

Fatores determinantes no reconhecimento de uma fonte usual de cuidado por adolescentes brasileiros

Determinants factors in the recognition of a usual source of care by Brazilian adolescents

Maísa Mônica Flores Martins (<https://orcid.org/0000-0001-8329-614X>)¹

Níliã Maria de Brito Lima Prado (<https://orcid.org/0000-0001-8243-5662>)²

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (<https://orcid.org/0000-0002-5566-8337>)³

Rosana Aquino (<https://orcid.org/0000-0003-3906-5170>)³

Abstract *The present study aimed to analyze the demographic, socioeconomic, and health factors and risk behaviors associated with the recognition of a Usual Source of Care (USC), according to gender. This work was a cross-sectional study, based on the National Survey of School Health (2015), conducted with 100,464 Brazilian adolescents. Descriptive analyses were performed based on Pearson's χ^2 , and the prevalence ratio (PR) through logistic regression models in Stata 14 for each type of USC (Primary Health Care (PHC), Private Practice, Hospital, and Emergency), stratified by sex. Recognition of a USC was reported by 55.5% of the adolescents, 58.6% of whom were female. In the multivariate analysis, the variables that present social, economic, and risk behavior inequalities showed positive associations for USC PHC for both genders. For the other types of USC, the demographic and socioeconomic characteristics showed negative associations. The results of this study showed that PHC is the service with the highest recognition among adolescents in conditions of social vulnerability. This reinforces the need to consolidate the PHC in order to favor the health care of adolescents, establishing bonds and improving access to health actions.*

Key words *Quality Indicators, Health Care, Adolescent, Primary Health Care*

Resumo *Objetivou-se analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados (FUC). Estudo transversal, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015) realizado com 100.464 adolescentes brasileiros. Realizou-se análises descritivas através do χ^2 de Pearson, e a razão de prevalência (RP) através dos modelos de regressão logística no Stata 14 para cada tipo de FUC (APS, Consultório Particular, Hospital e Emergência), estratificado por sexo. O reconhecimento de uma FUC foi referido por 55,5% dos adolescentes, sendo 58,6% do sexo feminino. Na análise multivariada, as variáveis que apresentam desigualdades sociais, econômicas e de comportamento de risco demonstraram associações positivas para a FUC APS, para ambos os sexos. Para os demais tipos de FUC, as características demográficas e socioeconômicas quando associadas apresentaram associações foram negativas. Os resultados deste estudo mostraram que a APS é o serviço com maior reconhecimento dos adolescentes em condições de vulnerabilidade social. O que reforça a necessidade de consolidação da APS a fim de favorecer a atenção à saúde dos adolescentes, no estabelecimento de vínculo e na melhoria do acesso às ações de saúde.*

Palavras-chave *Indicadores de Qualidade, Assistência à Saúde, Adolescente, Atenção Primária à Saúde*

¹ Universidade do Estado da Bahia. R. Silveira Martins 2555, Cabula. 41150-000 Salvador BA Brasil. maisamonica@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador BA Brasil.

³ Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. Salvador BA Brasil.

Introdução

A adolescência representa um momento estratégico para investir em uma atenção integral, baseada em ações de promoção da saúde^{1,2}, que deve ir além de prevenção de comportamentos de risco, envolvendo aspectos relacionados à satisfação pessoal, qualidade de vida, proteção contra uso de drogas e violência, desenvolvimento de aspectos sociais, e acesso a serviços básicos, como, saúde, moradia, educação e lazer³.

Diante das especificidades apresentadas por este grupo populacional faz-se necessário a construção de uma relação de vínculo e confiança entre os adolescentes e serviços de saúde⁴. Neste sentido, a organização dos serviços de saúde deve oferecer uma escuta ativa, acolhedora, que favoreça a procura regular de cuidados⁵.

Face à complexidade do tema e das necessidades apresentadas por este grupo etário, a disponibilidade de uma fonte usual de cuidados (FUC) possibilita a existência do registro de informações dos indivíduos, o que facilita o diagnóstico e tratamento mais acurados, bem como, o reconhecimento das necessidades e problemas de saúde^{6,7}. Uma FUC é definida como a existência de um profissional ou um local de saúde específico para os indivíduos se consultarem quando estiverem doentes ou necessitando de aconselhamento sobre sua saúde^{8,9}.

Ter uma FUC como um serviço de atenção primária pode garantir uma atenção mais adequada para a população⁵, e está associado ao aumento do uso dos serviços preventivos¹⁰⁻¹², e redução das urgências e emergências¹³. Além disso, a questão de confidencialidade é determinante para o paciente se sentir mais confortável em relatar informações relevantes e aderir às recomendações^{6,14}. Caso não haja este vínculo longitudinal, a atenção à saúde para os cuidados preventivos pode ser reduzida para os adolescentes¹⁵.

Os estudos evidenciam uma maior prevalência de reconhecimento da FUC por adolescentes mais jovens¹⁴, o que pode ser explicado pela associação entre a existência de uma FUC pelos pais com a disponibilidade e o reconhecimento pelos filhos¹⁶. Com relação ao tipo de FUC, aqueles adolescentes com menos condições financeiras e pais com baixa escolaridade foram mais propensos a referir os serviços de emergência como sua FUC¹⁷.

No Brasil, um estudo de abrangência nacional destacou altas taxas de reconhecimento de uma FUC pela população, sendo que mais de um terço têm a APS, como sua fonte de cuidados¹⁸, o que

demonstra a importância do fortalecimento da APS, através da consolidação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁹, cumprindo sua função de ordenadora e coordenadora do sistema de saúde, além de solucionar boa parte dos problemas de saúde de uma dada população²⁰.

As diferenças entre os sexos têm sido destacadas em estudos na literatura, tanto para o reconhecimento de uma FUC^{14,15,17,21,22}, bem como, para a exposição a fatores de risco²³⁻²⁶, uma vez que a exposição a determinados fatores não afeta de forma homogênea os milhões de adolescentes brasileiros²⁷.

