu.

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, toda honra, toda glória e todo louvor para sempre!*

É com uma felicidade imensa, que não cabe dentro de mim, que agradeço a Deus por me permitir chegar aqui. Foram muitas as dificuldades que passei ao longo da trajetória, destes cinco anos. Por vezes pensei em desistir, mas Deus, abençoou-me com uma mãe SUPER-MULHER, que esteve comigo em todos os momentos, sendo a palavra amiga e apoio de todas as formas possíveis, inclusive no cuidado, da pessoinha mais importante da minha vida, meu Vinícius. Eu te agradeço mainha.

Iniciar uma graduação grávida, passar por complicações gestacionais e progredir na academia tendo que prestar cuidados à uma criança na primeira infância não foi nada fácil. Neste sentido Deus me presenteou com pessoas maravilhosas, como Renata, Laize, Layla, Thayse, que estiveram pertinho de mim, lado a lado, com momentos de estudo e cumplicidade, ajudando da melhor forma possível, contribuindo com esta conquista que é esse eu enfermeira, e por este motivo não poderia deixar de agradecê-las.

Gostaria de agradecer a minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Miranda, por ter comprado este desafio junto comigo, apoiando em todas as etapas deste trabalho. Vê-lo finalizado, só foi possível graças à motivação, confiança e os esforços transmitidos por você. Muita gratidão envolvida! Para além deste trabalho, a admiração pela grande profissional e pessoa que és. Desde o primeiro momento da nossa parceria, tinha a certeza que meu mundo acadêmico não seria mais o mesmo, e que com suas contribuições eu estaria galgando grandes rumos para minha vida profissional. Muito obrigada por tudo.

Não poderia esquecer, de agradecer as professoras Danielly dos Anjos e Amanda Macêdo, pelo estímulo a pesquisa e à políticas públicas de atenção à saúde, fazendo os olhos brilhar ao pensar que é possível, uma atenção holística, gratuita, respeitando os princípios da integralidade e equidade dentro do SUS; que é possível romper o paradigma biologicista. E esta veemência faz parte de mim hoje, graça a vocês.

E não poderia deixar de agradecer, aos adolescentes entrevistados, pela concessão de informações valiosas para a realização deste estudo, sem os quais esta pesquisa não seria possível.



“Quando o SENHOR restaurou a sorte de Sião, ficamos como quem sonha.  
Então, a nossa boca se encheu de riso, e a nossa língua, de júbilo; então, entre as nações se  
dizia: Grandes coisas o SENHOR tem feito por eles.  
De fato, grandes coisas fez o SENHOR por nós; por isso, estamos alegres”.

Salmos 126. 1-3

## RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a percepção dos adolescentes sobre a atenção à saúde recebida em Unidades de Saúde da Família (USF). Tratou-se de uma pesquisa do tipo qualitativa de caráter exploratório-descritivo, realizada com 21 adolescentes cadastrados nas USF da 6ª região sanitária da cidade de Maceió com faixa etária de 10 a 19 anos, cujos depoimentos foram colhidos através de entrevista semi-estruturada. Foi realizada análise do conteúdo de Bardin. Após a organização dos dados e reflexão acerca do achados emergiram as seguintes categorias de análise: 1) Ser adolescente no contexto da USF; 2) O modelo biologicista hegemônico de atenção à saúde: comparecimento restrito a demanda clínica; e 3) A voz do adolescente: o que eu espero da USF? Conclui-se que os adolescentes possuem peculiaridades específicas a faixa etária, que sob condição de seu contexto de vida expõe-se acentuadamente a fatores de risco potencializando suas vulnerabilidades. O adolescente percebe o serviço ofertado pela USF como serviço de urgência, desconhecendo a rede de atenção à saúde e a função da atenção primária. O modelo de atenção biologicista continua sendo perpetuado de maneira hegemônica como modelo de atenção à saúde, sendo necessário ainda muitos esforços na mudança deste paradigma. A respeito do acolhimento e atendimento, os adolescentes esperam que na USF, sejam ouvidos, entendidos, compreendidos, informados, e sobretudo, serem acolhidos com empatia.

**Palavras-chaves:** Adolescentes. Saúde do Adolescente. Enfermagem. Atenção primária a saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the adolescents' perception about the health care received at Family Health Units (FHU). This was a qualitative exploratory-descriptive study, carried out with 21 adolescents registered in the FHU of the 6th health region of the city of Maceió, with ages ranging from 10 to 19 years, whose testimonies were collected through a semi-structured interview. Content analysis was performed by Bardin, and after data organization and reflection about the findings, the following categories of analysis emerged: 1) Being a teenager in the context of FHU; 2) The biologist hegemonic model of health care: attendance restricted to clinical demand; and 3) The voice of the teenager: what do I expect from FHU? It is concluded that the adolescents have specific peculiarities to the age group, that under condition of their life context is exposed to risk factors potentially enhancing their vulnerabilities. The adolescent perceives the service offered by the FHU as an emergency service, unaware of the health care network, and the primary care function. The biologist attention model continues to be hegemonically perpetuated as a model of health care, and much effort is still needed to change this paradigm. Regarding reception and care, the adolescents expect that in the FHU they will be heard, understood, informed, and above all, welcomed with empathy.

**Key Word:** Adolescents. Adolescent Health. Nursing. Primary Health Care. Family Health Strategy.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	O perfil dos adolescentes que foram sujeitos da pesquisa. Maceió, 2017.....	31
<b>Quadro 2</b>	Expressões chaves geradas nos discursos de adolescentes a cerca ausência de procura pelo serviço de saúde justificado pela dependência dos pais. Maceió, 2017.....	35
<b>Quadro 3</b>	Expressões chaves geradas nos discursos de adolescentes acerca do comparecimento restrito a demanda clínica. Maceió, 2017.....	39
<b>Quadro 4</b>	Expressões chaves geradas nos discursos de adolescentes acerca da percepção do acolhimento e atendimento nas unidades básicas de saúde. Maceió, 2017.....	48

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS E SINAIS**

<b>AP</b>	Atenção Primária
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PET</b>	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
<b>PNAISA</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
<b>PROSAD</b>	Programa Saúde do Adolescente
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UFAL</b>	Universidade Federal de Alagoas
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	25
3.1	Tipo de estudo .....	25
3.2	Cenário da pesquisa.....	25
3.3	Sujeitos da pesquisa .....	26
3.4	Crítérios de inclusão dos sujeitos e cenário .....	26
3.4.1	Quanto aos sujeitos.....	26
3.4.2	Quanto ao cenário.....	26
3.5	Crítérios de exclusão dos sujeitos e cenário.....	26
3.5.1	Quanto aos sujeitos.....	26
3.5.2	Quanto ao cenário.....	26
3.6	Produções das informações .....	26
3.6.1	Aproximação dos sujeitos .....	27
3.6.2	Instrumento.....	27
3.6.3	Análise das informações e suporte teórico.....	28
3.7	Impressões e dificuldades na realização da pesquisa.....	29
3.8	Aspectos éticos .....	30
3.8.1	Submissão no comitê de ética.....	30
3.8.2	Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) .....	30
3.8.3	Medidas de proteção à confidencialidade .....	31
3.8.4	Crítérios para suspender ou encerrar a pesquisa .....	31
3.9	Análises dos riscos e dos benefícios .....	31
3.9.1	Riscos.....	31
3.9.2	Minimização dos riscos da pesquisa.....	31
3.9.3	Benefícios .....	32
3.9.4	Estratégias para alcance dos benefícios:.....	32
3.10	Destinação dos materiais e dados coletados .....	32

<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	33
4.1.	Ser adolescente no contexto da USF.....	33
4.2	O modelo biologicista hegemônico de atenção à saúde: comparecimento restrito a demanda clínica .....	40
4.3	A voz do adolescente: o que eu espero da USF?.....	50
<b>5-</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	56
	<b>REFERENCIAS</b> .....	58
	<b>APÊNDICES</b> .....	63
	Entrevista semi-estruturada .....	63
<b>ANEXOS</b> .....		64
	Termo de consentimento livre e esclarecido (T.C.L.E.) ao adolescente maior de idade	64
	Termo de consentimento livre e esclarecido (T.C.L.E.) para responsável pelo adolescente menor de idade.....	66
	Termo de assentimento livre e esclarecido (T.A.L.E.).....	68
	Comprovante de submissão de artigo .....	69
	Declaração de publicação da pesquisa.....	70
	Termo de responsabilidade e compromisso das pesquisadoras responsáveis.....	71
	Carta de autorização para realização da pesquisa .....	73

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto a percepção dos adolescentes sobre a atenção à sua saúde em Unidades de Saúde da Família (USF). O interesse em estudar esta questão surgiu a partir de observações feitas durante as atividades práticas, nas unidades de atenção primária a saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), e nas experiências vivenciadas no programa de Educação pelo trabalho (PET) - Saúde da Família (2013-2014), onde foi possível perceber a ausência de adolescentes no atendimento e na busca pelos serviços ofertados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O contato com este público se deu no exercício de busca ativa<sup>1</sup>, nas atividades educativas direcionadas ao ambiente escolar e com temáticas sobre sexualidade.

Sobre a atenção à saúde do adolescente no Brasil, cabe mencionar a existência do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989, fundamentado em uma política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PROSAD define a idade que integra o grupo dos adolescentes, que vai dos 10 aos 19 anos, por entender que nesse período ocorrem as grandes mudanças e transformações marcantes na vida do adolescente. A adolescência é um período desafiador, difícil e por vezes vivenciado com muito sofrimento. Fase de transição, tanto física como psicológica, sexual, cognitiva, além da intensificação das obrigações e exigências por parte da família e da sociedade simultaneamente, exigindo deste sujeito um agressivo ajustamento e maturação biológica (ALVES, 2009).

É importante também lembrar que essas transformações fazem com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade e as descobertas, manifestando-as muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema devido à falta de informação, de comunicação entre os familiares, tabus ou mesmo pelo fato de ter medo de assumi-la. Com isto, “a adolescência pode representar um período crítico para muitos indivíduos, fase em que vários hábitos e comportamentos são estabelecidos, arraigados e possivelmente, transferido à idade adulta, tornando-se mais difícil de serem corrigidos” (ARAÚJO, 2009).

Nesta perspectiva, por ser um período vulnerável, a experiência do adolescente vai exigir da família, dos profissionais de saúde e da educação uma atenção especial, ajudando-o

---

<sup>1</sup> A busca ativa é um termo muito usado para ação de localização de pessoas. Na USF, é muito utilizado para localização de população estratégicas.

a lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos à saúde (ARAÚJO, 2015). Os desafios enfrentados pelo adolescente geram dúvidas e muitas vezes um comportamento nunca demonstrado. A família e os profissionais que convivem com adolescente devem ter uma visão diferenciada para dar orientação no sentido de auxiliá-lo nesta transição da infância para a idade adulta sem agravos a sua vida futura (FERNANDES, 2011).

Neste mesmo contexto, Vieira (2013) e Santos e Ressel (2013) colocam que, apesar da relevância da ESF, em direção à saúde do adolescente, percebe-se, na rotina dos atendimentos das USF, baixa frequência de adolescentes no serviço e pouca oferta de ações específicas para os mesmos, mostrando que as ações voltadas à sua saúde ainda deixam a desejar.

Diante do exposto, este estudo traz as seguintes questões norteadoras: Quais fatores distanciam os adolescentes dos serviços de saúde ofertados nas USF? Qual a percepção dos adolescentes a respeito do acolhimento, atendimento e na busca pelos serviços ofertados nas USF?

É neste contexto de vivências e necessidades concretas pontuadas na literatura, que a pesquisa objetivou analisar a percepção dos adolescentes sobre a atenção à saúde recebida em Unidades de Saúde da Família.

O estudo faz-se relevante pelas contribuições científicas, visto que proporcionará o levantamento de fatores que levam ou não a participação dos adolescentes nos serviços de saúde ofertados pelas USF, contribuindo para aprimoramento da atenção de Enfermagem a saúde do adolescente.

Neste sentido, torna-se importante, pois trará à tona elementos para refletir sobre um seguro re/direcionamento das práticas de atenção à saúde do adolescente, bem como para a instituição de medidas e estratégias adequadas para promoção da saúde do adolescente, sobretudo no cenário do estudo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Considerando a adolescência como uma das fases de desenvolvimento dos indivíduos, entende-se que esta corresponde ao período de desenvolvimento marcado entre a infância e a idade adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) delimitam cronologicamente este período com a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, definindo-a como etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Apesar da delimitação defendida pelo MS, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) institui este período correspondendo a faixa etária entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2012).

A adolescência descrita como fase etária tem provocado grandes discussões de cunho jurídico. São muitas as visões, nas mais diversas áreas, sobre a capacidade do adolescente com relação a sua responsabilidade e autonomia, como por exemplo: votar, casar, obrigações, relações de trabalho e inimizabilidade perante a lei, o que têm gerado inúmeras interpretações (MORAES, 2012).

O que é bastante visível e discutido pelos mais diversos autores na literatura é que na adolescência ocorrem as modificações corporais, e que estas mudanças morfofisiológicas estão intimamente associadas ao processo de puberdade. Embora estejam associadas, estas não devem ser confundidas, pois são processos distintos. A puberdade desencadeia as transformações físicas com funções reprodutivas, culminando no amadurecimento dos órgãos sexuais e modificações de cunho biológico. Sendo que na adolescência, há uma transcendência das alterações de aspectos apenas biológicos, para psicológicos e nas representações sociais (FILIPINI, 2013).

Uma vez associadas ao processo de puberdade, pode-se pontuar que as mudanças morfofisiológicas na adolescência são desencadeadas por uma surpreendente efervescência de hormônios, tanto para mulheres como para os homens, o que desencadeia mudanças corporais significativas, surgindo os sinais distintivos no corpo de ambos os sexos e operando um desenvolvimento físico impressionante (NASIO, 2011).