Ante a tais considerações, este estudo objetiva analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma FUC, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), disponíveis no site do IBGE e de domínio público²⁸. A PeNSE é um inquérito periódico, realizado por meio do convênio celebrado com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de uma amostragem probabilística de escolares brasileiros, com o objetivo de conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde desse grupo populacional.

A população do estudo foi constituída por adolescentes participantes da terceira edição do PeNSE realizada em 2015, matriculados no 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas, situadas nas áreas urbanas e rurais de todo o território nacional²⁹. Participaram um total de 102.301 estudantes da amostra 1 do estudo, sendo registrados 102.072 questionários válidos. Para o presente estudo, foram excluídos 1.608 adolescentes que não responderam à pergunta sobre o reconhecimento de uma FUC, resultando em uma amostra de 100.464 adolescentes brasileiros, em 3.040 escolas e 203 estratos de alocação.

Para a seleção da amostra utilizou-se a relação das escolas de ensino fundamental listadas no Censo Escolar de 2013 realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)²⁹.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para fornecer estimativas de prevalências

em cada estrato geográfico (municípios das capitais, Distrito Federal, e outras unidades da federação), com um erro de aproximadamente 3% ao nível de confiança de 95%, considerando uma prevalência de 50%, sendo o primeiro estágio da amostragem constituído das escolas, e o segundo estágio, das turmas elegíveis nas escolas selecionadas do 9º ano do ensino fundamental^{29,30}. As especificações de como foi realizado o processo amostral considerando a estratificação do território e uma amostra por conglomerado encontra-se disponível no livro *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015*²⁹.

As seguintes variáveis foram utilizadas para compreender o objeto de pesquisa, o reconhecimento de ter uma FUC por escolares brasileiros.

A variável FUC foi construída a partir das questões da PeNSE: “Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” e “Nos últimos 12 meses, qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência?”. Foi considerado como ter uma FUC nos casos em que o indivíduo respondeu afirmativamente a primeira pergunta e referiu o tipo de serviço na segunda questão, exceto quando foi referido que sempre procurava uma farmácia, sendo considerado como não ter uma FUC.

O tipo de serviço de saúde que o indivíduo referiu ter procurado com mais frequência, nos últimos 12 meses, foi classificado em: a) Atenção Primária à Saúde (APS); b) Consultórios médicos particulares, englobando as alternativas (Consultório médico particular e clínica particular); c) Hospital e d) Emergência, englobando as alternativas (Pronto-socorro, emergência ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA)). Todas as variáveis foram definidas como *dummys*, tendo como respostas “Sim” ou “Não”.

As variáveis independentes utilizadas na análise foram organizadas em dois blocos:

a) *Aspectos sociodemográficos e econômicos*: Faixa etária (≤ 14 anos, 15 a 19 anos); Raça/cor (Preto, Pardo, Amarelo e Indígena, Branco); Trabalho remunerado (Não, Sim); Defasagem Escolar (Não, Sim); Escolaridade materna (Até o ensino médio incompleto, Ensino médio completo ao superior completo); Dependência Administrativa da Escola (Privada, Pública).

b) *Hábitos comportamentais e Condições de saúde*: Tabagismo nos últimos 30 dias (Não, Sim - ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos 30 dias); Uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc.) (Não, Sim - ter

usado drogas ilícitas pelo menos um dia nos últimos 30 dias); Uso de álcool nos últimos 30 dias (Não, Sim - ter consumido pelo menos um copo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias); Relação Sexual (Não, Sim); Última relação sexual desprotegida (Não, Sim - ter praticado a última relação sexual sem camisinha); Violência física nos últimos 12 meses (Não, Sim); Violência sexual nos últimos 12 meses (Não, Sim); Considera estado de saúde (Regular/Ruim/Muito ruim, Bom/Muito bom); Satisfação da Imagem Corporal (Indiferente/Insatisfeito/Muito insatisfeito, Satisfeito/Muito satisfeito).

Foi realizada análise descritiva do reconhecimento de uma FUC segundo as variáveis independentes, com apresentação de suas correspondentes frequências absolutas e relativas, mensuradas pelo teste χ^2 de Pearson. Além disso, foi realizada uma análise descritiva entre FUC e as variáveis independentes, estratificada por sexo. Essas análises bivariadas foram calculadas através do teste χ^2 de Pearson, considerando a estrutura de conglomerados dos dados. A análise foi realizada com base no comando *svy*. Para todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância.

A magnitude da associação entre o reconhecimento do tipo de FUC e as variáveis independentes foi estimada através da razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), por meio de um modelo de regressão logística, estratificado por sexo.

Para definição da modelagem multivariada, inicialmente foi realizada uma análise de colinearidade. Após esta etapa, para realização do diagnóstico do modelo todas as variáveis pré-selecionadas foram incluídas no modelo, através dos critérios de Informações bayesiana de Akaike e Schwarz, verificou-se que o modelo melhor ajustado, foi o modelo completo. O cálculo das RP foi estimado através do modelo de regressão logística, por meio do uso do pacote *adjrr* do software Stata 14. Todas as análises foram realizadas usando Stata versão 14, com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa, levando em consideração o efeito dos conglomerados (escolas), sendo utilizado o fator de ponderação amostral, em função das especificidades do processo de amostragem.

Este estudo, por tratar de dados de domínio público (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-desau-de-do-escolar.html?=&t=microdados>), não foi necessário a submissão para apreciação de um comitê de ética. A PeNSE 2015 foi aprovada na

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CO-NEP), do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer CONEP nº 1.006.467, de 30 de março de 2015.

Resultados

Foram elegíveis para o estudo, 100.464 adolescentes escolarizados. Destes, 55.783 (55,5%) referiram reconhecer uma FUC. Foram observadas maiores proporções entre os indivíduos do sexo feminino (58,6%), na faixa etária menor ou igual a 14 anos (56,5%) e raça/cor autorreferida branca (57,8%) (Tabela 1).

Com relação às características socioeconômicas dos adolescentes e familiares, verificou-se a maior referência de FUC entre adolescentes que não trabalhavam (55,1%), não apresentavam defasagem escolar (55,4%), com mães com escolaridade de ensino médio a ensino superior completo (62,1%), e entre estudantes de escolas privadas (67,7%). Quanto aos comportamentos e exposição a situações de risco, a proporção dos adolescentes com uma FUC foi maior entre aqueles que não fizeram uso de tabaco (55,2%), fizeram uso de drogas ilícitas (56,7%), e de bebida alcoólica (57,3%), nos últimos 30 dias; nunca tiveram relações sexuais (55,2%), tiveram a última relação sexual desprotegida (57,6%), sofreram violência física (61,2%) e violência sexual (63,4%) nos últimos 12 meses (Tabela 1).

No que diz respeito às características de saúde, a proporção de adolescentes com FUC foi maior entre os que referiram que sua saúde era regular/ruim ou muito ruim (55,2%), e que eram indiferentes/insatisfeitos ou muito insatisfeitos quanto a imagem corporal (57,7%). Diferenças estatisticamente significantes a um valor de *p* de 5% foram observadas para as variáveis, sexo, faixa etária, raça/cor, defasagem escolar, escolaridade materna, dependência administrativa, uso de álcool nos últimos 30 dias, relação sexual desprotegida, violência física e violência sexual nos últimos 12 meses, e satisfação com a imagem corporal (Tabela 1).

Na análise de prevalência no reconhecimento de uma FUC, estratificado por sexo, observa-se diferenças estatisticamente significantes para ambos os sexos, para as seguintes características: idade mais jovem, raça/cor branca, maior escolaridade materna, estudante de escola privada, relação sexual desprotegida, e ter sofrido violência física nos últimos 12 meses. Dentre as variáveis que apresentaram diferenças estatística-

mente significantes apenas para os adolescentes do sexo masculino, destaca-se as seguintes características: não apresentar defasagem escolar, ter sofrido violência sexual nos últimos 12 meses, e indiferente a muito insatisfeito com a imagem corporal, enquanto entre as adolescentes do sexo feminino, verificou-se diferenças apenas para a início da prática sexual (Tabela 1).

As Tabelas 2 e 3 apresentam os modelos de regressão logística multivariado por tipo de FUC, estratificados por sexo.

Em relação ao reconhecimento de uma FUC APS, as variáveis que se associaram positivamente em ambos os sexos foram: raça/cor preto/pardo/amarelo ou indígena (RP: 1,13; IC95%: 1,08-1,18, sexo masculino e RP: 1,14; IC95%: 1,09-1,19, sexo feminino), ter mães com menor nível de escolaridade (RP: 1,26; IC95%: 1,21-1,32, sexo masculino e RP: 1,34; IC95%: 1,28-1,39, sexo feminino), ser estudante de escolas públicas (RP: 2,67; IC95%: 2,46-2,89, sexo masculino e RP: 2,88; IC95%: 2,66-3,11, sexo feminino) e referir a última relação sexual desprotegida (RP: 1,20; IC95%: 1,12-1,28, sexo masculino e RP: 1,11; IC95%: 1,03-1,20, sexo feminino). Apenas entre os adolescentes do sexo masculino, observou-se associação positiva com ter sofrido violência física nos últimos 12 meses (RP: 1,06; IC95%: 1,01-1,12), ter sofrido violência sexual nos últimos 12 meses (RP: 1,19; IC95%: 1,08-1,31), e entre as adolescentes do sexo feminino, realizar trabalho remunerado (RP: 1,08; IC95%: 1,02-1,15) e apresentar defasagem escolar (RP: 1,09; IC95%: 1,02-1,16). Menores probabilidades de reconhecer uma FUC APS foram observadas entre os adolescentes de ambos os sexos que referiram indiferença a muita insatisfação com a imagem corporal (RP: 0,88; IC95%: 0,82-0,94, sexo masculino e RP: 0,87; IC95%: 0,83-0,91, sexo feminino), e estado de saúde regular a muito ruim (RP: 0,92; IC95%: 0,88-0,97, sexo masculino e RP: 0,95; IC95%: 0,91-0,99, sexo feminino), e entre as adolescentes do sexo feminino que referiram tabagismo nos últimos 30 dias (RP: 0,85; IC95%: 0,77-0,94) (Tabelas 2 e 3).

Para a análise do reconhecimento da FUC Consultório Médico Particular, as variáveis que associaram positivamente em ambos os sexos estão relacionadas a diferentes comportamentos de risco. Para o sexo masculino, destaca-se: ter praticado a última relação sexual desprotegida (RP: 1,24; IC95%: 1,13-1,37), ter sofrido violência física nos últimos 12 meses (RP: 1,10; IC95%: 1,03-1,17) e violência sexual nos últimos 12 meses (RP: 1,21; IC95%: 1,05-1,39), e para o sexo feminino,

Tabela 1. Prevalência do reconhecimento de um Fonte Usual de cuidado segundo características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, estratificada por sexo. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