Nas meninas, o estrogênio e a progesterona são os responsáveis pelo surgimento das características sexuais secundárias, estando relacionados à vida sexual e reprodutiva, como a primeira menstruação, os seios ganhando volume, a bacia alargada e a silhueta tipicamente feminina. Nos meninos, a testosterona é o hormônio responsável pelo surgimento das características sexuais secundárias, pela produção de espermatozoides e pelo aumento do

impulso sexual, constituindo germens de uma virilidade nascente, do crescimento em altura e da força física (NASIO, 2011).

Para Campagna (2006), nas adolescentes do sexo feminino as mudanças corporais surgem a partir dos oito ou nove anos, promovem mudanças no tamanho do corpo, nas suas proporções, e o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. Nos adolescentes do sexo masculino, estas mudanças corporais associadas a puberdade tem início por volta dos 11-12 anos. A priori, há um aumento do volume testicular e concomitantemente, surgem os primeiros pelos púbicos acompanhados do crescimento do pênis, primeiramente em comprimento e em seguida no diâmetro. O estirão do menino, cerca de 10 centímetros ao ano, ocorre por volta dos 14 anos. As mãos e os pés, seguidos pelos braços e pernas, têm seu estirão de crescimento anterior ao estirão do tronco e da altura, conferindo ao menino desproporcionalidade temporária, tornando-o desajeitado. Ao contrário das meninas, que acumulam gordura, os meninos desenvolvem massa muscular (FERRIANI, 2011).

Além destas importantes mudanças e necessidades físico-biológicas, a adolescência também inclui transição sob o ponto de vista psicossocial, das relações, com momentos de escolhas e decisão, mudança na imagem do corpo, de valores e estilo de vida, muitas vezes afastando-se dos padrões familiar e criando sua própria identidade (FALER et al, 2013).

Para Sprinthall e Collins (2003), também são levados em consideração a modificação das expectativas que os outros têm em relação ao comportamento e aos objetivos do futuro do indivíduo, bem como sua capacidade de raciocinar acerca do mundo, das coisas, das pessoas e das relações. Esta explosão de informações e suas próprias reações emocionais, inevitavelmente, dão origem a impressão de crise de identidade. E a evolução de suas sensações, comportamentos e decisões serão em geral influenciados em maior proporção pelas interações que desenvolve com adolescentes do seu vínculo social.

Muitas dessas modificações no comportamento dos adolescentes, quando não assistida de forma efetiva, podem sofrer influência negativa, como o aumento da exposição a fatores de riscos advindos da conjuntura social. A concepção de risco na adolescência assume uma configuração singular, na medida em que se relaciona a comportamentos perigosos como à exposição a situações de violência, drogas e precocidade das experiências sexuais (QUEIROZ, 2011).

Na perspectiva social os adolescentes são percebidos, em geral, como sujeitos que não possuem autonomia ante os seus desejos. De tal modo, são estabelecidos valores dicotômicos em relação a eles, esperando-se que sejam responsáveis por seus atos, entretanto parece não haver reconhecimento sobre a legitimidade dos seus direitos e as possibilidades decorrentes

do exercício destes, principalmente quando se trata de assuntos que envolvem a saúde e o cuidado (MARQUES, 2012).

A vulnerabilidade desta faixa etária é outra questão que faz com que ela necessite de um cuidado ainda mais amplo e sensível. Essa maior vulnerabilidade aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, pelas características psicológicas peculiares dessa fase da vida e pelo contexto social em que está inserido, coloca o adolescente numa condição de maior suscetibilidade às mais diferentes situações de risco, como infecções sexualmente transmissíveis (IST), acidentes, diversos tipos de violência, maus tratos, uso de drogas, evasão escolar, gravidez precoce, entre outros (FALER et al, 2013).

É reconhecido que a gestação precoce não pode ser qualificada de risco apenas pelo parâmetro biologicista, ou seja, múltiplos aspectos devem ser considerados como os riscos de mortalidade materna, de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Além dessas consequências físicas para a jovem e para o bebê, existem as consequências psicossociais, entre as quais a evasão escolar, reduzido acesso aos serviços de saúde, redução das oportunidades de inserção no mercado de trabalho, gerando, por vezes, insatisfação pessoal e manutenção do ciclo de pobreza (SANTOS et al., 2014).

Segundo Priotto (2009), estudos mostram que os adolescentes são mais vulneráveis aos efeitos da pobreza, da desnutrição, da violência e do descaso social, necessitando de uma atenção especial no que diz respeito ao significado que tal contexto desencadeia dentro dessa fase da vida, marcado por tantas modificações.

Por este motivo, muitas vezes quando se fala sobre adolescência, as representações que imediatamente emergem são aquelas vinculadas à noção de crise, como um problema social a ser resolvido, que merece atenção pública, especialmente em relação à promoção, prevenção e recuperação da saúde (MONTEIRO et al., 2011).

A vulnerabilidade a violências exige dos educadores e profissionais atenção e observação aos comportamentos apresentados pelo(s) adolescente(s) que, muitas vezes, já vivenciam violência no âmbito familiar, o que pode tornar-se um gerador de violência vinculado ao próprio processo de formação e as características que constituem essa fase dentro do seu contexto social (PRIOTTO, 2009).

A mortalidade da população jovem brasileira é marcada pelas causas externas, que englobam agressões, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, envenenamentos, dentre outras. A mortalidade por homicídios entre a população jovem no Brasil apresentou acentuado aumento nas últimas décadas, sendo, por isso destacada como importante indicador para nortear as propostas das políticas públicas para essa população. Nos

adolescentes entre 10 a 14 anos, os acidentes de transporte ocupam o primeiro lugar, os afogamentos, o segundo, enquanto os homicídios representam a terceira causa de morte. Já entre as faixas de 15 a 19 anos, e de 20 a 24 anos de idade, os homicídios representam a principal causa de morte superando todas as outras causas de morte violentas e todas as enfermidades (BRASIL, 2012).

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 7.592 pessoas com idade entre 12 e 18 anos foram vítimas de morte por agressão em 2012. Esse número representa na verdade uma subestimação do número real de homicídios, pois ocorre 31,3 mortes por agressão para cada 100.000 adolescentes, revelando a magnitude do problema no Brasil (UNICEF, 2014).

Os homicídios caracterizam-se como um grave problema social e de Saúde Pública, pela sua magnitude e abrangência, com impactos na área social, econômica e de saúde, afetando indivíduos, famílias e a coletividade. Também devem ser levados em consideração os anos de vida perdidos e o aumento da carga de morbidade - incapacidades, lesões, problemas crônicos, dentre outros - decorrentes das agressões não-fatais. Além disso, os jovens do sexo masculino representam a maioria das vítimas por homicídios no Brasil, o que confere à população masculina um forte fator demográfico de risco. Em 2002, o risco de uma pessoa jovem (entre 10 a 24 anos de idade), do sexo masculino, morrer vítima de homicídio era aproximadamente 14 vezes maior do que o das pessoas jovens do sexo feminino (BRASIL, 2007).

Um grande desafio das ações educativas para adolescente está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima colisão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão holística de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva, de maneira a possibilitar que os adolescentes se tornem multiplicadores do conhecimento.

Para cuidar da saúde do adolescente, valorizando sua subjetividade, torna-se necessário ouvi-los, criando espaços para discussão acerca das questões formuladas por eles. Essa concepção de cuidado traz considerações sobre o modelo de atenção fundamentado nos princípios e diretrizes 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 o enfoque na doença e na intervenção curativa (MARQUES, 2012).

Nessa perspectiva, com o foco na atenção primária, os trabalhadores de saúde tendem a se tornar mais próximos e integrados com os saberes dos adolescentes, o que deve motivar os trabalhadores a buscarem outros referenciais além dos biológicos, porquanto é reconhecido o fato de que são necessárias ações descentralizadas para a adesão a tratamentos e cuidados. Em longo prazo, essas ações estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida desses jovens (MARQUES, 2012).

Assim, as ações de cuidado embasadas pelas noções da integralidade da atenção propiciam a reorientação do planejamento de saúde para uma base populacional específica, como o adolescente, que poderá gerar a promoção da saúde com medidas gerais e a proteção com medidas específicas para a prevenção de agravos e para a realização do cuidado clínico (QUEIROZ, 2011).

Para Silva (2007), os vários processos de abordagens ao adolescente, devem trabalhar todo o tempo com suas motivações, espaços, posturas, comportamentos, dificuldades e interesses, baseados nas suas necessidades cotidianas adequadas as suas vivências, propiciando assim elementos de troca e reflexão. Nesta proposta, trazendo a este a responsabilização e participação ampla nas decisões que lhes dizem respeito, inclusive sobre a sua saúde.

Santos e Ressel (2013) referem que o confronto entre as necessidades de saúde trazidas pelos adolescentes e o que o serviço tem a oferecer poderá revelar mudanças significativas no modelo de atenção. Tais transformações são potenciais construtoras de práticas que de fato sejam efetivas, propiciando vínculo e aproximando quem oferece/presta o serviço de quem recebe.

Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) vem trazer a prioridade absoluta na atenção integral a esta faixa etária ressegurando o direito à vida e à saúde “mediante e a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência”.

O ECA reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais, e fundamenta-se na doutrina da proteção integral. A condição de “pessoa em desenvolvimento” não retira de crianças e adolescentes o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que tais direitos estendem-se aos adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medidas sócio-educativas. Eles se encontram sob a tutela do Estado, o qual passa a

ter uma responsabilidade maior ainda na proteção de sua condição física, psíquica e social, devendo garantir-lhes todos os direitos assegurados a qualquer adolescente, dentre eles o direito à saúde (BRASIL, 2017).

Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o ECA destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias como estratégia para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens. O acesso da criança e do adolescente à justiça também é reformulado a partir do Estatuto, criando-se a Justiça da Infância e Juventude no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

As Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8.080 de 19/09/90 e n.º 8.142 de 28/12/90) e todas as suas alterações ora vigentes vêm regulamentar o comando constitucional que instituiu o modelo descentralizado e universal de atenção à saúde, reconhecendo o acesso à aos serviços de saúde como um direito de todos. A participação da sociedade civil no processo de implementação e gestão do SUS é assegurada na Conferência Nacional de Saúde, realizada a cada quatro anos, e na representação paritária nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde (BRASIL, 2017).

Especificamente, no que diz respeito ao direito dessa população à saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as Leis Orgânicas da Saúde garantiram o atendimento integral ao adolescente, por intermédio do SUS, permitindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Atuando nessa lógica, o MS, ainda em 1989, criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), voltado para faixa etária de 10 a 19 anos (SOUZA; CRUZ, 2015).

O Programa Saúde do Adolescente conhecido como PROSAD foi o primeiro programa a se preocupar de forma específica com a saúde dos adolescentes, o que representou um avanço em termos de saúde pública destinada a essa população; contudo, alguns aspectos do programa foram se mostrando contraditórios em relação às diretrizes e foco de ação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996; JAGER, 2014).

O PROSAD foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde, n.º 980/GM em 21/12/1989, e foi o primeiro programa criado para intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os adolescentes de idade entre 10 e 19 anos. Nasceu para atender aos novos direitos do adolescente à saúde instituídos pelo ECA, em 1990. Teve suas diretrizes e ações revisadas em 1996 e uma finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas

em prevenção de doenças e promoção da saúde nos locais onde o Programa fosse implantado (estados, municípios, universidades, ONGs ou outras instituições). Suas ações se concentravam nos aspectos promoção da saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996; JAGER, 2014).

Gradativamente, a atenção em saúde foi descentralizada e buscou se aproximar da ideia de saúde como direito social, entendendo que os jovens são sujeitos de direitos. Nesse sentido, observou-se uma reorientação do PROSAD para a Atenção Primária (AP), através da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens (PNAISA) (BRASIL, 2010; JAGER, 2014).

A PNAISA, tem por objetivo “desenvolver um conjunto de ações com o propósito de atender os adolescentes numa visão biopsicossocial, enfatizando a promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, melhorando a qualidade de vida dos adolescentes e de suas famílias” (SOUZA; CRUZ, 2015).

Na tentativa de instituir orientações para implementação dessas ações foi construído o manual de diretrizes da PNAISA, com a perspectiva de integrar as diferentes políticas setoriais no SUS, que também respondem às necessidades de saúde das pessoas jovens, propondo uma reflexão sobre a necessidade de um modelo de atenção à saúde, integrado interfederativamente, que esteja em acordo com as especificidades de cada região de saúde, que responda às necessidades de saúde da população adolescente e jovem explícita na análise de situação de saúde, trazendo assim as diretrizes de operacionalização dessa política, os eixos prioritários de ação e as temáticas de promoção de saúde (BRASIL, 2013).

Neste documento, constam as diretrizes nacionais da política de atenção à saúde do adolescente, o fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens e a reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens (BRASIL, 2013).

No sentido de garantir o acesso desses adolescentes e jovens ao serviço de saúde, o ministério da saúde construiu um manual para fornecimento de orientações básicas para nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde que atendam integralmente este público, de forma participativa e resolutiva (BRASIL, 2007).

O ECA assegura o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir da atenção integral à saúde pode-se

intervir de forma satisfatória na implementação de um elenco de direitos, aperfeiçoando as políticas de atenção a essa população (BRASIL, 2017).

Uma estratégia que tem sido utilizada é a Caderneta de Saúde de Adolescente, masculina e feminina, que contém informações a respeito do “crescimento e desenvolvimento, da alimentação saudável, da prevenção de violências e promoção da cultura de paz, da saúde bucal e da saúde sexual e saúde reprodutiva desse grupo populacional. Traz ainda método e espaço para o registro antropométrico e dos estágios de maturação sexual, das intervenções odontológicas e o calendário vacinal” (BRASIL, 2017).

Em estudo realizado em Manaus, a respeito da caderneta do adolescente, Souza e Cruz (2015), respaldados em uma implantação de 79% dos serviços com atenção básica, consideraram que a implantação da caderneta é uma estratégia que promove tanto o acesso dos adolescentes aos serviços como se faz um instrumento facilitador nas rotinas realizadas pela AP de saúde para esse grupo etário.

O que se tem de mais recente, até o momento, em termos de políticas públicas que efetivem a atenção integral do adolescente, é o documento Proteger e Cuidar da Saúde de adolescentes na Atenção Básica. Em 2017, a partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde deste segmento, a Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens propôs este documento para auxiliar as Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família no trabalho com esse público, propondo como grandes eixos: cuidado da saúde, hábitos saudáveis e a atenção aos principais aspectos clínicos (BRASIL, 2017).

A despeito da importância da ESF rumo a atenção à saúde do adolescente, entende-se que as práticas nos atendimentos das USF com baixa frequência no serviço e pequena oferta de ações específicas, evidencia que as ações voltadas à saúde destes ainda são insatisfatórias para atender as necessidades desta população. Sabe-se que os serviços de saúde encontram dificuldades em atender adolescentes e jovens. Estes passam pelo SUS “invisibilizados”, por não serem reconhecidos em sua especificidade etária, o que acarreta uma atenção à saúde do adolescente que não considera suas particularidades e especificidades (VIEIRA, 2011).

Assim sendo, há uma carência de efetividade das políticas públicas existentes para aumentar o acesso dos adolescentes ao serviço de saúde e de “mudanças nas práticas dos profissionais da Saúde da Família sendo esses os responsáveis pelo desenvolvimento de ações que atendam às necessidades locais e às peculiaridades da atenção aos adolescentes de estratégias de captação que facilitem o acesso e potencialização das relações” (VIEIRA, 2014).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem exploratório-descritiva, pois esta trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida. Esse tipo de estudo permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos dos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MYNAIO,2007).

A fase exploratória de uma pesquisa é tão importante que ela em si pode ser considerada uma pesquisa exploratória. Compreende desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para entrada em campo (MINAYO, 2007).

Para Polit, Beck &Hungler (2006), a pesquisa descritiva tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação. A importância da abordagem descritiva para o estudo vem no intuito de esmiuçar cada detalhe, aprofundando em suas características e relações próprias do sujeito do estudo.

#### **3.2 Cenário da pesquisa**

O cenário foi composto por unidades de saúde da família do 6º distrito sanitário da cidade de Maceió-AL. Compreendem os conjuntos do 6º distrito: Benedito Bentes I, Benedito Bentes II, Bela Vista 1 e 2, Moacir Andrade, Freitas Neto, Paulo Bandeira, Selma Bandeira, Luiz Pedro, Carminha, Frei Damião, Aprígio Vilela, Caetés, Henrique Hequelman.

A escolha da delimitação espacial do 6º Distrito baseou-se no fato que estes são alguns cenários de realização das atividades práticas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFAL.

As unidades de saúde que se situam no sexto distrito sanitário da cidade Maceió-AL correspondem ao número 10 estabelecimentos assistenciais de saúde, como informado pela secretaria de saúde do município. Desta uma não está funcionando, e uma não possui ESF. Assim, totalizando o número de 08 USF participantes do estudo.

### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram 21 adolescentes cadastrados nas unidades de saúde da família, que residem nas comunidades pertencentes ao 6º distrito sanitário do município de Maceió, com faixa etária de 10 a 19 anos.

### **3.4 Critérios de inclusão dos sujeitos e cenário**

#### **3.4.1 Quanto aos sujeitos:**

Foram incluídos 21 adolescentes, do sexo masculino ou feminino, com idade entre 10 e 19 anos, cadastrados nas unidades de saúde da família do 6º distrito sanitário do Município de Maceió-AL.

#### **3.4.2 Quanto ao cenário:**

Foram incluídas oito USF.

### **3.5 Critérios de exclusão dos sujeitos e cenário**

#### **3.5.1 Quanto aos sujeitos:**

Não foi excluído adolescente por existência de incapacidade física ou cognitiva que impossibilitasse a comunicação.

#### **3.5.2 Quanto ao cenário:**

Foram excluídas do estudo 02 estabelecimentos de saúde. Um por ser casa maternal e estar sem funcionamento e outra por não possuir ESF.

### **3.6 Produções das informações**

### **3.6.1 Aproximação dos sujeitos**

Após aprovação da Plataforma Brasil, foi realizado contato com as equipes de saúde de pelo menos uma UBS com ESF em cada um dos bairros do 6º Distrito Sanitário de Maceió-AL. Neste primeiro contato, foi abordado o conteúdo da pesquisa e realizado levantamento, de adolescentes cadastrados aptos a participarem da pesquisa. A partir da disponibilidade por parte dos adolescentes foi realizada a escolha dos sujeitos da pesquisa.

Para esta aproximação com os participantes, foi realizado visita domiciliar, para uma conversa inicial onde houve: apresentação dos pesquisadores, explanação da pesquisa e sua importância, menção do interesse, justificativa da escolha do entrevistado, bem como, um convite formal e um possível consentimento por parte dos pais/responsáveis e do próprio adolescente em participar da pesquisa. Para Minayo (2007), a conversa inicial visa quebrar o gelo, perceber se o possível entrevistado tem disponibilidade para dar informações e criar um clima o mais possível descontraído de conversa.

No caso de consentimento, foi entregue e lido com os pais/responsáveis o Termo de consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE), contendo todas as informações e esclarecimentos pertinentes sobre a pesquisa, bem como seus benefícios, deixando claro possíveis riscos e a assistência do pesquisador em qualquer momento caso seja necessário.

A produção de informações foi realizada através de entrevistas por meio de um roteiro semi-estruturado com adolescentes da comunidade que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Foi agendado um momento oportuno para o encontro, de acordo com a disponibilidade do participante. Foram convidados adolescentes participantes para a pesquisa até ocorrer saturação dos dados, caracterizado pela repetição das falas.

### **3.6.2 Instrumento**

Foi aplicado como instrumento um roteiro semi-estruturado para entrevista dividido em três partes. Na primeira constaram informações sobre caracterização dos sujeitos participantes em suas especificidades dentro dos limites de inclusão da pesquisa. A segunda, contém as perguntas norteadoras que abordaram diretamente o objeto da pesquisa. E a terceira foi destinada para o encerramento do encontro, com os agradecimentos pela disponibilidade em participar da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada, por ter um apoio claro na sequência das questões, facilita a abordagem e assegura aos investigadores que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2007). Marconi & Lakatos (2013) discorrem que a

entrevista é uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, a qual proporciona ao entrevistador, verbalmente as informações necessárias.

Para Poupart (2012), as condutas sociais não podem ser compreendidas, nem explicadas, fora da perspectiva dos atores sociais, afirmando que a entrevista, seria indispensável, não somente como método para apreender a experiência dos outros, mas, igualmente como instrumento que permite elucidar suas condutas, na medida em que estas só podem ser interpretadas, considerando-se a própria perspectiva dos atores, ou seja, sentido que eles mesmos conferem às suas ações.

Nesta perspectiva, a entrevista foi realizada com os adolescentes, permitindo que estes participem da pesquisa como protagonista, de forma que os conteúdos descritos explorem o sentido, a conduta e a maneira como constroem sua realidade, de acordo com suas atividades cotidianas. Para isto, os participantes foram entrevistados em momentos agendados, de acordo com a disponibilidade, conveniência das mesmas, em ambiente confortável e com privacidade, garantindo sigilo de suas falas.

As falas foram gravadas, com dispositivo digital de áudio, e posteriormente transcritas procurando encontrar os núcleos temáticos para posterior discussão e análise do conteúdo na modalidade temática.

### **3.6.3 Análise das informações e suporte teórico**

Para a análise e interpretação dos achados, foi utilizada a análise de conteúdo, que contempla a fase de pré-análise e exploração dos dados; seguida da organização sistemática dos dados em unidades temáticas, com descrição detalhada das características pertinentes. As análises temáticas das entrevistas se desdobrarão em três etapas: 1) pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus e formulação/reformulação de hipóteses e objetivos); 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

Após o término de cada entrevista os relatos dos adolescentes foram transcritos e realizada exploração do conteúdo. De acordo com o projeto aprovado no comitê de ética os sujeitos da pesquisa seriam identificados por pseudônimos escolhidos pelos próprios voluntários. Porém, como todos os adolescentes abstiveram-se da escolha, a identificação aconteceu com código alfanumérico com o intuito de garantir o anonimato e sigilo da identidade dos adolescentes, de forma a substituir o nome destes pela letra A, em alusão ao nome adolescente, seguido de número arábico em ordem crescente (A1, A2, A3...).

Em seguida, foram realizadas leituras minuciosas e detalhadas das entrevistas para construção de blocos temáticos das falas na busca de organizar as informações coletadas, explorar e descrever com maior sistematização. Para a fase de discussão dos resultados, foram utilizados como suporte teórico os conceitos de integralidade e equidade do Sistema único de Saúde, os quais embasaram a construção da política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes.

Nesta consta como diretriz geral, que o PROSAD deverá ser executado dentro do “princípio da integralidade das ações de saúde, da necessária multidisciplinaridade no trato dessas questões e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando-se as diretrizes do SUS apontadas na Constituição Brasileira” (BRASIL, 1996).

Segundo a Lei n. 8.080/90, a integralidade de assistência deve ser “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Sobre esta perspectiva entende-se que a assistência à saúde envolve um cuidar através de ações coesas e interligadas e o incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais. Por conseguinte, compreende-se a integralidade como um dos pilares da AP, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família (SOUZA et al., 2012).

Já a equidade trata “desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida é o reconhecimento das desigualdades. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos (TEIXEIRA, 2011).

### **3.7 Impressões e dificuldades na realização da pesquisa**

Quanto à aproximação com a USF, os enfermeiros de maneira geral nos encaminharam para elencar os adolescentes juntamente com os agentes de saúde, que foi de grande valia, pois os mesmos têm maior vínculo e conhecimento da comunidade, nos direcionando na escolha e na aproximação dos mesmos.

Durante a realização da pesquisa tivemos dificuldades para encontrar os adolescentes no domicílio visto que os mesmos encontravam-se em horário escolar; dificuldade de acesso a comunidade, pois a maioria das unidades básicas pertencentes a 6º distrito sanitário encontra-se em áreas de grande periculosidade com alto número de casos de violência e tráfico; sendo necessário, em algumas unidades, auxílio do agente de saúde no convite para que os adolescentes comparecessem as unidades para realização da entrevista, ou para deslocamento com o mesmo para o domicílio; uma vez que estava previsto na pesquisa uma primeira aproximação dos mesmos para em uma segunda ocasião ocorrer à realização da entrevista.

Nas entrevistas, nos domicílios, onde encontrávamos acompanhado do agente de saúde no momento da pesquisa, foi percebido que os adolescentes ao efetuar sua resposta sempre eram indagados quanto ao posicionamento, não conseguindo um espaço de privacidade pois o local onde estava sendo realizada a pesquisa foi de escolha do adolescente.

Alguns adolescentes não aceitaram participar da pesquisa por não se sentirem preparados para falar sobre a temática central da pesquisa ou por vergonha/timidez. Houve momentos em que os adolescentes agendados para ser entrevistado na unidade não compareceram, dificultando o andamento da produção de informações. Foram encerradas as entrevistas, quando ocorreu a saturação dos dados.

### **3.8 Aspectos éticos**

#### **3.8.1 Submissão no comitê de ética**

O projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética na Plataforma Brasil e, para tanto, foram observadas as recomendações a Resolução nº 466/12, que trata dos critérios mínimos que devem ser observados para realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

O estudo respeitou as diretrizes e normas éticas previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob nº.:67423417.1.0000.5013.

#### **3.8.2 Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE)**

Após consentimento de participação os adolescentes (e/ou os pais/responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O participante ou

pai/responsável pode optar por desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem que lhe ocorresse nenhum ônus de acordo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Como os sujeitos que participaram da pesquisa podiam ter entre 10 e 19 anos, foram utilizados dois tipos de termos de consentimentos TCLE (Anexo), um que pode ser assinado pelo adolescente maior de 18 anos e outro para assinatura dos pais/responsáveis dos adolescentes com 17 anos ou menos, respectivamente. E o termo de assentimento livre e Esclarecido (TALE) (Anexo), para os adolescentes menores de 18 anos.

### **3.8.3 Medidas de proteção à confidencialidade**

A confidencialidade do estudo foi preservada, pois não haverá divulgação pública de resultados que permitam a identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.

### **3.8.4 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa**

Foi utilizado como critério para suspender à pesquisa a ocorrência de um número insuficiente de adolescentes que atendessem aos critérios de inclusão e/ou que aceitasse participar da pesquisa, fato que não ocorreu. Ou também se houvesse perda ou extravio dos arquivos onde os dados foram armazenados, bem como a verificação no decorrer das etapas da pesquisa do descumprimento de algum preceito ético.

## **3.9 Análises dos riscos e dos benefícios**

### **3.9.1 Riscos**

Os riscos foram de reviver lembranças ruins e emoções relacionadas à atenção à sua saúde, bem como a questões familiares e sociais, causando desconforto emocional dos adolescentes.

### **3.9.2 Minimização dos riscos da pesquisa:**

Foi optado pela disponibilização de uma assistência do orientador da pesquisa. Com provimento de encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da localidade. Cabe informar, que não houve necessidade deste procedimento no decorrer do desenvolvimento da pesquisa.

### **3.9.3 Benefícios**

Prevê-se a contribuição sobre aspectos referentes à atenção integral a saúde dos adolescentes visto que proporcionará respostas e a identificação dos fatores que levam ou não a participação dos adolescentes nos serviços de saúde ofertados ao adolescente nas Unidades Básicas de Saúde, colaborando para aprimoramento inclusive da assistência de Enfermagem a saúde do adolescente.

Além de propiciar discussão acerca da temática e adicionar a literatura conhecimento novo, no sentido de constituir respaldo concreto e seguro para re/direcionamento das práticas assistenciais a atenção a saúde do adolescente, bem como instituir medidas e estratégias adequadas para promoção da saúde do adolescente.