Variáveis	Amostra		Fonte Usual de Cuidado						
	N	%	N	Sim (%)	Valor de p	Masculino		Feminino	
						Sim (%)	Valor de p	Sim (%)	Valor de p
Sexo					0,00				
Masculino	48.232	48,0	48.232	51,4					
Feminino	52.232	52,0	52.232	58,6					
Faixa etária					0,00		0,00		0,01
11 a 14 anos	67.937	67,6	67.937	56,5		53,3		59,2	
15 a 19 anos	32.527	32,4	32.527	51,9		47,9		57,0	
Raça/cor					0,00		0,00		0,00
Preto/Pardo/Amarelo e Indígena	67.099	66,8	67.099	53,6		50,0		56,9	
Branco	33.272	33,2	33.272	57,8		53,6		62,0	
Trabalho remunerado					0,91		0,08		0,66
Não	87.842	87,5	87.842	55,1		51,0		58,5	
Sim	12.565	12,5	12.407	55,0		52,9		59,1	
Defasagem escolar					0,00		0,00		0,29
Não	88.150	87,8	88.150	55,4		51,9		58,5	
Sim	12.296	12,2	12.296	52,9		47,8		59,8	
Escolaridade da mãe					0,00		0,00		0,00
Até ensino médio incompleto	35.516	47,0	35.516	53,5		49,7		56,7	
Do ensino médio ao superior completo	40.138	53,0	40.138	62,1		58,1		66,0	
Dependência administrativa da escola					0,00		0,00		0,00
Privada	20.722	20,6	20.722	67,7		64,7		70,6	
Pública	79.742	79,4	79.742	53,0		49,1		56,6	
Tabagismo nos últimos 30 dias					0,31		0,67		0,28
Não	95.137	94,7	95.137	55,2		51,4		58,7	
Sim	5.282	5,3	5.282	53,6		50,5		56,7	
Uso de drogas nos últimos 30 dias					0,29		0,12		0,99
Não	96.603	96,2	96.603	55,0		51,2		58,6	
Sim	3.835	3,8	3.835	56,7		55,1		58,6	
Uso de álcool nos últimos 30 dias					0,00		0,00		0,10
Não	78.140	77,8	78.140	54,4		50,5		58,2	
Sim	22.249	22,2	22.249	57,3		54,3		59,8	
Relação sexual					0,68		0,89		0,01
Não	72.232	72,0	72.232	55,2		51,4		58,1	
Sim	28.040	28,0	28.040	54,9		51,5		60,8	
Última relação sexual desprotegida					0,00		0,00		0,00
Não	91.051	91,6	81.719	54,6		50,4		58,0	
Sim	8.330	8,4	18.627	57,6		54,5		62,9	
Sofreu violência física nos últimos 12 meses					0,00		0,00		0,00
Não	82.220	82,0	82.220	53,8		49,5		57,7	
Sim	17.996	18,0	17.996	61,2		59,6		63,0	
Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses					0,00		0,00		0,14
Não	96.248	96,0	96.248	54,8		50,8		58,5	
Sim	4.055	4,0	4.055	63,4		66,2		61,2	
Considera o estado de saúde					0,90		0,88		0,13
Regular a muito ruim	71.744	71,5	28.625	55,2		51,3		57,8	
Bom/Muito bom	28.625	28,5	71.744	55,1		51,4		59,0	
Satisfação da imagem corporal					0,00		0,00		0,34
Indiferente a Muito insatisfeito	17.846	19,9	17.846	57,7		54,6		59,1	
Satisfeito	71.676	80,1	71.676	54,0		50,2		58,2	

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015.

Tabela 2. Estimativas usando modelos de Regressão Logística para a associação entre as variáveis dependentes de Tipos de FUCs (APS, Consultório médico particular, Hospital e Emergência) e as variáveis segundo as características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, segundo o sexo masculino. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

Variáveis	Tipo de FUC							
	Atenção Primária à Saúde		Consultório Médico Particular		Hospital		Emergência	
	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Faixa etária								
15 a 19 anos	1,01	(0,96-1,06)	0,91*	(0,85-0,98)	0,85*	(0,75-0,97)	1,02	(0,83-1,27)
Raça/cor								
Preto/Pardo/Amarelo e Indígena	1,13*	(1,08-1,18)	0,85*	(0,81-0,90)	0,94	(0,86-1,04)	1,01	(0,85-1,21)
Trabalho remunerado								
Sim	1,04	(0,99-1,09)	0,98	(0,91-1,05)	1,00	(0,88-1,14)	1,11	(0,89-1,39)
Defasagem escolar								
Sim	1,04	(0,98-1,11)	0,96	(0,86-1,06)	1,11	(0,94-1,31)	0,89	(0,66-1,19)
Escolaridade da mãe								
Até ensino médio incompleto	1,26*	(1,21-1,32)	0,63*	(0,59-0,67)	0,75*	(0,67-0,83)	0,85	(0,70-1,01)
Dependência administrativa da escola								
Pública	2,67*	(2,46-2,89)	0,37*	(0,35-0,39)	0,66*	(0,60-0,74)	1,12	(0,90-1,39)
Tabagismo nos últimos 30 dias								
Sim	0,99	(0,90-1,09)	0,97	(0,84-1,12)	0,99	(0,78-1,27)	0,74	(0,49-1,13)
Uso de drogas nos últimos 30 dias								
Sim	0,92	(0,82-1,03)	1,05	(0,91-1,22)	0,66*	(0,49-0,90)	1,98*	(1,35-2,91)
Uso de álcool nos últimos 30 dias								
Sim	0,96	(0,90-1,01)	1,03	(0,96-1,11)	1,10	(0,98-1,24)	1,11	(0,89-1,39)
Relação sexual								
Sim	0,95	(0,89-1,01)	0,94	(0,85-1,03)	0,78*	(0,66-0,92)	0,63*	(0,46-0,87)
Última relação sexual desprotegida								
Sim	1,20*	(1,12-1,28)	1,24*	(1,13-1,37)	1,18	(0,99-1,40)	1,35	(0,98-1,86)
Sofreu violência física nos últimos 12 meses								
Sim	1,06*	(1,01-1,12)	1,10*	(1,03-1,17)	1,41*	(1,27-1,58)	1,48*	(1,21-1,81)
Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses								
Sim	1,19*	(1,08-1,31)	1,21*	(1,05-1,39)	0,79	(0,59-1,06)	0,82	(0,51-1,33)
Considera o estado de saúde								
Regular a muito ruim	0,92*	(0,88-0,97)	0,89*	(0,84-0,96)	1,10	(0,98-1,22)	1,28*	(1,06-1,55)
Satisfação da imagem corporal								
Indiferente a Muito insatisfeito	0,88*	(0,82-0,94)	1,05	(0,97-1,13)	0,90	(0,78-1,02)	1,13	(0,89-1,42)

*Corresponde aos valores com diferenças estatisticamente significantes.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015.