### **3.9.4 Estratégias para alcance dos benefícios:**

Publicações de artigos em periódicos relevantes, com os resultados da pesquisa, para a comunidade acadêmica na área de atenção básica a saúde do adolescente.

### **3.10 Destinação dos materiais e dados coletados**

Após a realização da pesquisa os dados coletados serão arquivados por cinco anos pela pesquisadora e posteriormente descartados. Os resultados da pesquisa serão publicados em artigos de periódicos relevantes para a comunidade acadêmica na área.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram organizados através da transcrição dos discursos gravados nas entrevistas, adotando a metodologia da análise de conteúdo. Após a organização dos dados e reflexão acerca do achados emergiram as seguintes categorias de análise: 1) Ser adolescente no contexto da USF; 2) O modelo biologicista hegemônico de atenção à saúde: comparecimento restrito a demanda clínica; 3) A voz do adolescente: o que eu espero da USF?

### 4.1 Ser adolescente no contexto da USF

A primeira categoria emerge do que se refere ao adolescente cadastrado na USF, abordando desde sua caracterização, como sua percepção frente ao seu contexto de vida e fase de desenvolvimento humano. Para melhor visualização da caracterização dos participantes, foi construído um quadro com o perfil dos adolescentes que contribuíram com a pesquisa, podendo ser visualizado no quadro a seguir:

**Quadro 1: O perfil dos adolescentes que foram sujeitos da pesquisa. Maceió, 2017.**

<b>CODICO ALFA-NUMÉRICO</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>FREQUENTA A ESCOLA</b>	<b>TRABALHA</b>	<b>TIPO DE MORADIA</b>
A1	16	Casada	E.M. incompleto	Sim	Não	Casa
A2	17	Solteiro (F)	E.M. incompleto	Sim	Não	Casa
A3	15	Solteira (S/R)	E. F incompleto	Sim	Não	Casa
A4	15	Solteira (S/R)	E. F incompleto	Sim	Não	Casa
A5	15	Solteira (N)	E.M. incompleto	Sim	Não	Casa
A6	15	Solteira (N)	E.M. incompleto	Sim	Não	Casa
A7	16	Solteira (S/R)	E. F incompleto	Não	Não	Casa

A8	18	Solteira (S/R)	E. S. incompleto	Sim	Não	Casa
A9	11	Solteira (S/R)	E. F incompleto	Sim	Não	Casa
A10	17	Solteiro (S/R)	E. F incompleto	Não	Não	Casa
A11	13	Solteira (S/R)	E. F incompleto	Não	Não	Casa
A12	15	Casada	E. F incompleto	Não	Não	Casa
A13	16	Casada	E. F incompleto	Não	Não	Casa
A14	16	Casada	E. M incompleto	Sim	Sim	Casa
A15	15	Solteiro (S/R)	E. F incompleto	Sim	Sim	Casa
A16	19	Casada	E. M. incompleto	Sim	Não	Casa
A17	12	Solteiro (S/R)	E. F incompleto	Sim	Não	Casa
A17	16	Solteiro (N)	E. F incompleto	Sim	Sim	Casa
A19	13	Solteira (N)	E. F incompleto	Sim	Não	Casa
A20	15	Solteira (S/R)	E. F incompleto	Não	Não	Casa
A21	15	Solteiro (N)	E. F incompleto	Sim	Não	Casa

<sup>1</sup>Fi: ficando com alguém; <sup>2</sup> N: namorando; <sup>3</sup> S/R: sem relacionamento; <sup>4</sup> F: feminino; <sup>5</sup> M: masculino; <sup>6</sup> EF: Ensino Fundamental; <sup>7</sup> EM: Ensino Médio; <sup>8</sup> ES: Ensino Superior. Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

Dos 21 adolescentes que participaram da pesquisa, houve um predomínio de mulheres, sendo quatorze correspondente ao sexo biológico feminino e sete adolescentes do sexo masculino. Cabe ressaltar que nenhum dos adolescentes entrevistados apontou sua identidade de gênero. Para melhor compreensão do achado, faz necessário entender que esta pode ser uma forma de ser, um jeito da pessoa se manifestar e comunicar a sexualidade. Alves (2015), afirma que a partir da identificação do sujeito com o gênero é que se concretiza a escolha da orientação sexual.

A abstenção dos adolescentes com relação a identidade nos deixou reflexiva, ao vislumbrar a adolescência como um período em que a sexualidade encontra-se aflorada, com

explosão dos hormônios sexuais. A sexualidade é efetivamente perspectivada, como uma das dimensões de mais valor e das mais motivantes nas interações humanas e na estruturação da relação com o outro, principalmente na adolescência, onde aceitação pelo outro, passa a ser critério de auto-aceitação (VAZ, 2011).

Dos 21 voluntários: 4,8% (n=1) possuem 11 anos; 4,8% (n=1) 12 anos; 9,5% (n=2) 13 anos; 38% (n=8) com maior representatividade na amostra, 15 anos; 23,8% (n=5) com 16 anos; 9,5% (n=2) 17 anos; 4,8% (n=1) 18 anos; e 4,8% (n=1) 19 anos de idade. Quando a escolaridade: 66,6% (n=14) possuem Ensino Fundamental incompleto; 28,6 (n=6) com Ensino Médio incompleto, estudando em escolas públicas e com faixa etária adequada para série; E 5% (n=1) correspondente a adolescentes cursando o Ensino Superior.

A grande preocupação, nestes dados, confere aos adolescentes que ainda cursam o ensino fundamental, com escolaridade inadequada para a faixa etária. Deste percentual que numericamente representam 14 adolescentes, cursando Ensino Fundamental incompleto, 9 adolescentes possui essa vulnerabilidade. Para o MS (2010), a escolaridade da população brasileira, é baixa e desigual, apontando esta como uma das variáveis de inserção social que fomenta a equidade social. Quando relacionado com ato de busca pelo serviço de saúde, torna-se ainda mais agravante, acoplado ao ser adolescente uma série de vulnerabilidades sociais e implicam no aumento do risco de comprometimento do bem estar dessa população frente à exposição a determinados fatores de risco.

Nesta perspectiva, a vulnerabilidade social é entendida como um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso a informação, serviço, bens culturais, exercício da cidadania, exposição à violência, condições de moradia, educação e trabalho, afetando diretamente o processo saúde-doença. Decorrentes de questões relacionadas aos comportamentos, hábitos e atitudes, resultam da interação entre as características do indivíduo e do ambiente cultural no qual está inserido (AYRES, 2009).

Nesse contexto, um dos alcances do conceito de vulnerabilidade “é dado pelo seu potencial de ampliação sobre a compreensão dos fenômenos da saúde, considerando seus determinantes e condicionantes, assim como as ações de saúde voltadas para a prevenção e controle dos agravos” (VIEIRA, 2011). No entanto, é importante reconhecer estas vulnerabilidades, dentro da realidade de cada adolescente, isto porque os fatores de vulnerabilidade não distribuem de forma homogeneia por todo território nacional e estadual, e nem mesmo no próprio município.

Nesta perspectiva os bairros, mais pobres, como os do cenário da pesquisa, são marcados pela ausência de opção de lazer e cultura, bem como espaços públicos para convívio

comunitário e pratica desportiva; dificuldades de acesso ao ensino formal, tendo muitas vezes que se deslocar para centros educacionais distantes de sua residência; e dificuldades de acesso ao serviço de saúde, o que afetará diretamente as dimensões de vida social do adolescente sociais, acentuando as desigualdades (BRASIL, 2010).

Segundo as orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde (2013) é competência da rede de atenção básica, especialmente da Estratégia Saúde da Família: Identificar, no território, os adolescentes em situação de vulnerabilidade social e pessoal, articulando as políticas sociais básicas e a sociedade para uma ampla intervenção que favoreça a melhoria da qualidade de vida e promova ações de apoio, inclusão social, proteção e garantia de direitos.

Quanto ao estado civil, cinco adolescentes referem ser casados e 16 solteiros. Dos que referiram ser casados, todos eram do sexo feminino. Sobre este resultado é possível refletir que diante de relações estáveis neste momento da vida, além da passagem da faixa etária na estruturação do futuro indivíduo adulto e suas responsabilidades, sem os cuidados necessários, muitas dessas adolescentes vivenciam gravidezes não planejadas, muitas vezes indesejada, o que pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

Esta vulnerabilidade resulta em grande número de atendimentos decorrente de aborto no SUS, bem como nos índices de óbitos maternos juvenis. Este é um problema de saúde preponderante entre mulheres jovens, em particular, entre negras e pobres, mais expostas aos riscos do aborto em condições inseguras, como também as consequências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida na situação de saúde (BRASIL, 2017).

Apenas um adolescente referiu ter renda própria, realizando a atividade remunerada, autônoma, em horário oposto aos das atividades escolares. A respeito do trabalho na adolescência, o ECA e as diretrizes de atenção integral ao adolescente (2010), determina proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, e esse direito é assegurado pelo programa de erradicação do trabalho infantil.

Se tratando dos maiores de dezesseis anos, com relação ao trabalho, na medida em que há um aumento da idade, há necessidade de emancipação financeira e auxílio na manutenção/provisão da família, levando a muitos jovens a desistirem dos estudos, passando exercer apenas atividades trabalhistas. Como consequência desta baixa escolaridade, o mercado de trabalho pode reproduzir as hierarquias sociais, sendo os jovens de classe social

mais baixa, a ocuparem posições de trabalho com baixa remuneração e profissões pouco valorizadas (BRASIL, 2010).

Dos adolescentes voluntários, todos residem em moradia do tipo casa, de alvenaria e tijolos, acompanhados de familiares, em família polinucleares e ampliadas, que em média correspondem a seis pessoas por família. A denominação família ampliada foi introduzida com a reforma do ECA, que se deu com a Lei 12.010/09 e, de acordo com o previsto no parágrafo único do artigo 25:

Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (ECA, 2009).

Nos adolescentes de 10 à 14 anos, a busca pelo serviço de saúde na USF, fica mais comprometida por sentirem-se ainda dependentes dos pais para fazerem esta aproximação com a unidade. São os responsáveis, as pessoas a refletirem e decidirem a necessidade de atenção à saúde, intermediando o comportamento de procura ao serviço. Este comportamento de autonomia reduzida, esbarra no fato que muitas vezes, os pais e/ou responsáveis, trabalham em horário comercial, que corresponde ao período de funcionamento da USF. A partir desta análise, apresenta-se um quadro síntese com as expressões chaves gerado a partir das falas dos adolescentes:

**Quadro 2- Expressões chaves geradas nos discursos de adolescentes a cerca ausência de procura pelo serviço de saúde justificado pela dependência dos pais. Maceió, 2017.**

ADOLESCENTES	EXPRESSÃO CHAVE
A2	“Porque geralmente é meus pais que marca... dentista, essas coisas. Mas eu não sou muito de frequentar a unidade não.”
A3	“É porque eu não sou muito de vim pra cá não. Quem vem mais, é a minha mãe.”
A7	“Quando a minha irmã vai... quando ela vai levar os filhos dela.”
A11	“Quando vim morar aqui, minha mãe foi no posto daqui, pra mim fazer a consulta aqui.”
A12	“Minha mãe sempre marcava pra mim.”
A17	“Eu só vou mais lá com a minha mãe mesmo.”

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

Observa-se nas falas dos adolescentes, ao apontarem a ausência de procura pelo serviço de saúde, justificado pela dependência dos pais, que os mesmos percebem-se sem autonomia e incapaz de tomada de decisão. Na maioria das vezes, o adolescente não procura o médico ou outro profissional de saúde espontaneamente. Ele é levado pelos pais, familiares ou cuidadores e, com certa frequência, contra a sua vontade. Assim, é comum defrontar-se com um jovem ansioso, inseguro, com medo, assumindo uma atitude de mais absoluto silêncio ou, pelo contrário, de enfrentamento (BRASIL, 2013).

É importante lembrar que autonomia pressupõe liberdade de ação e requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e decisões tomadas. Legalmente, via de regra, os adolescentes são pessoas, ainda em fase de conquista de sua autonomia, com autonomia reduzida. No Brasil, os menores de 16 anos de idade são considerados como absolutamente incapazes pelas normas de direito civil. E, entre 16 a 18 anos de idade, são relativamente incapazes para certos atos ou à maneira de exercê-los (CÓDIGO CIVIL, arts. 5º e 6º).

Na perspectiva da busca pelo serviço de saúde, a capacidade de tomada de decisão do adolescente deve ser avaliada especificamente, dentro da individualidade e contexto de vida de cada um, avaliando sua habilidade de comunicar-se, de compreender informações recebidas e de deliberar sobre as alternativas dadas, conforme seus valores (BRASIL, 2007). Sendo esta habilidade constatada é de direito do adolescente: privacidade no momento do atendimento, garantia de confidencialidade e sigilo, consentir ou recusar o atendimento, atendimento à saúde sem autorização e desacompanhado dos pais e informação sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2013).

No Brasil (1995), o conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, mediante resolução 41/95, inseriu como direitos dos adolescentes, a informação adequada à respeito de sua situação de saúde e de cuidados oferecidos. Neste sentido, nos serviços de saúde, os adolescentes possuem autonomia, tanto pra busca pelo serviço de saúde como para confidencialidade na atenção recebida pelos profissionais de saúde.

Nas entrevistas, também foi evidenciado, que nas adolescentes que gestaram durante esta fase de desenvolvimento, houve mudança na percepção da família e da própria adolescente quanto à autonomia, inclusive na busca pelo serviço de saúde, como pode ser observado no discurso a seguir:

“Minha mãe que marcava as coisas pra mim antes da gravidez. Eu me sentia dependente da minha mãe antes. Hoje não! Hoje eu marco tudo sozinha. Hoje eu sou dependente de mim mesmo.” (A12)

A fala deixa claro, que a percepção de gravidez e maternidade na adolescência trazem repercussões biopsicossociais essenciais e predominantemente negativas para as adolescentes que contribui para justificar intervenções por vezes punitivas, trazendo a responsabilização tanto do cuidado de si, como do cuidado do conceito da gestação, que por vezes é indesejado (TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Ser mãe adolescente faz surgir à cobrança social da maternidade. Exigi responsabilidade e maturidade, o que contrastaria com comportamento, que por vezes, irresponsável e imaturo é associado à categoria adolescente. Tal compreensão envolve questões relacionadas à imaturidade do corpo da jovem, o qual não estaria biologicamente pronto para a gestação, como envolve também, um olhar de que as gestantes adolescentes não possuem maturidade emocional e estabilidade de cunho financeira, adequada para enfrentarem os desafios da maternidade (SENA FILHO; CASTANHA, 2014).