o uso de álcool nos últimos 30 dias (RP:1,16; IC95%:1,10-1,23). Menores probabilidades de reconhecer uma FUC Consultório Médico Parti-

cular foram observadas entre os adolescentes de ambos os sexos, como: idade de 15 a 19 anos (RP: 0,91; IC95%: 0,85-0,98, sexo masculino e RP:

Tabela 3. Estimativas usando modelos de Regressão Logística para a associação entre as variáveis dependentes de Tipos de FUCs (APS, Consultório médico particular, Hospital e Emergência) e as variáveis segundo as características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, segundo o sexo feminino. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

Variáveis	Tipo de FUC							
	Atenção Primária à Saúde		Consultório Médico Particular		Hospital		Emergência	
	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Faixa etária								
15 a 19 anos	1,05*	(1,00-1,10)	0,93*	(0,87-0,99)	0,94	(0,84-1,06)	1,07	(0,89-1,29)
Raça/cor								
Preto/Pardo/Amarelo e Indígena	1,14*	(1,09-1,19)	0,85*	(0,81-0,89)	0,97	(0,88-1,06)	0,94	(0,81-1,08)
Trabalho remunerado								
Sim	1,08*	(1,02-1,15)	1,01	(0,93-1,10)	1,14	(0,99-1,31)	0,71*	(0,54-0,94)
Defasagem escolar								
Sim	1,09*	(1,02-1,16)	1,03	(0,93-1,14)	1,03	(0,87-1,22)	0,79	(0,59-1,06)
Escolaridade da mãe								
Até ensino médio incompleto	1,34*	(1,28-1,39)	0,58*	(0,55-0,61)	0,88*	(0,81-0,97)	0,72*	(0,62-0,84)
Dependência administrativa da escola								
Pública	2,88*	(2,66-3,11)	0,38*	(0,37-0,41)	0,82*	(0,74-0,91)	1,17	(0,97-1,40)
Tabagismo nos últimos 30 dias								
Sim	0,85*	(0,77-0,94)	0,93	(0,81-1,06)	1,02	(0,82-1,27)	0,91	(0,64-1,29)
Uso de drogas nos últimos 30 dias								
Sim	0,93	(0,83-1,05)	1,07	(0,93-1,23)	0,81	(0,62-1,07)	1,29	(0,89-1,86)
Uso de álcool nos últimos 30 dias								
Sim	0,97	(0,93-1,02)	1,16*	(1,10-1,23)	1,12*	(1,01-1,24)	1,07	(0,90-1,27)
Relação sexual								
Sim	1,05	(0,98-1,13)	0,96	(0,87-1,07)	0,86	(0,71-1,04)	1,17	(0,89-1,54)
Última relação sexual desprotegida								
Sim	1,11*	(1,03-1,20)	1,08	(0,96-1,21)	1,27*	(1,04-1,55)	0,98	(0,73-1,32)
Sofreu violência física nos últimos 12 meses								
Sim	1,03	(0,98-1,08)	0,96	(0,90-1,02)	1,10	(0,99-1,23)	1,62*	(1,38-1,90)
Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses								
Sim	1,07	(0,98-1,16)	0,87*	(0,76-0,99)	1,24*	(1,03-1,50)	0,90	(0,65-1,26)
Considera o estado de saúde								
Regular a muito ruim	0,95*	(0,91-0,99)	1,00	(0,95-1,05)	1,20*	(1,10-1,31)	1,53*	(1,33-1,77)
Satisfação da imagem corporal								
Indiferente a Muito insatisfeito	0,87	(0,83-0,91)	0,96	(0,92-1,01)	0,98	(0,89-1,07)	1,03	(0,88-1,20)

*Corresponde aos valores com diferenças estatisticamente significantes.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015.

0,93; IC95%: 0,87-0,99, sexo feminino); raça/cor pretos/pardos/amarelos ou indígenas (RP: 0,85; IC95%: 0,81-0,90, sexo masculino e RP: 0,85; IC95%: 0,81-0,89, sexo feminino), mães com menor nível de escolaridade (RP: 0,63; IC95%:

0,59-0,67, sexo masculino e RP: 0,58; IC95%: 0,55-0,61, sexo feminino), estudantes de escolas públicas (RP: 0,37; IC95%: 0,35-0,39, sexo masculino e RP: 0,38; IC95%: 0,37-0,41, sexo feminino). E apenas para o sexo masculino, o estado

de saúde como regular a muito ruim (RP: 0,89; IC95%: 0,84-0,96) e, para o sexo feminino, ter sofrido violência sexual nos últimos 12 meses (RP: 0,87; IC95%: 0,76-0,99) (Tabelas 2 e 3).

Na análise do desfecho, o reconhecimento da FUC Hospital, as variáveis que associaram positivamente são diferentes entre os sexos, mas estão relacionadas a características de comportamentos de risco e avaliação do estado de saúde. Para os indivíduos do sexo masculino, apenas a variável ter sofrido violência física nos últimos 12 meses (RP: 1,41; IC95%: 1,27-1,58) e, para o sexo feminino, destaca-se prática da última relação sexual desprotegida (RP: 1,27; IC95%: 1,04-1,55), violência sexual nos últimos 12 meses (RP: 1,24; IC95%: 1,03-1,50), e estado de saúde regular a muito ruim (RP: 1,20; IC95%: 1,10-1,31). Variáveis que reduzem a probabilidade de os adolescentes reconhecerem o hospital como FUC foram observadas em ambos os sexos, como: baixa escolaridade materna (RP: 0,75; IC95%: 0,67-0,83, sexo masculino e RP: 0,88; IC95%: 0,81-0,97, sexo feminino) e ser estudante de escola pública (RP: 0,66; IC95%: 0,60-0,74, sexo masculino e RP: 0,88; IC95%: 0,74-0,91, sexo feminino). Apenas para o sexo masculino destaca-se: aqueles que tinham idade entre 15 e 19 anos (RP: 0,85; IC95%: 0,75-0,97), uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias (RP: 0,66; IC95%: 0,49-0,90), e que já tiveram relação sexual (RP: 0,78; IC95%: 0,66-0,92) (Tabelas 2 e 3).

Quanto à FUC Emergência, as variáveis que associaram positivamente para ambos os sexos foram: violência física nos últimos 12 meses (RP: 1,48; IC95%: 1,21-1,81, sexo masculino e RP: 1,62; IC95%: 1,38-1,90, sexo feminino), e o estado de saúde regular a muito ruim (RP: 1,28; IC95%: 1,06-1,55, sexo masculino e RP: 1,53; IC95%: 1,33-1,77, sexo feminino). E apenas para o sexo masculino, o uso de drogas nos últimos 30 dias (RP: 1,98; IC95%: 1,35-2,91). Menores probabilidades de reconhecer uma FUC Emergência foram observadas entre os adolescentes do sexo masculino que referiram já ter iniciado a prática sexual (RP: 0,63; IC95%: 0,46-0,87) e para o sexo feminino, trabalho remunerado (RP: 0,71; IC95%: 0,54-0,94) e escolaridade das mães até o ensino médio incompleto (RP: 0,72; IC95%: 0,62-0,84) (Tabelas 2 e 3).

Discussão

Os dados deste estudo apontaram que mais da metade dos adolescentes brasileiros reconhece-

ram um serviço de saúde como sua FUC nos últimos 12 meses a entrevista, sendo que a maior frequência foi verificada entre as adolescentes do sexo feminino, o que confirmam resultados semelhantes apontados pela literatura, em que estes determinantes individuais interferem de forma significativa no reconhecimento de uma FUC^{14,31-38}.

Além disso, os resultados se assemelham a estudos que avaliaram a procura e uso por serviços de saúde³⁹⁻⁴¹, bem como aos que avaliaram a condição de ter uma FUC por diferentes grupos populacionais^{18,31,33,34,37}, confirmando a hipótese de uma maior atenção à sua própria saúde pelo sexo feminino, esses achados indicam que tal prática ocorre desde a fase da adolescência⁴².

A literatura sobre o reconhecimento de uma FUC evidencia a existência de uma relação que depende das necessidades individuais, sendo na maioria das vezes, determinadas por fatores demográficos, econômicos, sociais, estado de saúde e comportamentos de risco^{16,31,38,43}, além de questões relacionadas a organização dos serviços de saúde, como a acessibilidade organizacional^{43,44}, relação usuário/profissional, aceitabilidade, estabelecimento de vínculo e adequação dos serviços^{6,45}.

Nos modelos multivariados segundo o tipo de FUC, as características demográficas e socioeconômicas que indicam maior vulnerabilidade social e econômica dos adolescentes aumentam a probabilidade do reconhecimento da FUC APS para ambos os sexos. Diferente da FUC APS, as análises da FUC Consultório Médico Particular e Hospital demonstraram que os fatores que caracterizaram maior vulnerabilidade social e econômica dos adolescentes reduzem a probabilidade do reconhecimento dessas FUCs. Encontrou-se, também, redução da probabilidade de reconhecimento da FUC Emergência para o sexo feminino. Observou-se que todos os tipos de FUC analisados (APS, Consultório Médico Particular, Hospital e Emergência) apresentaram associações positivas com a presença de comportamentos de risco.

Os adolescentes que enfrentam desigualdades sociais e iniquidades de acesso aos cuidados de saúde, reconhecem a APS, como sua FUC. E, dentre as características que apresentaram associações positivas, destacam-se, raça/cor preta/parda/amarelo ou indígena, baixo nível de escolaridade materna, e ser estudante de escola pública, o que aumenta quase três vezes a probabilidade de referir a APS como sua FUC. Estudos demonstram a partir dos dados de pesquisas nacionais, um aumento na utilização dos serviços de saúde, e uma redução nas desigualdades de acesso por meio da atenção primária^{18,46,47}. Con-

siderando tais características como uma *proxy* de renda, verifica-se a persistência das desigualdades de acesso⁴².

Com relação aos fatores associados ao tipo de FUC, foi possível observar diferenças para ambos os sexos. Especialmente para a FUC APS, em que as adolescentes do sexo feminino apresentaram um número maior de características sociais e econômicas desfavoráveis que aumentam a probabilidade de reconhecimento da APS como sua FUC, como trabalho remunerado e defasagem escolar^{48,49}.

Apesar de uma parcela importante dos adolescentes indicarem os serviços de APS como sua FUC, a implementação desse modelo de atenção é heterogênea no território nacional⁴⁴, essa heterogeneidade reflete as desigualdades podendo ser um fator que explicaria os resultados encontrados.

Os contextos de vulnerabilidades, como a prática sexual desprotegida, uso de drogas ilícitas e de bebida alcoólica nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, situações de violência física ou sexual nos últimos 12 meses, foram características que aumentaram a probabilidade de os adolescentes reconhecerem todos os tipos de FUC, especialmente, o hospital e a emergência como fontes de cuidado. A exposição a comportamentos de risco, muitas vezes, reflete problemas de saúde ou situações que necessitam de uma atenção mais imediata.

Na PeNSE 2012, o consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias foi de 26% entre os adolescentes, sendo a maior prevalência entre as meninas, o consumo de bebida alcoólica geralmente é um problema que acomete mais os adolescentes do sexo masculino⁵⁰. No presente estudo, o consumo de bebida alcoólica aumentou o reconhecimento do hospital como FUC das adolescentes do sexo feminino. Estudo revela que este consumo tende a aumentar entre os homens com o avançar da idade⁵¹.

O uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias a entrevista apresentou associação positiva entre os adolescentes do sexo masculino para o reconhecimento das FUCs Hospital e Emergência. O consumo de drogas ilícitas é um comportamento que pode gerar dependência e consequências irreversíveis para a vida desses indivíduos. Os resultados de um estudo que analisou o cotidiano de adolescentes em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas, identificou que o acolhimento e as impressões iniciais sobre o serviço são fundamentais para a adesão e permanência desses sujeitos, o que contribui para a efetivação do cuidado⁵².