As políticas e programas de saúde voltados para adolescentes e jovens nem sempre levam em consideração que a sexualidade é parte do desenvolvimento humano e os conceitos de amor, sentimentos, emoções, intimidade e desejo com frequência não se incluem nas intervenções de saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2006). Nesse contexto, os adolescentes e os jovens não têm reconhecimento social como pessoas sexuadas, livres e autônomas, estando submetidos a situações de vulnerabilidade, no plano pessoal, social e institucional e a interdições pessoais diversas. No entanto, começam mais cedo a vida sexual face às transformações nos padrões sócio-culturais nos comportamentos sociais e sexuais.

Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens de ambos os sexos, nesse contexto, significa assegurar, em todos os casos, as condições de escolha por ter ou não uma gravidez. Para tanto, as informações, os métodos contraceptivos e preservativos, serviços de contracepção e planejamento familiar devem ser disponibilizados, com acesso facilitado aos adolescentes que não querem engravidar ou querem planejar uma gravidez como também a atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve ser assegurada de modo irrestrito, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de modo saudável (BRASIL, 2017).

As concepções de busca pelo serviço, atendimento e acolhimento, sofrem influência da construção social da família, sendo evidenciado nas falas dos adolescentes, que referem

sua percepção do serviço ofertado pela USF, fruto das experiências vivenciadas por familiares no serviço:

“Eu ainda não passei, mas a minha mãe e minhas irmãs já passaram. Então pelo o que elas dizem do posto, já posso saber o que acontece lá...” (A10)

“Comigo não, mas com a minha mãe sim. Coisa errada que a minha mãe veio falar com a atendente aí..aí a atendente veio falar coisa com ela.” (A2)

As influências das ideias de busca pelo serviço, atendimento e acolhimento, da construção social da família, como apontado nas falas acima, é ratificado como o que encontramos na literatura: “O desenvolvimento bio-psico-social e cultural do adolescente sofre influências de sua cultura e sub-cultura, da família e dos companheiros, sendo fator mais poderoso para determinar seu comportamento” (DAVIM; GERMANO; MENEZES; CARLOS, 2009), e todos estes fatores influenciam diretamente a procura pelos serviços de saúde, aspecto que será trabalhado na próxima categoria de análise.

#### **4.2 O modelo biologicista hegemônico de atenção à saúde: comparecimento restrito a demanda clínica**

Esta categoria surgiu pois foi possível observar que os adolescentes não conhecem a unidade básica de saúde na qual estão cadastrados por desinformação e ausência de procura ao serviço, visto que neste momento de vida os mesmo sentem-se fisicamente mais saudáveis. A busca pelo serviço de saúde acontece quando os mesmos estão sintomatologicamente doentes necessitando de intervenção médica e farmacológica. E em nenhum momento as necessidades de saúde psicossociais foram citadas.

Dos adolescentes, um percentual de 43%, reconhecem a unidade de saúde na qual estão cadastrados, apontando nominalmente a USF e 57% não identificam a mesma. Também foi possível, observar que os adolescentes não identificam os serviços ofertados na USF e sua função. Esses achados agravam-se ainda mais quando relacionado ao conhecimento do serviço oferecido pela unidade especificamente ao adolescente.

Dos 21 adolescentes, 38% identificam os serviços de saúde que são ofertados nas USF na qual estão cadastrados, pontuando-os, e um percentual de 62% referem desconhecer estes serviços na USF. Apesar de ter um percentual de 38% dos adolescentes citando serviços de

saúde ofertados para adolescentes, estes ainda são limitados a atendimentos de demanda clínica.

No sentido de mensurar as falas que deram origem a esta categoria apresenta-se um quadro síntese com as expressões chaves:

**Quadro 3- Expressões chaves geradas nos discursos de adolescentes acerca do comparecimento restrito a demanda clínica. Maceió, 2017.**

ADOLESCENTES	EXPRESSÃO CHAVE
A2	“Quando tá... quando tá doente.”
A4	“Quando eu estou doente... essas coisas. Pra marcar alguma coisa... consulta ... Quando estava gripada... essas coisas. Aí eu pedi a agente de saúde para marcar.”
A5	“Quando eu estou doente, assim... quando eu estou doente”
A6	“Quando eu estou doente, na maior parte.”
A8	“Só quando eu estou muito doente.”
A9	“Quando eu estou doente.”
A10	“Quando eu estou doente.”
A11	“consulta..é...oxe é... saber o que eu tenho... tratar... fazer várias coisas.”
A13	“quando eu estou doente.”
A15	“Por estar doente.”
A16	“Quando eu estou doente.”
A17	“Quando tem que ir tomar vacina e quando eu estou doente.”
A18	“só quando eu estou doente, mas é difícil.”
A19	“porque eu não adoço... não sou de adoecer.”
A20	“Quando eu estou cansada... sem conseguir respirar... aí eu vou no posto...”

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

Em estudo com adolescentes na escola, com a investigação sobre a percepção dos adolescentes acerca da atenção à saúde e demanda dos serviços na ESF, Vieira et al. (2011), também constatou similarmente, que a procura dos adolescentes pelo serviço de saúde, ainda tem sido motivada pela doença e seus fatores associados. Viera constatou que quando os adolescentes buscam a USF são motivados principalmente pela doença e que não se sentem como parte do serviço.

Este modelo de atenção à saúde, que pode ser visualizado tanto no estudo de Vieira, com na pesquisa em questão, faz menção ao modelo hegemônico de atenção a saúde,

predominante no século passado, denominado assistencialista ou biomédico. Este é caracterizado por se centrar na cura das doenças e por baixa influência na promoção da saúde (ALVES et al, 2016). Nos adolescentes que efetuam a procura pelos serviços ofertados nas USF, a expressão desse modelo de atenção à saúde é significativamente expresso no contentamento com o processo de cuidado nos quais são medicados imediatamente mas que sobretudo são ouvidos com atenção pelo profissional que geralmente é o profissional médico, visto que é o profissional habilitado para prescrição de tratamento farmacológico, como se identifica no discurso a seguir:

“As médicas daqui são muito legais... Elas curam a gente quando a gente está doente... hoje eu vim pra descobrir umas dores que eu estou sentindo... aí eu vim pra consulta com a médica... ela passou os remédios pra eu ficar melhor”. (A15)

“vou consulta... saber o que eu tenho... tratar... fazer várias coisas.” (A11)

“Se você tem que ser atendida, você tem que falar tudo que você ta sentindo ou acha que ta sentindo pra poder ela resolver aquilo que você ta dizendo”. (A3)

“,,bem porque ela examina a pessoa direitinho, passa exame pra fazer, remédio.” (A16)

Desta forma, o serviço ofertado na USF, ainda é visto apenas como um campo de práticas médico-hospitalocêntrica. Observa-se que os adolescentes pouco utilizam o serviço de saúde e quando o fazem, a atenção é centrada apenas na doença, através de consultas médicas e odontológicas, marcação de exames e entrega de medicamentos, o que se contrapõe ao modelo de organização da assistência proposto para a ESF.

Em congruência ao modelo, os adolescentes também pontuam a busca por serviços preventivos como exames e acompanhamentos para tratamentos curativistas e de acompanhamento como pré-natal.

“...é pra fazer o pré natal. Eu frequento o posto... porque você tem que fazer exame, pra fazer consulta, pra marcar médico pro filho da pessoa.” (A4)

“...porque previne a saúde da pessoa né!? A pessoa só vai descobrir se fazer exame, se vir pro posto, né!? Descobrir as doenças. Se não vir, ficar em casa, não vai saber que tem doença.” (A4)

“Elas curam a gente quando a gente ta doente.” (A15)

A mudança do enfoque da saúde é uma das linhas norteadoras da ESF, através da substituição do modelo tradicional de atenção, voltado à cura das doenças por um modelo no qual a família interage nas diversas situações de saúde-doença. Para que a família possa ser cuidada de modo global, faz-se necessário que o cuidado aconteça antes que as situações de doença apareçam ou se agravem.

O PROSAD, tomando por referência os princípios do SUS, institui a integralidade da atenção à saúde como de grande relevância e importância para que os profissionais de saúde trabalhem com os adolescentes. No entanto o que é percebido na realidade da atenção a estes, é que o grande número de programas devem serem colocados em prática. Pois a ausência da aplicabilidade destes, somados à falta de estrutura e de recursos, torna o atendimento integral aos adolescentes, um desafio, ficando sem continuidade, restringindo-se à consultas realizada por demanda clínica (HIGARASHI; BARATIERI; ROECKER; MARCON, 2011).

O Ministério da Saúde considera fundamental que se viabilize para todos os adolescentes e jovens acesso às seguintes ações: acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes (BRASIL, 2007).

E vinculado a esta mesma linha de pensamento biologicista, que foi percebido que o comportamento de não procura pelo serviço de saúde oferecido pelas USF, no discurso de alguns adolescentes, refere o momento de vida aos quais estão vivenciando na adolescência com um amadurecimento e fortalecimento do sistema imunológico, no qual faz com que esses adolescentes sintam-se fisicamente mais saudáveis.

“Porque eu não quero mesmo. Não preciso.” (A18)

“Eu não gosto, né!? É difícil de vir aqui. Eu não gosto de vir... eu não gosto de unidade médica não.” (A2)

“Porque não me dá vontade, eu não gosto.” (A5)

“...e a não ser isso, eu não procuro mesmo.” (A8)

“Não! Eu não gosto não! Eu só venho quando eu estou doente mesmo.” (A15)

“Eu nunca fui no posto... nunca adoeci pra precisar ir no posto.” (A19)

Em avaliação da situação de saúde do adolescente, o próprio MS discorre destes como pessoas consideradas saudáveis, direcionando a atenção a esta população as questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010). Neste mesmo contexto, alguns anos depois, por meio do documento “Proteger e Cuidar da Saúde de adolescentes na Atenção Básica”, o MS discorre como que seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, do seu contexto e vida, dos hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes (BRASIL, 2017).

Em número reduzido, os adolescentes que citam os serviços de saúde ofertados na UBS para adolescentes apenas citam o atendimento médico, odontológico ou realização de exames:

“... eu acho que só atendimento médico mesmo.” (A1)

“Citologia... dentista... médico... fazer exame...” (A6)

“Ia marcar exames. Marcação de exames.” (A13)

“Pra marcar consultas, exames pra mim e pra minha filha. Dá vacina nela também.” (A12)

“Aqui eles atendem os adolescente, com dentistas, essas coisas... consulta, tem dentista... super bom aqui.” (A14)

“Acho que pra o adolescente só vacina mesmo e as consultas com o médico... enfermeira... ir no dentista... essas coisas assim.” (A16)

“...médico... enfermeiro... que consultam as pessoas.” (A19)

“Toma vacina... e vai pro médico pra consultar quando tá doente... acho que é isso.” (A20)

Faz de extrema importância destacar que a atenção a saúde do adolescente vai além do atendimento individual, em consultas pontuais. Segundo as orientações para a organização dos serviços de saúde para adolescentes e jovens (2007), as unidades de saúde devem desenvolver ações que atendam às necessidades locais e as específicas dessa população. A saber, os serviços consistem em visita domiciliar, atendimento individual, atividades em grupo para adolescentes, jovens e familiares, ações educativas e de promoção da saúde, participação juvenil e atividades intersetoriais.

Propondo com a visita domiciliar, identificação das vulnerabilidades em seu contexto de vida e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde de maneira a assegurar a continuidade da atenção a sua saúde. A visita domiciliar permite um conhecimento das necessidades e prioridades de saúde desses adolescentes inseridos na dinâmica da família (BRASIL, 2007). Neste sentido, a pesquisa foi de grande importância pois permitiu interagir com os adolescentes dentro de seu contexto de vida.

Levando em consideração o número elevado de adolescentes que apontam a busca pelos serviços de saúde nas USF quando doentes, vale ressaltar que as ações de atendimento individual ofertado nas unidades devem sair do universo de apenas consultas de cunho curativistas e específicas ao adoecimento do mesmo, para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com desenvolvimento de ações de educação em saúde; acompanhamento da imunização, escuta qualificada, diálogo aberto sobre questões de saúde, incentivo a realização de atividades físicas, culturais, lazer, formação de grupos organizados na comunidade e diálogo com a família, ações essas distantes da realidade de atenção a saúde do adolescente hoje no Brasil (BRASIL, 2007). Ainda sobre este atendimento individual, a organização dos serviços de saúde ao adolescente e jovens (2007), discorre de que haja abordagem na integralidade.

A compreensão limitada que os mesmos possuem acerca do serviço ofertado nas unidades básicas de saúde, aponta para a necessidade de melhoria de estratégias que despertem o adolescente a procurar a unidade de saúde para promoção da mesma. Existe ainda a necessidade de tornar o serviço para os adolescentes mais atrativo em meio à atenção primária, uma vez que estes adolescentes percebem as atividades distantes e sem relevância para a vida prática. Fica claro então que a linguagem e mecanismos de sensibilização utilizados com os adolescentes ainda estão longe de surtir o efeito desejado.

Os adolescentes também se confrontam com as péssimas condições de estrutura física e de escassez de recursos humanos que restringem à atenção a saúde. Foi apontada, diversas vezes, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, consistindo na principal queixa a dificuldade de marcação de consultas médicas:

“Hoje! Eu fui marcar e não estava mais marcando. Já tinha completado e não tinha mais ficha.” (A4)

“...mal, né!? Porque você sente que devia ter aquele atendimento e não tem.” (A8)

“Às vezes os médicos chegam tarde. Às vezes não dá pra pegar uma ficha pra ser atendido.” (A10)

Ainda no que se refere aos recursos para prestação do cuidado, os adolescentes apontam a falta de recursos humanos, materiais e insumos, inclusive de vacinas, como potencializados da ausência de busca pelos serviços de saúde e que qualidade da atenção oferecida ao adolescente, como podemos visualizar nas falas:

“Pra mim... eu acho que falta de número de doutores que atendem porque é esse posto aqui pra atender o conjunto todo, falta estrutura... Estrutura... falta um monte de coisa. Falta mais do que tem.” (A14)

“Olha só! Nem todas... nem todos os pontos de saúde tem um atendimento ótimo porque falta remédio... sempre tem alguma coisa faltando. Aqui mesmo veio melhorar agora depois que eu tive meu filho, porque aqui não dava vacina. Aqui tava sem vacina.” (A14)

Outro aspecto observado nas falas dos adolescentes foi que a função da USF como atenção primária a saúde e porta de entrada para o SUS não é reconhecida, reproduzindo a alusão de serviço de urgência. Nestas falas, a função da USF é entendida de forma errônea pelos adolescentes, sendo percebido que os mesmos não possuem informação adequada quando a função e os serviços ofertados, mas sobre tudo do exercício da promoção da saúde promovido pela mesma:

“Se a pessoa chega doente, cuida da pessoa... coloca soro, dá injeção... para ficar bom...” (A17)

“...eu vou lá ao posto quando eu estou sentindo alguma coisa. Algo que incomoda.” (A16)

“Hoje eu vim pra descobrir umas dores que eu estou sentindo. Aí eu vim pra consulta com a médica.” (A15)

Pra médica. Aí eu fui pra doutora. Ela atendeu, passou o remédio, né!? Normal Ela atendeu, passou o remédio, né!? Normal (A4)

“Fui fazer consulta. Pra tomar uma medicação” (A11)

“E tomo o remédio... aí eu fico boa... não precisa ir mais lá.” (A20)

Algumas vezes os adolescentes não estão conscientes de que necessita dos serviços de saúde ou não sabe que estes serviços estão disponíveis. Às vezes nem percebe as situações de

risco que está passando e que poderia buscar ajuda para problemas como os ligados à saúde sexual e reprodutiva, abuso sexual e físico, uso de drogas, violência/ brigas, entre outros. Tal percepção sinaliza algo além do modelo biomédico e revela que os adolescentes relacionam o tema a um constructo científico que se orienta pelo modelo curativistas ao referir buscar aos serviços de saúde apenas em caso de doença e/ou agravo com alteração da funcionalidade biológica (ALVES et al., 2016).

Nesse enfoque, observa-se como a saúde do adolescente precisa ser repensada no campo prático e teórico, reconhecendo-a enquanto foco de saber e de exercício profissional. É importante que o serviço reflita seu papel frente a mudança do paradigma hegemônico biologicista considerando sua responsabilidade como promotores de saúde para um fortalecimento de um modelo contemporâneo com valorização da atenção holística.

A divulgação nas unidades básicas de saúde dos serviços disponíveis aos jovens nas escolas, clubes e igrejas e a revelação de experiências inovadoras por meio de publicações impressas, eletrônicas e/ou digitais, ajudam a ampliar o acesso a informações. Além disso, a articulação dos serviços de saúde com outras instituições da área, como na organização de eventos educacionais e culturais, é uma forma estratégica para a promoção de saúde. Esses eventos propiciam um intercâmbio de conhecimentos e experiências entre profissionais e jovens, gerando novas formas de saber, capazes de fortalecer habilidades pessoais e profissionais.

Analisando as falas, também foram apontados, medos relacionados a serviço de saúde oferecido pela USF, especificamente ligados a procedimentos invasivos, sendo exteriorizado e valorizado, o sentimento negativo, através de experiências ruins relatadas pela mídia por entrevistas jornalísticas. E como não existe uma compreensão de rede atenção à saúde, e discriminações de serviços oferecidos e tecnologias viabilizadas em cada nível de atenção, a percepção é de serviço de saúde de atenção terciária:

“A médico... coisas assim... dentista, que faz errado na boca da gente... cirurgia, tudo.” (A2)

“Medo... medo de coisas que a pessoa assiste na televisão. Muita coisa errada. Aí a gente fica com medo, né!?” (A2)

Tais percepções possivelmente são ocasionadas pela ausência de informações relacionadas a função da USF, correlacionado, a ausência de serviços de educação em saúde oferecidos pelas unidades. Das USF selecionadas para a pesquisa apenas uma unidade possui

grupo ativo de educação em saúde para adolescentes. Sendo citado apenas por uma adolescente. E os mesmos não reconhecem atividades educativas como serviço de saúde:

“Tem as vezes tem aula. Aulões de capacitando os jovens. (A1)

“ Tem grupo de adolescente que ela também faz... não participei. Vou participar agora, no próximo mês, que vai ter. (A14)

Considerando as características dos adolescentes e sua relações com outros de mesmas faixa etária; reconhecendo sua identidade nos companheiros bem como respostas para suas ansiedades, é possível dizer que o atendimento em grupo constitui uma “forma privilegiada de facilitar a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências” (BRASIL, 2007).

É sob este entendimento que “as ações básicas propostas pelo PROSAD fundamentam-se numa política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação” (BRASIL, 1996). Neste sentido, o programa prioriza o planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação por parte destes de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde. São exatamente estas atividades educativas que permitirão a construção de um pensamento crítico para o almejado empoderamento do cuidado de si.

As atividades educativas citadas esporadicamente por alguns adolescentes, estavam ligadas a campanhas de vacinas, como do HPV, com busca ativa na escola, uma vez que esta é o local de maior acessibilidade a esta população:

“só aquela pra dá aquela vacina sobre o útero... aquele negócio do útero pra proteger. Foram lá na escola uma vez. Foram lá na escola pra dá a todas as meninas. Chamou cada turma pra ir...” (A6)

“Quando eu estudava no CAIC, a dentista de lá do posto ia na escola... foi no tempo que ia pra aplicar flúor.” (A16)

“O povo do posto foi lá na escola, aí mostrou que não era pra pessoa ficar descalço, tomar água gelada. Que não podia ficar na frente da geladeira; não tomar banho, tarde da noite; coisas assim...” (A17)

“Foram lá no colégio pra falar o negócio do HPV... aí deram vacina na gente menina... se não me engano, foi ano passado.” (A19)

No contexto da atenção à saúde do adolescente, há que se transcender a concepção técnica e assistencialista, burocráticas e voltadas a atender metas de programas e campanhas e alargar os horizontes de atuação, evocando habilidades educativas e relacionais, além de um corpo de conhecimentos específicos sobre o processo de desenvolvimento global do ser humano (HIGARASHI; BARATIERI; ROECKER; MARCO, 2011).

Com um olhar, na perspectiva da integralidade da atenção ao adolescente, o MS recomenda que sejam abordados nas atividades educativas temáticas como: Cidadania, projeto de vida, participação juvenil, direitos sexuais e reprodutivos, sexualidade, crescimento e desenvolvimento, relações sociais, autoconhecimento, cuidado de si, álcool, tabaco e outras drogas, violência doméstica e social, esportes e nutrição, trabalho, saúde bucal e outros temas de interesse de adolescentes (BRASIL, 2017). E com o desenvolver desta pesquisa, sugerimos que a informação dos serviços de saúde ofertados na USF seja pontuada dentro das temáticas propostas para atividades educativas.

Também foram pontuadas atividades de educação em saúde promovidas por acadêmicos da Universidade uma vez que as USF envolvidas no estudo são campos de prática da mesma:

“Foi com o pessoal da UFAL que veio fazer um aulão sobre preconceito e tal. Foi o ano passado. Aí chamaram os jovens da comunidade pra falar sobre bullying, preconceito contra homossexuais. ... hoje em dia a sociedade tem a cabeça muito fora do lugar. Ela é muito preconceituosa. E o que contribuiu foi que eu tive um aprendizado melhor sobre... sobre as coisas que estão acontecendo hoje em dia. E teve outro aulão que eu não vim. Foi do ENEM.” (A1)

Tendo em vista a importância da promoção da saúde no contexto da saúde coletiva, faz-se necessário que sejam viabilizadas e direcionadas as ações da ESF, que ultrapassem os ideais e valores dos modelos hegemônicos privatista e campanhista, ainda presentes nos serviços de saúde. Sendo assim, pode-se dizer que a ESF se configura atualmente como uma política de saúde coletiva que pode favorecer a mudança da saúde do adolescente, através da capacidade de promover atenção integral continuada baseada nos princípios do SUS. (VIEIRA, 2011). Para tanto, cabe apresentar na próxima categoria o que os adolescentes expressam sobre este assunto.

### 4.3 A voz do adolescente: o que eu espero da USF?

A análise temática, evidenciou como terceira categoria, as perspectivas de atenção a saúde, que espera o adolescente ao ser atendido em uma USF. Neste sentido, Ouvir a voz do adolescente, compreender sua percepção, sensações e sentimentos implicam em reflexões e direcionamento das práticas de atenção a saúde. É repensar sobre estratégias adequadas para atender essa população com escuta qualificada. Ao som da voz dos mesmos e relacionando o processo de vida, fase de desenvolvimento a qual se encontram, foi unânime nas entrevistas, a necessidade de serem ouvidos, entendidos, compreendidos e informados. Mas, sobretudo, de serem acolhidos com empatia.

É sob esta percepção, de necessidade de ser ouvido e entendido que foi construído o quadro de ideias centrais dessa categoria.

#### **Quadro 4- Expressões chaves geradas nos discursos de adolescentes acerca da percepção do acolhimento e atendimento nas unidades básicas de saúde. Maceió, 2017.**

<b>ADOLESCENTES</b>	<b>EXPRESSÃO CHAVE</b>
<b>A1</b>	“O atendimento é bom. O acolhimento é ótimo. Eles sempre trabalham bem com você. Sempre tão de bem com o... fazem você se sentir bem sempre. Eu acho assim da minha parte.”
<b>A2</b>	“atendimento tem dia que é bom, tem dia que não. Porque depende do atendente, né!? Da forma... da forma que ele fala com a gente, também as vezes não.”
<b>A6</b>	“Que eles lhe atendem bem, que indicam o lugar certo pra você ir, leva vacina, injeção. Se senti bem falando com a enfermeira e o médico.”
<b>A8</b>	“Pessoas que trabalham na unidade mesmo é como se elas não tivessem nem aí pra você. Ela vê lá você doente e não toma nenhum tipo de atitude pra ajudar você.”
<b>A10</b>	“Eu acho que a minha opinião é que é um atendimento moderado porque as vezes você é atendido as vezes não é. Então pra mim é moderado. É meio lá, meio cá. 50% é 50% não é, porque você chega no posto uma hora você pode ser atendido outra hora não pode.”
<b>A12</b>	“Ela trata a gente bem, tem um atendimento bom. Nunca maltrata ninguém, né!?”
<b>A13</b>	“O atendimento que eles atendem bem as pessoas e que marca sempre exame

	quando a pessoa vai. Ajuda a pessoa a fazer exames.”
<b>A14</b>	“Sinto que sou bem tratada... assim... nunca chegou um ponto de ser mal tratada, ou de soltarem piadinha comigo, nem nada... me tratam bem.”
<b>A15</b>	“Eu me sinto bem. As médicas daqui são muito legais. O atendimento aqui é bom.... bem acolhido.”
<b>A16</b>	“Assim maioria trata bem, mas... tem ignorância de alguns... a pessoa quer ser tratada bem..você fala direito e povo fala mal com você.”
<b>A17</b>	“Eles tratam bem... eles mandam a pessoa deitar... faz tudo direitinho.”
<b>A18</b>	“É tudo a mesma coisa. Meia boa, meia ruim.”
<b>A20</b>	“”Sinto... bem.. porque a médica é mais boa do posto... aí eu fico bem... me sinto bem. Escuta direitinho a pessoa..ouve a... a pessoa falar o que ta sentindo.” “Os atendentes... tratam mal a pessoa... aí eu fico brava.”

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2017.

O acolhimento “trata-se de um conjunto de ações que fazem com que o indivíduo se sinta bem recebido pelo serviço em todos os locais e momentos” (BRASIL, 2007). Nos discursos dos adolescentes, sobre o atendimento e acolhimento, demonstra que é percebido pelos adolescentes que ser bem atendido está associado ao ser escutado, compreendido, informado e esclarecido:

“Porque a gente é sempre bem atendido aqui, então não tem porque afastar os adolescentes.” (A1)

“Um acolhimento melhor.Ser atendida melhor.” (A9)

“ta precisando de doutores... que atendessem bem. Que os médicos chegue na pessoa e atenda bem.” (A17)

“Acho que seria a empatia, que é ... a empatia significa se colocar no lugar do outro. Um serviço de atendimento de qualidade. Acho que tudo melhoraria, se tivesse a empatia entre as pessoas que trabalha nos postos de saúde e a pessoa que precisa.Onde eu sentisse o que eu falei, a empatia mesmo. Se colocar no meu lugar no momento. Quando eu chegar com o problema que eu estivesse, a pessoa se colocar no meu lugar e tentar me ajudar da melhor forma.” (A8)

Com relação ao adolescente, o acolhimento na USF deve favorecer a constituição de vínculo desencadeado por um olhar humanizado entre a equipe e os mesmos. É importante entender que dentro da evolução no adolescer, o fato de ser incompreendido pelos adultos é, ao mesmo tempo, o drama e o desejo do adolescente; queixa-se da incompreensão, mas alimenta uma secreta pretensão de ser um fato indecifrável para qualquer adulto; ele tanto se

sente único, complexo e especial, como desamparado, confuso e só (DAVIM; GERMANO; MENEZES; CARLOS, 2009). Sob esta perspectiva, o adolescente que procura a unidade de saúde deve ser ouvido com atenção, receber informações, ser atendido dentro de suas especificidades e encaminhados de maneira adequada (BRASIL, 2017).