O comportamento sexual é um determinante de extrema relevância para avaliar indicadores de saúde em grupos populacionais de adolescentes, pois a prática sexual desprotegida é um comportamento preocupante devido ao risco associado. Dentre os achados deste estudo verifica-se que apenas a FUC emergência não apresentou associação com a prática sexual desprotegida. Estudos ressaltam que o sexo desprotegido entre adolescentes pode ter uma relação com a presença do uso de substâncias psicoativas e não ter informação sobre saúde sexual e reprodutiva na escola⁵³.

Envolvimento em situações de violências estiveram associados a todos os tipos de FUC, o que pode estar correlacionado a outras condições de vulnerabilidades para o indivíduo⁵⁴. Em situações desta natureza, o fato de o adolescente reconhecer um serviço como sua FUC, permite que o processo de enfrentamento pode ser facilitado, uma vez que o vínculo e a confiança já existem⁵⁵.

Além das variáveis de comportamento de risco, a autopercepção de saúde tem sido utilizada como um bom indicador na avaliação do comportamento dos indivíduos na busca por serviços de saúde⁵⁶. Para os desfechos, hospital e emergência, o estado de saúde ruim apresentou associação positiva. Estes são achados preocupantes que podem apresentar uma forte relação com questões contextuais, sociais e culturais dos indivíduos.

O estudo demonstrou que as variáveis que caracterizaram as condições socioeconômicas desfavoráveis reduzem a probabilidade do reconhecimento dos serviços de emergências como sua FUC, ou não apresenta diferenças estatisticamente significantes. Estes achados são contrários a alguns estudos da literatura americana, em que os indivíduos com baixas condições de renda têm a emergência como sua FUC^{22,57,58}. Vale ressaltar que os serviços de emergência na grande maioria dos casos não permitem longitudinalidade e/ou continuidade do cuidado¹⁸.

É possível destacar como potencialidade deste estudo, os critérios metodológicos para adequação dos métodos utilizados na análise estatística, haja vista que optou-se por uma estratégia metodológica que não vem sendo adotada pelos estudos desta natureza, que é a estimação da RP por meio do modelo de regressão logística, cujos resultados permitem não somente avaliar a robustez do plano de análise estabelecido, como tornar possível a comparação com resultados de outros estudos. Vale ainda mencionar, o rigor metodológico adotado para a correção de amostragem de conglomerados e procedimentos de ponderação

para todas as análises, o que torna ainda mais relevante a comparação dessas estimativas para permitir a compreensão do papel dessas estratégias de análise na estimação da RP em situações em que os dados são correlacionados.

Considerações finais

Estudos sobre o reconhecimento de uma fonte de cuidado pelos adolescentes são relevantes, uma vez que são pouco frequentes e podem contribuir com a organização das ações e o planejamento de programas e políticas para o público em questão. Esta pesquisa evidenciou importantes implicações para o modelo assistencial do Brasil, na perspectiva da efetivação da APS, especialmente na atenção à saúde do adolescente.

O estudo evidenciou que 55% dos adolescentes escolares brasileiros referiam a utilização de uma FUC e identificou os determinantes que estavam relacionados a esse reconhecimento. Em relação a FUC APS, os resultados demonstraram, para ambos os sexos, que o reconhecimento dos adolescentes estava associado com as seguintes condições socioeconômicas e fatores comportamentais: ser estudante de escolas públicas, baixa escolaridade materna, raça/cor preto/pardo/amarelo e indígena, defasagem escolar, prática sexual desprotegida, e envolvimento em situações de violência física e sexual. De modo inverso, as condições sociais mais desfavoráveis, reduziram a probabilidade para o reconhecimento da FUC Consultório Médico Particular. O reconhecimento de Hospital e Emergência como FUC dos adolescentes foi associado positivamente com fatores comportamentais de risco, como uso de drogas e envolvimento em situação de violência física, e a autopercepção do estado de saúde como regular a muito ruim.

Sendo a APS o nível de atenção que dispõem de serviço organizados a partir de modelos assistenciais que levam em consideração as necessidades dos sujeitos, a consolidação da APS pode favorecer o estabelecimento de vínculo e o reconhecimento de uma FUC pelos indivíduos, repercutindo em melhores condições de acesso

às ações de prevenção e promoção da saúde e em um cuidado longitudinal e duradouro.

As principais limitações do estudo foram o desenho transversal, que não permitiu inferências causais, e a utilização de questionários respondidos pelos adolescentes, que são sujeitos a viés de informação. Entretanto, destaca-se que a clareza e simplicidade na formulação das questões referentes às variáveis estudadas e o recorte temporal dos últimos 12 meses para procura dos serviços, possivelmente, contribuiriam para evitar problemas de memória e compreensão, minimizando a possibilidade de tais vieses.

Recomenda-se novas investigações sobre o tema entre adolescentes, com a utilização de outras abordagens metodológicas, como pesquisas qualitativas, que explorem com mais detalhes o reconhecimento de uma FUC poder viabilizar a identificação de outros fatores que podem levar as escolhas das FUC pelos adolescentes. Ademais, faz-se necessário, o desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas no Brasil, como estratégia nevrálgica para potencializar o acesso deste grupo etário no âmbito da APS.