Percebe-se nestes discursos a relação entre a atenção a saúde do adolescente e a empatia no acolhimento e atendimento, pois as entrevistadas expressam em seus relatos a importância de ser acompanhada, orientada e assistida por profissionais que realmente informem sobre o assunto, evidenciando riscos e vantagens de métodos/processos e respeitando as peculiaridades de cada adolescente e suas necessidades. Cecilio (2012) aponta a escuta como “uma das tecnologias que imprime uma forma singular de cuidado, é aquela que se dá no encontro profissional com cada usuário e se dá a partir das necessidades que apresenta naquele momento singular da vida do usuário”

O Ministério da Saúde (2013), assinala que uma “atitude acolhedora e compreensiva também possibilita a continuidade de um trabalho com objetivos específicos e resultados satisfatórios no dia a dia”. O adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade. Não emite juízo de valor sobre as questões emocionais e existenciais escutadas.

Tratando-se acesso ao serviço de saúde, é fundamental que o adolescente busque o serviço e compreenda que o profissional da saúde é um mediador importante no cuidado à sua saúde. “Acreditamos que a maneira com que este adolescente é recebido no serviço de saúde pode cativá-lo ou simplesmente afastá-lo imediatamente da busca pelo atendimento” (CARBONELL; RESSEL, 2013).

Para que o adolescente sinta vontade de procurar o serviço de saúde, ele precisa se sentir como parte integrante e atuante no processo (LIMA, 2014). Promover saúde com vistas a promoção as saúde permitindo com que os adolescentes envolvidos participassem ativamente do processo, que maneira a desenvolver o empoderamento do cuidado de si. Nesta percepção de cuidado, o adolescente comporta-se de maneira autônoma, e para tanto, deve ser esclarecido, ou seja, fundamentado em informações adequadas para tomada de decisão (BRASIL, 2017).

A linguagem assume uma posição importante na construção da aproximação e comunicação com o adolescente. O Ministério da Saúde (2007) recomenda que esta seja “simples, aproximativas e compreensíveis”, direcionada com acessibilidade e de compreensão intelectual e cultural dos mesmos. Desta forma, para além da pontuação da informação, o

adolescente deve a ter compreendido, para tomada de decisão embasada em conteúdos dirigidos por pensamentos críticos.

Também é possível perceber a ansiedade mesclada com o imediatismo da faixa etária. Os adolescentes quando comparecem a unidade de saúde para serem atendidos sentem a necessidade de atendidos imediatamente sem intervalos de espera, com resolutividade imediata, além de insatisfação com o fluxo dos serviços ofertados:

“Só deveria ser mais rápido os atendimentos.” (A3)

“Porque as vezes a pessoa quer marcar alguma coisa aí não consegue. É muita gente.” (A4)

“Quando eu estou muito doente eu vou lá. Mas como o atendimento é muito demorado. Aí quando eu não estou muito doente eu acabo nem indo. Eu sei como vai ser o atendimento, aí eu acabo nem indo. Prefiro ir melhorando com o tempo mesmo.” (A8)

“Leva um processo muito grande pra você ser atendida pra o problema que você está no momento.” (A8)

“É uma demora dos atendimentos. Às vezes não é atendido. E é isso!” (A10)

“A hora que a doutora chega... quando vem chegar não tem mais graça.” (A16)

“Às vezes eu fico nervosa... sufocada lá... é muita gente... muita zuada..e ainda o povo de lá de fora...” (A20)

A respeito do acesso do adolescente na USF, considera-se importante o estabelecimento de fluxogramas que permitam representar de forma clara os serviços de saúde. Este instrumento permite uma fácil visualização das atividades desenvolvidas e curso percorrido pelo adolescente até chegar ao destino desejado (BRASIL, 2007). É bem certo, que pelo imediatismo gerado pelo desenvolvimento etário e das mudanças na conjuntura de tecnologia atual, faz-se necessário inovações neste fluxo, de maneira a atender as necessidades desta população, que é cada vez mais conectada digitalmente, e exige desta atenção adaptações ao novo estilo de vida.

A confidencialidade e sigilo são garantidos e protegidos por, lei dentro do ECA, reconhecendo com direito, que as informações obtidas no atendimento não sejam repassadas, sem consentimento do adolescente, nem mesmo aos pais ou responsáveis. Outro discurso que

não poderia deixar de retratar a respeito das falas apresentadas à pesquisa, seria a necessidade e direito de privacidade do atendimento:

“Quando a pessoa vai no posto, no outro dia todo mundo fica sabendo do que aconteceu. Eu fico meio assim de ir lá porque tem muita fofoca.”(A16)

“Muita gente daqui da rua, aí escuta qualquer coisa lá, quando chega aqui vem com outra coisa. Eu fui lá outro dia, no outro dia estava todo mundo na rua dizendo que eu estava grávida.” (A16)

A questão do sigilo é a base na qual se estabelece uma relação de confiança entre o adolescente e o profissional de saúde a prestar-lhe a atenção devida, fortalecendo o vínculo com o mesmo e estendendo-o para a unidade de saúde na qual presta serviço permitindo uma aproximação para além de consultas pontuais por demanda clínica.

O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, mas ficar ciente também das situações na qual o sigilo poderá ser rompido, o que, no entanto, ocorrerá sempre com o conhecimento dele. Essas situações estão relacionadas a riscos de vida do adolescente e de outras pessoas (BRASIL, 2013).

É possível identificar no discurso dos adolescentes a expectativa, nos casos de aplicação de terapêutica, por uma atenção a sua saúde com uma abordagem informativa e apropriada à expectativa de cada pessoa, que possibilite confiança e segurança na realização de procedimentos, com respeito a individualidade:

“Eu acho que eles deveriam passar mais segurança para os adolescentes... tipo... em caso de ... como é aquele negócio que coloca dentro assim de você? Dá mais segurança...tipo... dizer assim: Não vai doer. Dói um pouquinho e tal...” (A5)

“Lá na escola foi legal, né!? Doeu no começo, mas antes de dá, eles conversaram e disseram que era pro meu bem, e que se eu não tomasse poderia me prejudicar no futuro. Aí isso que eu me sentisse bem tomando.” (A6)

A respeito da execução de procedimentos realizados em usuários, em qualquer estabelecimento de atenção a Saúde, é mister a informação do que está sendo realizado bem como os devidos esclarecimentos necessários quando não bem compreendido. Neste sentido, o profissional de saúde deve esclarecer e incentivar que o adolescente pergunte sobre terapêuticas, a natureza dos procedimentos e sobre a existência outras opções de cuidado (BRASIL, 2017). É discorrendo desta, necessidade que os adolescentes, apontaram à cima, que esperam da USF a informação do que está sendo realizado, bem como suas vantagens, benefícios, riscos e inclusive os inconvenientes gerados na execução da terapêutica.

Contudo, devemos ressaltar, que o modelo de atenção integral, explicitado na Lei orgânica da Saúde, a saúde é entendida como um requisito para a cidadania e envolve inter-relações entre o indivíduo, a coletividade e o meio ambiente. Nesta perspectiva o profissional de saúde, na prestação da atenção à saúde do adolescente, este deve está atento não apenas as particularidades destes sujeitos, mas também a organização do serviço que lhe é prestado, construindo um plano de cuidado e atenção de maneira a adaptar o serviço para prestar-lhe o modelo mais eficaz possível de atenção (CARBONELL; RESSEL, 2013).

Por fim, pode-se dizer que o desafio para os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes, seria equacionar o direito do adolescente de receber atenção com estímulo e a compreensão da responsabilidade com sua própria saúde. O fato de um adolescente procurar o serviço de saúde em busca de atenção a sua saúde é uma oportunidade única de envolvimento e relacionamento. Se as normas estabelecidas são rígidas, dificultam ou impedem o acesso dessas pessoas, pode-se perder a oportunidade de orientação e ajuda em relação as questões referentes a sua saúde. Os profissionais em contato com os adolescentes devem estar atentos a sua demanda, considerando-se com um ser único, respeitando sua individualidade, mantendo uma postura de acolhimento, evitando postura estereotipadas ou preconceituosas (BRASIL, 2007).

## 5 CONCLUSÃO

A percepção dos adolescentes sobre a atenção a sua saúde recebida na USF é que o serviço ofertado é visto como serviço de urgência, desconhecendo a rede de atenção à saúde, bem como a função e tecnologias da atenção primária disponibilizadas pela USF. A respeito do acolhimento e atendimento, os adolescentes esperam que sejam ouvidos, entendidos, compreendidos e informados. Mas, sobretudo, de serem acolhidos com empatia.

Foi possível concluir que os adolescentes possuem peculiaridades específicas a faixa etária que sob condição de seu contexto de vida expõe-se acentuadamente a fatores de risco potencializando suas vulnerabilidades. O modelo de atenção biologicista continua sendo perpetuado de maneira hegemônica como modelo de atenção à saúde, sendo necessário ainda muitos esforços na mudança deste paradigma.

Esta realidade observada nos resultados apresentados pela pesquisa, direcionam para falhas nos serviços ofertados aos adolescentes na USF, indicando ausência e/ou dificuldade de implementação de ações a estes usuários, levando a reflexões quanto as dificuldades dos profissionais de saúde (a postura habilitadora para a atenção a saúde dessa população estratégica) e, conseqüentemente, os adolescentes enfrentam problemas que decorrem da insuficiência de políticas públicas que lhes assegurem acesso à educação e saúde de qualidade.

A mudança das práticas de atenção à saúde do adolescente certamente é uma tarefa árdua e de difícil execução, pois há uma necessidade de atravessar o universo do modelo biologicista incutido na sociedade como um todo e no próprio profissional que projeta tal imagem para a população, para o modelo de atenção integral que de fato atenda às necessidades específicas do público que se trata, de maneira a promover saúde com empoderamento do cuidado de si.

Entretanto, a grande mudança dependerá de transformações profundas no modelo de atenção ao adolescente, com divulgação e ampliação do número de serviços ofertados e com novas propostas de acolhimento, assim como a incorporação e entendimento desta necessidade pelos profissionais que compõem a equipe da ESF.

Como sugestões do estudo, pode-se apontar a necessidade de novas investigações, a respeito do dialogo com os adolescentes, de maneira a facilitar o pensamento crítico para um empoderamento do cuidado de si; sobre a empatia no atendimento e no acolhimento de maneira a fortalecer o vínculo com o adolescente; e estratégias a serem utilizadas com os

profissionais nas USF na habilitação<sup>2</sup> para atenção integral a saúde do adolescente sobre a perspectiva do acesso ao serviço, vínculo com os adolescentes, construção coletiva de propostas e processo de trabalho.

---

<sup>2</sup> Segundo dicionário Aurélio: Habilidade é cabedal de conhecimentos ou atributos que habilitam alguém ao desempenho de uma função; qualificação.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, E. C. Interfaces do Exercício da Sexualidade de Adolescentes: Caminhos na adoção de práticas mais seguras. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. (org.) **Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Martinari, 2009.

ARAÚJO, L. D.; et al. A importância do planejamento familiar e da educação sexual na escola: prevenção da gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis. **Programa Ciência na escola**, Manaus, V.3, p. 58-64, 2015.

ALVES, A. D. Interfaces do Exercício da Sexualidade de Adolescentes: Caminhos na adoção de práticas mais seguras. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. (org.) **Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Martinari, 2009.

ALVES, P.; MOTA, C. P. Identidade de gênero e orientação sexual na adolescência natureza, determinantes e perturbações. **Revista Eletrônica de Educação e Psicologia**, Viseu, n.2, p. 45-61, 2015. ISSN 2183-3990.

ALVES, M.J.H.; et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. **SANARE**, Sobral, V.15 n.02, p.37-46, Jun./Dez, 2016.

BRASIL, Ministério da saúde. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. **Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a organização de serviços de saúde**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2005.

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

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei: normas e reflexões**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Editora do Ministério da Saúde Brasília, 1. ed., 1 reimpr. 2013.

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

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Bol. Psicol**, São Paulo, v.55, n.124 jun. 2006.

CARBONELL, C. S.; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolesc. Saude**, , jan/mar Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.

COELHO, M. M. F; MIRANDA, K. C. L; GOMES, A. M. T.; SIVEIRA, L. C. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. **Revenferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2015

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012.

DAVIM, R. M. B.; GERMANO, R. M.; MENEZES, R. M. V.; CARLOS, D. J. D. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun. 2009.

FALER, C. S.; et al. Características psicossociais familiares e uso de tabaco e outras drogas relacionadas a gravidez na adolescência. **Caderno de Saúde Pública**, 2013.

FERNANDES, Eliane Aparecida Gonçalves. **Orientação sexual na escola: uma proposta de intervenção**. Paraná: Setor de ciências da saúde, Universidade Federal do Paraná, Cidade Gaúcha, 2011..

FERRIANI, M. G. C.; SANTOS, G. V. B. Adolescência: Puberdade e Nutrição. **Revista Adolescer**, Brasília, 2011.

FILIPINI, C. B.; PRADO, B. O.; FELIPE, A. O. B; TERRA, F. S. T. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, Vol. 10 nº 1 - Jan/Mar.2013.

HIGARASHI I. H. BARATIERI, T.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro, UERJ, 19(3):375-8 jul/set., 2011.

JAGER, M. E.; et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, abr./jun. 2014.

LIMA, P. V. C; et al. Saúde do adolescente – conceitos e percepções: Revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**. UFPE, v.8, n.1, 2014.

VAZ, Ana Maria Baptista Oliveira Dias Malva. **Atitudes e comportamentos dos adolescentes face à sexualidade**. Badajoz: Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología Y Antropología: 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.. Metodologia do trabalho científico. **Atlas**, São Paulo, 8 ed., 2012.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol.33, nº 3 Set. 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **HUCITEC**, São Paulo, 10ª ed., 2007.

MONTEIRO, E. M. L. M. Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.15 n.2 Abr./Jun. 2011.

MORAES S. P.; VITALLE, M. S. S. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Rev. AssocMedBras**, São Paulo, 2012.

NASIO, J. D. Como agir com uma adolescente difícil? Um livro para pais e profissionais. Tradução André Telles. **Zahar**, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, A.C. L. **Programa saúde da família: uma das estratégias do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto a vez do mestre, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. **Artmed Editora**, Porto Alegre, 5. ed. 2004.

PRIOTTO, E. P. Escola e adolescência. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. (org.) **Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Martinari, 2009.

QUEIROZ, M. V. O; LUCENA, N. B. F; BRASILA, E. G. M; GOMES, I. V. G. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011.

SANTOS, C.C; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, jan/mar 2013.

SANTOS, N. L. A. C; *et al.* Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, vol.19, 2014Rio de Janeiro,.

SENA FILHA, V. L. M.; CASTANHA, A. R. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. **Psicol. Soc.** vol.26, pp.79-88, 2014.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; REIS JÚNIOR, W. M.; SOUZA, J. N.; VILELA, A. B. A; FRANCO, T. B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2012.

SOUZA, B. L.; CRUZ, A. C. D. Implantação da Caderneta do Adolescente: relato do município de Manaus. **AdolescSaude**. Manaus, 2015.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista. Traduzido por Cristina Maria Coimbra Vieira. 3ª edição. **Fundação CalousteGulbenkian**, Lisboa, 2003.

TEIXEIRA, S. C. R., SILVA, L. W. S., & TEIXEIRA, M. A. Políticas Públicas de Atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. **Adolescência e Saúde**, 2013.

VIEIRA, R. P.; MACHADO, M. F. A. S.; BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, C. A. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **CogitareEnferm.** Out/Dez; 16(4):714-20, 2011.

VIEIRA, R.P.; GOMES, S.H.P.; MACHADO, M.F.A.S.; BEZERRA, I.M.P.; MACHADO, C.A. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico- Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , V. 22, mar.-abr. 2014.

UNICEF. Índice de homicídios na adolescência: IHA 2012. organizadores: Dorian Luis Borges de Melo, Ignácio Cano. – Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2014

UNICEF. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades . **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. – Brasília, DF : 2011.

## APÊNDICES

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PERFIL – ADOLESCENTES			
<b>PARTE I – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS:</b>			
Iniciais:		Sexo:	Gênero:
Data de Nascimento:	Idade Atual:	Cor:	Etnia:
Nº do entrevistado:	Pseudônimo:	UBS:	Bairro:
Estado Civil:	Se solteiro: ( ) Namora ( ) Fica ( ) Sem relacionamento ( ) nem uma das opções	Frequenta a escola: ( ) Sim ( ) Não	Se sim: ( ) Pública ( ) Particular
Escolaridade: ( ) Não alfabetizada ( ) 1º Grau Incompleto ( ) 1º Grau Completo ( ) 2º Grau Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) Ensino Superior Incompleto			
Trabalha: ( ) Sim ( ) Não	Se sim, qual função:	horário:	
Com quem Mora?		Tipo de moradia:	
<b>PARTE II – QUESTÕES NORTEADORAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Você conhece a unidade de Saúde Básica na qual está cadastrado?</li> <li>✓ Quais os serviços de saúde ofertados para adolescente? Conhece alguma ação de saúde ou educativa desenvolvida na unidade de saúde de seu bairro?</li> <li>✓ Quando você costuma buscar os serviços de saúde?</li> <li>✓ Se busca, como se sente quando está sendo atendido ou realizando ações desenvolvidas pela unidade?</li> <li>✓ Se não busca, quais motivos fazem com que não procure o serviço ofertado pela unidade?</li> <li>✓ Quais fatores o distancia dos serviços de saúde ofertados na sua Unidade Básica de Saúde?</li> <li>✓ Existe receio em procurar a unidade de saúde? Por quê?</li> <li>✓ Qual a opinião que você tem sobre o acolhimento e atendimento na Unidade Básicas de Saúde do seu bairro?</li> <li>✓ Gostaria de me dizer mais alguma coisa?</li> </ul>			
<b>PARTE III</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Agradecimento pela participação ressaltando sua importância para o estudo;</li> <li>✓ Marcar data e horário para leitura da transcrição para validação;</li> <li>✓ Encerrar a gravação;</li> <li>✓ Despedir-se.</li> </ul>			

## ANEXOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) AO ADOLESCENTE MAIOR DE IDADE

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”*  
(Resolução. nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu \_\_\_\_\_, tendo sido convidada pela graduanda de Enfermagem Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Laís de Miranda Crispim Costa, para participar como voluntária do estudo intitulado: **“A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).”**, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldade e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo tem por objetivo analisar a percepção dos adolescentes sobre a assistência à sua saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Que é importante pois trará à tona elementos para refletir sobre um seguro re/direcionamento das práticas assistenciais de atenção à saúde do adolescente, bem como para a instituição de medidas e estratégias adequadas para promoção da saúde do adolescente, sobretudo no cenário do estudo.
- Que o resultado que se deseja alcançar é a análise da percepção dos adolescentes sobre a assistência à sua saúde em Unidades Básicas de Saúde;
- Que esse estudo começará em Abril de 2017 e terminará em Outubro de 2017;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: o pesquisador responsável fará uma entrevista com adolescentes cadastrados na Estratégia Saúde da Família da 6<sup>a</sup> região saúde por meio de um roteiro semiestruturado;
- Que o estudo proposto oferece riscos mínimos tais como ocorrer o risco reviver lembranças ruins e emoções relacionadas à assistência à sua saúde, bem como a questões familiares e sociais, causando desconforto psicológico e emocional dos adolescentes e familiares.
- Caso ocorra os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência do orientador da pesquisa. Se necessário, providenciado encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da localidade.
- Que eu serei entrevistado(a) no local que eu escolher e que, sempre que eu desejar será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que se eu me sentir desconfortável, me emocionar ou me cansar, a entrevista poderá ser interrompida, se assim eu desejar;
- Que se eu disser que determinada fala não pode ser gravada serei atendido(a).
- Que se eu quiser ou achar melhor, poderei remarcar a entrevista para outro dia, horário e local que for da minha conveniência;

- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que autorizo a utilização das minhas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que não serei beneficiado(a) financeiramente, mas contribuirei para a produção do conhecimento científico e prática do enfermeiro;
- Que se eu vier a sofrer algum dano durante a realização da entrevista, deverei ser indenizado e para isso os pesquisadores assumirão os custos;
- Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, portanto não precisarei desembolsar nenhuma quantia.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<b>Endereço do(a) participante-voluntário(a)</b> Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Ponto de referência:	
Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal	Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) <b>CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES</b>

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Cynthia Rafaela Amaro Gonçalves  
Domicílio: Rua Novo Horizonte nº 189 Benedito Bentes 2 CEP: 57085- 782.  
Fone: (82) 9 8899-2837.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danos durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campus A.C.Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) PARA  
RESPONSÁVEL PELO ADOLESCENTE MENOR DE IDADE**

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”*  
(Resolução. n° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu \_\_\_\_\_, responsável legal pelo menor \_\_\_\_\_ que tendo sido convidado pela graduanda de Enfermagem Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves, sob orientação da Profª Dra. Laís de Miranda Crispim Costa, para participar como voluntária do estudo intitulado: **“A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).”**, recebi as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldade e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo tem por objetivo analisar a percepção dos adolescentes sobre a assistência à sua saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Que é importante pois trará à tona elementos para refletir sobre um seguro re/direcionamento das práticas assistenciais de atenção à saúde do adolescente, bem como para a instituição de medidas e estratégias adequadas para promoção da saúde do adolescente, sobretudo no cenário do estudo.
- Que o resultado que se deseja alcançar é a análise da percepção dos adolescentes sobre a assistência à sua saúde em Unidades Básicas de Saúde;
- Que esse estudo começará em Abril de 2017 e terminará em Outubro de 2017;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: o pesquisador responsável fará uma entrevista com adolescentes cadastrados na Estratégia Saúde da Família da 6ª região saúde por meio de um roteiro semiestruturado;
- Que o estudo proposto oferece riscos mínimos tais como ocorrer o risco reviver lembranças ruins e emoções relacionadas à assistência à sua saúde, bem como a questões familiares e sociais, causando desconforto psicológico e emocional dos adolescentes e familiares.
- Caso ocorram os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência do orientador da pesquisa. Se necessário, providenciado encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da localidade.
- Que ele (a) será entrevistado (a) no local que escolher e que, sempre que desejar será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;
- Que se ele (a) se sentir desconfortável, se emocionar ou se cansar, a entrevista poderá ser interrompida, se assim ele (a) desejar;
- Que se ele (a) disser que determinada fala não pode ser gravada será atendido (a).
- Que se ele (a) quiser ou achar melhor, poderá remarcar a entrevista para outro dia, horário e local que for de sua conveniência;
- Que, a qualquer momento, ele (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar este consentimento, sem que isso o traga qualquer penalidade ou prejuízo;

- Que autorizo a utilização das suas respostas, desde que para fins de pesquisa e divulgação dos resultados advindos delas;
- Que não será beneficiado(a) financeiramente, mas contribuirá para a produção do conhecimento científico e prática do enfermeiro;
- Que se ele (a) vier a sofrer algum dano durante a realização da entrevista, deverá ser indenizado e para isso os pesquisadores assumirão os custos;
- Que as informações conseguidas através de sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que os gastos da pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, portanto não precisará desembolsar nenhuma quantia.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação do menor adolescente no mencionado estudo e estando consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a sua participação implica, concordo que ele (a) participe e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO PARA QUE O MENOR PARTICIPE SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do(a) participante-voluntário(a)**

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p>	<p>Assinatura da orientadora do estudo (Rubricar as demais páginas) <b>LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA</b></p> <hr/> <p>Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) <b>CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES</b></p>
---	---

**Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Cynthia Rafaela Amaro Gonçalves

Domicílio: Rua Novo Horizonte nº 189 Benedito Bentes 2 CEP: 57085- 782.

Fone: (82) 9 8899-2837.

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danos durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C, Campus A.C.Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

## **TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.A.L.E.)**

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário e pelo responsável pela pesquisa, onde uma via fica com adolescente – participante e outra com o pesquisador)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos analisar a percepção dos adolescentes sobre a assistência à sua saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 10 a 19 anos de idade.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita no bairro onde você mora, onde os adolescente vão responder a uma entrevista, que será gravada em uma aparelho tipo celular. A entrevista é considerada segura, mas é possível ocorrer alguma emoção ou desconforto. Caso aconteça algo errado, você pode pedir para parar a entrevista.

Mas há coisas boas que podem acontecer, pois você pode ficar feliz em conversar sobre o assunto e também vai ajudar na produção do conhecimento nesta área.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

---

### **CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa **A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)**.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Entendi que eu serei informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa e também sobre cada uma das etapas do estudo.

A equipe de pesquisa tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do menor

---

Assinatura do(a) pesquisador(a)

## COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

---

Assunto: **Artigo Submetido - SGP/RAS**



Ilmo(a) Sr.(a)  
Prof(a), Dr(a) Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves

Referente ao código de fluxo: 1324  
Categoria: Artigos Originais

Mensagem:

Informamos que recebemos o manuscrito A voz do adolescente: o que eu espero da Unidade de Saúde da Família? será enviado para apreciação dos revisores para possível publicação/participação na(o) Revista Adolescência e Saúde. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número de referência apresentado acima.

Obrigado por submeter seu trabalho a(o) Revista Adolescência e Saúde

Dados de Acesso  
Usuário: Cinthia  
Senha: [REDACTED]

Atenciosamente,

Dra. Isabel Cristina Bouzas  
Editora/Publisher

Revista Adolescência e Saúde  
Boulevard 28 de Setembro 109/fundos  
Pavilhão Floriano Stoffel - Vila Isabel  
Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
CEP 20551-030

Tels.: (21) 2868-8456 / 2868-8457 - Fax: (21) 2264-2082

««« Favor não responder esta mensagem, pois ela foi gerada automaticamente pelo SGP »»»

---

## DECLARAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DA PESQUISA

Título da pesquisa: **A PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).**

Pesquisadores responsáveis: **Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves e Laís de Miranda Crispim Costa**

Os dados do estudo em questão serão considerados propriedade conjunta das partes envolvidas, não devendo ser comunicados a terceiros por uma das partes sem prévia autorização da outra parte interessada. No entanto, toma-se expresso, o comprometimento em tomar público os resultados da pesquisa, sejam eles favoráveis ou não.

Atenciosamente,

---

Profa. Dr<sup>a</sup>. Laís Miranda Crispim Costa

---

Acadêmica de enfermagem Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DAS PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS**

Nós, Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves e Laís Miranda Crispim Costa, pesquisadoras responsáveis pelo projeto “**A percepção dos adolescentes sobre a assistência em Unidades Básicas de Saúde (UBS)**”, declaramos estar cientes e que cumprimos os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaramos:

1. Assumiremos o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações;
2. Tornaremos os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; e
3. Comunicaremos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios **semestrais** ou por meio de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Prof.Enfa. Dr<sup>a</sup>. Laís Miranda Crispim Costa

Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves  
Acadêmica Enfermagem-UFAL

**DECLARAÇÃO SOBRE A DESTINAÇÃO DOS MATERIAIS E/OU DADOS  
COLETADOS**

**Título da pesquisa: “A percepção dos adolescentes sobre a assistência em Unidades Básicas de Saúde (UBS)”**

**Pesquisador responsável: Laís Miranda Crispim Costa e Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves**

Os dados obtidos no estudo mencionado serão utilizados somente para as fins de publicação em revista científica e apresentação em Congressos Acadêmicos, sem identificação dos participantes.

Atenciosamente,

Prof.Enfa. Dr<sup>a</sup>. Laís de Miranda Crispim Costa

Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves  
Acadêmica Enfermagem-UFAL