Colaboradores

MMF Martins contribuiu com a concepção e o projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. R Aquino colaborou com a concepção e o projeto, interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. NMBL Prado participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ALQ Vilasbóas contribuiu com revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Silva RF, Engstrom EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface (Botucatu)* 2020; 24(1):e190548.
2. Bhutta ZA, Ahmed T, Black R, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, Shekar M; Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; 371(9610):417-440.
3. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicol Saude Doen* 2015; 16(2):217-229.
4. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery* 2012; 16(3):466-472.
5. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1029-1042.
6. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
7. Frank BRB, Viera CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate* 2015; 39(105):400-410.
8. Stransky ML. Two-year stability and change in access to and reasons for lacking a usual source of care among working-age US adults. *Public Health Reports* 2017; 132(6):660-668.
9. Carpenter WR, Godley PE, Clark JA, Talcott JA, Finnegan T, Mishel M, Bensen J, Rayford W, Su LJ, Fonham ET, Mohler JL. Racial differences in trust and regular source of patient care and the implications for prostate cancer screening use. *Cancer* 2009; 115(21):5048-5059.
10. Starfield B, Shi I. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics* 2004; 113(Supl. 4):1493-1498.
11. Allred N, Wooten KG, kong Y. The association of health insurance and continuous primary care in the medical home on vaccination coverage for 19- to 35-month-old children. *Pediatrics* 2007; 119(Supl. 1):S4-S11.
12. Smith PJ, Santoli JM, Chu SY, Ochoa DQ, Rodewald LE. The association between having a medical home and vaccination coverage among children eligible for the vaccines for children program. *Pediatrics* 2005; 116(1):130-139.
13. Bartman BA, Moy E, D'angelo LJ. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. *J Health Care Poor Underserved* 1997; 8(2):214-226.
14. Rew L, Resnick M, Beuhring, T. Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. *J Adolesc Health* 1999; 25(6):407-413.
15. Dempsey AF, Freed GL. Health care utilization by adolescents on medicaid: implications for delivering vaccines. *Pediatrics* 2010; 125(1):43-49.
16. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, Angier H, Carlson MJ, Gold R. Parent and Child Usual Source of Care and Children's Receipt of Health Care Services. *Ann Fam Med* 2011; 9(6):504-513.
17. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(4):361-365.
18. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15(1):151.
19. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):18-37.
20. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353-371.
21. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Can J Public Health* 2002; 93(3):193-197.
22. Schappert SM. Ambulatory care visits of physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1995. *Vital Health Stat* 1997; 13(129):1-38.
23. Coutinho ESF, França-Santos D, Magliano ES, Bloch KV, Barufaldi LA, Cunha CF, Vasconcelos MTL, Szklo M. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl. 1):8s.
24. Pinto LW, Assis SG. Violência familiar e comunitária em escolares do Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(2):288-300.
25. Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HMT. A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: comparação entre sexos. *J Pediatr* 2008; 84(3):244-250.
26. Benetti SPC, Gama C, Vitolo M, Silva MB, D'Ávila A, Zavaschi ML. Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. *Psico* 2006; 37(3):279-286.
27. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). *O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF; 2011.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* [Internet]. [acessado 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
30. Oliveira MM, Campos MO, Andreazzi MAR, Malta DC. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(3):605-616.

31. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kapphahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health* 1999; 25(2):120-130.
32. Rohrer JE, Kruse G, Zhang Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. *J Community Health* 2004; 29(1):1-13.
33. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese Community. *Med Care* 2010; 48(7):628-634.
34. Jerant A, Bertakis KD, Fenton JJ, Franks P. Gender of physician as the usual source of care and patient health care utilization and mortality. *J Am Board Fam Med* 2013; 26(2):138-148.
35. An AR, Kim K, Lee JH, Sung NJ, Lee SI, Hyun MK. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea Health Panel Survey. *BMC Fam Pract* 2016; 17(1):167.
36. Davis MA, Guo C, Titler MG, Friese CR. Advanced practice clinicians as a usual source of care for adults in the United States. *Nurs Outlook* 2017; 65(1):41-49.
37. Kim KM, Jeon H, Lee JH. Having a Physician Rather than a Place as a Usual Source of Care Would Be Better - from 2012 Korea Health Panel Data. *J Korean Med Sci* 2017; 32(1):4-12.
38. Sung NJ, Lee JH. Association between Types of Usual Source of Care and User Perception of Overall Health Care Service Quality in Korea. *Korean J Fam Med* 2019; 40(3):143-150.
39. Nunes BP, Flores TR, Duro SMS, Saes MO, Tomasi E, Santiago AD, Thumé E, Facchini LA. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(3):411-420.
40. Oliveira MM, Andrade SSCA, Campos MO, Malta DC. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. *Cad Saude Publica* 2015; 31(8):1603-1614.
41. Araújo MEA, Silva MT, Andrade KRC, Galvão TF, Pereira MG. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(3):589-604.
42. Oliveira MM, Andrade SSCA, Stopa SR, Malta DC. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21(Supl. 1):e180003.
43. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):140.
44. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(7):1370-1380.
45. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012; 21(11):33.
46. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, Gomes L. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl* 2013; 17(4):623-645.
47. Politi R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. *Econ Apl* 2014; 18(1):117-137.
48. Frenzel HS, Bardagi MP. Adolescentes trabalhadores brasileiros: um breve estudo bibliométrico. *Rev Psicol Organ Trab* 2014; 14(1):79-88.
49. Alberto MFP, Santos DP, Leite FM, Lima JW, Wanderley JCV. O trabalho infantil doméstico e o processo de escolarização. *Psicol Soc* 2011; 23(2):293-302.
50. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Barreto SM, Moraes Neto OL. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1):52-62.
51. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):647-655.
52. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saude Publica* 2018; 34(3):e00150816.
53. Oliveira-Campos, M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, Giatti L, Barreto SM. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):116-130.
54. Begue L, Roche S, Duke AA. Young and armed: a cross-sectional study on weapon carrying among adolescents. *Psych Crime Law* 2016; 22(5):455-472.
55. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Malta DC, Lima CM, Silva MMA. Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental - Brasil, 2015. *Cien Saude Colet* 2019; 24(2):535-544.
56. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1565-1574.
57. Newton MF, Keirns CC, Cunningham R, Hayward RA, Stanley R. Uninsured adults presenting to US emergency departments: assumptions vs data. *JAMA* 2008; 300(16):1914-1924.
58. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, Colby DC, Callahan ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med* 2005; 45(1):4-12.

Artigo apresentado em 01/01/2023

Aprovado em 08/07/2023

Versão final apresentada em 10/07/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva