

Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa

Comprehensive health care of teenagers by the Primary Health Care in the Brazilian territory: an integrative review (abstract: p. 17)

Atención integral a la salud del adolescente por la Atención Primaria de la Salud en el territorio brasileño: una revisión integradora (resumen: p. 17)

Reila Freitas Silva^(a)

<reilafs@hotmail.com> 

Elyne Montenegro Engstrom^(b)

<engstrom@ensp.fiocruz.br> 

^(a) Universidade Federal do Espírito Santo. Rua Arthur Czaratoryski, 120, apt. 501, Jardim da Penha. Vitória, ES, Brasil. 29060-370.

^(b) Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A adolescência, fase de transformações biopsicossociais, requer da Atenção Primária à Saúde (APS) um modelo de cuidado à saúde abrangente, integral e promotor da saúde e da autonomia, aspectos abordados nesta revisão. Objetivou-se sistematizar experiências de cuidado ao adolescente pela APS. Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Biblioteca Eletrônica Científica Online, selecionando-se 21 artigos publicados entre 2008 a 2019. Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo. Observaram-se estigmas no cuidado ao adolescente; lacunas na formação profissional; acolhimento centrado na enfermagem; fragilidades dos vínculos; escassez de recursos estruturais e humanos; ações educativas, porém normativas; fragmentação das práticas; e barreiras de acesso à rede de saúde e intersetorial. Conclui-se, portanto, que, para alcançar um cuidado ampliado, é preciso repensar as práticas e dar voz ao adolescente.

Palavras-chave: Adolescente. Atenção Primária à Saúde. Profissionais de saúde. Práticas educativas. Autonomia.

Introdução

A promoção da saúde ao adolescente está além da prevenção de comportamentos de risco, envolvendo aspectos vinculados à qualidade de vida, satisfação pessoal, desenvolvimento de competências sociais, proteção contra violência, acesso às condições básicas de vida, moradia, educação, lazer, saúde, entre outras¹.

Apesar de políticas públicas para melhoria das condições de saúde dos adolescentes nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), estudos mostram práticas fragmentadas, baseadas no modelo biomédico, que não consideram as dimensões biopsicossociais no cuidado e são pouco direcionadas às singularidades dos adolescentes². Tais pressupostos merecem ser aprofundados, a partir do conhecimento das práticas dos profissionais de saúde, especialmente na APS, considerando que estas devem traduzir um modelo de atenção ampliado, que incorpore modos de cuidar permeados por valores, conhecimentos e comportamentos culturais que influenciem diretamente nas práticas de saúde. Esse modelo ainda é um desafio para a APS no desenvolvimento de ações integrais³.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica⁴, do Ministério da Saúde, preconiza que a Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolva-se como modelo de atenção que reoriente práticas de saúde, exercendo os atributos essenciais de porta de entrada principal para o SUS – ou seja, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado⁵⁻⁷. Tal arranjo organizativo (ESF) foi flexibilizado em normativa de 2017, reconhecendo-se que, além da ESF, é possível outras modalidades de equipes de Atenção Básica (AB), composta por generalistas e, muitas vezes, sem a presença do agente comunitário de saúde, além de equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).

Apesar dos avanços na expansão de cobertura da APS no país, ainda persistem desafios quanto à qualidade da atenção à população adolescente, que ainda encontra muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde, já que, em muitos cenários, os profissionais enfrentam condições adversas de trabalho, excesso de população cadastrada, poucos recursos, além de profissionais não capacitados para práticas clínicas ampliadas, que incluam a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

O conceito de clínica ampliada refere-se ao cuidado como gerador de autonomia, de corresponsabilização entre usuários e profissionais de saúde e de criação de espaços que facilitem o acesso e o vínculo com os serviços de saúde^{8,9}, de modo a produzir saúde com práticas centradas na integralidade, nas singularidades, no contexto dos usuários e em suas relações com família, ambiente e a rede que o cerca^{9,10}. Baseia-se também em relações que propiciem a elaboração de projetos terapêuticos e o estabelecimento de profissionais de referência que se tornarão peças fundamentais na construção do cuidado dos adolescentes¹¹.

Nesta revisão, realizou-se uma abordagem analítica qualitativa e integrativa da literatura, cujo objetivo foi sistematizar, a partir da literatura brasileira, experiências nacionais de atenção integral ao adolescente pelos serviços da APS, suas especificidades e barreiras.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa que tem por objetivo fornecer informações abrangentes sobre o evento estudado, podendo influenciar na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas no conhecimento. O método é confiável e facilita a utilização do conhecimento científico já que condensa os resultados de várias pesquisas, tornando-os mais acessíveis ao leitor¹².

As etapas desta revisão seguiram o rigor científico estabelecido na literatura, a saber: definição da pergunta norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão/exclusão; seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas; categorização; avaliação dos estudos incluídos; análise; interpretação dos resultados; e relatório final¹²⁻¹⁴.

A pergunta norteadora do estudo foi: a APS tem ofertado cuidado aos adolescentes de forma ampliada e compartilhada, buscando o cuidado integral, o estímulo à autonomia e a corresponsabilização desses sujeitos? Para respondê-la, buscaram-se artigos científicos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), publicados entre 2008 a 2019, período escolhido propositalmente para abranger estudos realizados após a criação de políticas públicas importantes para o avanço nos cuidados do adolescente brasileiro, como a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens”, em 2006; “Programa Saúde na Escola (PSE)”, em 2007; “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”, em 2010, entre outras^{4,15-18}.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2008 a 2019; nos idiomas português, inglês ou espanhol; e com temas afins – práticas de cuidado aos adolescentes pelos serviços/profissionais de saúde da APS no Brasil, acesso, promoção de saúde e articulação APS-rede. Os critérios de exclusão foram: apresentação insuficiente de resultados, data de publicação incompatível e temáticas não contempladas no objetivo. Na tabela 1 constam os descritores usados nas buscas e o número de artigos encontrados. No fim da seleção, restaram 21 artigos para extração de dados e análise final.

Os dados foram interpretados pela análise temática de conteúdo, metodologia que procura descrever e interpretar dados oriundos dos mais diversos documentos. Um mesmo texto possui vários significados e pode ser visto sob diferentes perspectivas; portanto, cabe ao pesquisador captar os sentidos simbólicos que cada texto traz, dando sua interpretação pessoal¹⁹. Bardin²⁰ define análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que, ao serem aplicadas de forma sistemática sobre uma determinada mensagem ou texto, permitem ao pesquisador fazer inferências sobre eles. Nesta revisão, foram seguidas as etapas sugeridas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação²⁰.

Na pré-análise, foi feita uma leitura dos títulos e resumos, com seleção dos artigos que comporiam o *corpus* da análise (quadro 1). Em seguida, na fase exploratória, aprofundou-se na leitura na íntegra dos artigos, guiada pelas hipóteses e referencial teórico da clínica ampliada e compartilhada. Foram definidas as unidades de significado e, posteriormente, submeteu-se à categorização^{20,21}. As unidades de significado escolhidas foram temas

que remetiam ao cuidado do adolescente em uma perspectiva ampliada e compartilhada⁸⁻¹⁰ (Quadro 2). Na fase de tratamento dos dados, surgiram as categorias e eixos temáticos descritos no quadro 2. Este desenho de estudo dispensou a apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Tabela 1. Estratégia de busca

Descritores	Número de artigos selecionados	
	BVS	SciELO
Adolescente AND Atenção Primária OR Saúde da Família	46	41
Adolescente AND Práticas educativas AND Autonomia	21	16
Adolescente AND Práticas educativas OR Promoção de Saúde	69	16
Seleção pelo título	136	73
Seleção após leitura do resumo	26	11
Seleção final após leitura dos textos na íntegra e exclusão dos repetidos	21	

Quadro 1. Pré-análise – visão geral dos artigos

Número da referência	Ano	População	Local	Abordagem	Instrumento de coleta
2	2013	Profissionais de saúde	Centros de saúde – Distrito Federal (DF), Centro-Oeste	Qualitativa	Entrevistas
22	2014	Agentes comunitários de saúde (ACS)	ESF – Iguatu, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevistas
23	2015	Enfermeiros	ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Dinâmica e entrevista
24	2010	Profissionais de saúde	ESF – Viçosa, MG, Sudeste	Qualitativa	Entrevista
25	2017	Profissionais de saúde	CAPSi e ESF – Rio de Janeiro, RJ, Sudeste	Qualitativa	Banco de dados, grupo focal e grupo de intervenção
26	2011	Enfermeiros	Unidade Básica de Saúde (UBS)/ESF – Maringá, PR, Sul	Quantitativa	Entrevistas
27	2008	Profissionais de saúde	Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vitimizados – Ribeirão Preto, SP, Sudeste	Qualitativa	Entrevistas, observação e análise de documentos
28	2016	Enfermeiros e mães adolescentes	UBS/ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Observação sistemática e entrevista
29	2009	Profissionais de saúde e adolescentes	UBS/ESF – Vitória, ES, Sudeste	Quantitativa	Observação direta

Continua.



Número da referência	Ano	População	Local	Abordagem	Instrumento de coleta
31	2012	Adolescentes	Centro Municipal de Educação e Saúde – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Grupo focal
32	2012	Gestores e enfermeiros	UBS/ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevista
33	2012	Adolescentes	Centro de Saúde e Centro Educativo – São José, SC, Sul	Qualitativa	Oficina, observação participante e entrevista
34	2012	Mulheres da comunidade e profissionais de saúde	Comunidade e UBS – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Rodas de conversa e observação
35	2009	Gerente da ESF e profissionais de saúde	UBS – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Observações e entrevistas
36	2012	Adolescentes, gestores e profissionais de saúde/funcionários	UBS/ESF – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Observação e entrevista
37	2013	Adolescentes	Comunidade terapêutica – interior do Rio Grande do Sul, RS, Sul	Qualitativa	Oficinas pedagógicas
38	2012	Gestores municipais de saúde e profissionais de saúde	UBS/ESF – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevista
39	2016	Enfermeiras	ESF – São Paulo, SP, Sudeste	Qualitativa	Entrevistas
40	2015	Equipes de Saúde da Família	ESF – Brasil	Quantitativa	Dados secundários (PMAQ)
41	2012	Gestores e enfermeiros	UBS – Fortaleza, CE, Nordeste	Qualitativa	Entrevista
44	2019	Pessoas da comunidade	ESF/UBS – Camaçari, BA, Nordeste	Quantitativa	Questionário

**Quadro 2.** Unidades de significado que deram origem às categorias/subcategorias

Categorias	Subcategorias	Unidades de significado	Número das referências
O profissional de saúde e a atenção ao adolescente	Visão dos profissionais sobre a adolescência	Desconhecimento sobre a adolescência ou "falta de olhar diferenciado"	22, 23, 24,25
		Visão negativa/estigmatizada/preconceituosa/baseada em vivências pessoais	22, 23, 24, 26, 27,28
	Acolhimento e vínculo	Focado no enfermeiro	22, 26, 29, 32
		Limitado a atendimentos individuais/palestras/consultas	32, 36
		Estabelecimento de vínculo/relações de confiança/ser acolhedor	22, 24, 26, 28, 31, 32
	Formação profissional	Falhas na formação	24, 25, 26, 29, 38, 39, 40, 41
		Desconhecimento das políticas públicas ou não colocar em prática	2, 24, 26, 39
A influência do serviço de saúde na atenção ao adolescente	Barreiras de acesso	Alta rotatividade de profissionais	25, 32
		Falta de recursos humanos e estruturais	2, 26, 29, 32, 37, 39
		Filas, demora para marcar consultas	28, 29, 31, 34, 44
		Desmotivação/desinteresse dos profissionais	29
		Desconhecimento dos adolescentes adscritos	22, 32, 36, 41
		Motivos de procura dos adolescentes pela ESF ou baixa procura	22, 23, 24, 26, 28, 33, 36, 38, 44
		Dificuldade para atender o adolescente	22, 23, 24, 25, 26, 38
		Falhas no acolhimento/relações	22, 26, 27, 28, 29, 31, 32 34, 35, 36, 37
		Sobrecarga de trabalho	2, 24, 28, 39, 41
		Atitudes dos profissionais: autoritarismo, rispidez, ameaças, etc.	27, 28, 31, 35
	Práticas/ações de promoção de saúde	Ações específicas para adolescentes raras ou inexistentes/Ausência de projeto terapêutico	24, 29, 31, 35, 36, 38, 41
		Planejamento em equipe multiprofissional com participação do adolescente	2, 22, 23, 24, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 41
		Fragmentação na atenção/descontinuidade das ações/desacordo com as políticas públicas	2, 23, 25, 27, 29, 36, 38, 41
		Práticas dialógicas gerando autonomia/corresponsabilização	22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 41
		Fatores ligados ao atendimento: sigilo, julgamentos, linguagem	22, 24, 26, 28, 29, 36, 44
		Práticas focadas no modelo biomédico	2, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 36, 38
		Práticas disciplinares/normativas/transmissão unilateral de conhecimentos	28, 35, 36, 37, 38
Integralidade da atenção/visão ampliada	2, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 36, 38		
A importância da rede de saúde e intersetorial na atenção integral	Intersetorialidade	Articulação da rede/diálogo/intersetorialidade	2, 25, 26, 33, 36, 38
		Desconhecimento da rede/falhas no matriciamento/carência de profissionais	24, 25
		Escola como promotora de saúde/Programa Saúde na Escola	2, 23, 38, 40

Resultados

A distribuição temporal e por região do país está descrita no quadro 1. Em relação ao desenho do estudo, três foram estudos epidemiológicos (inquérito = 2 e ensaio de campo = 1), 17 utilizaram metodologia qualitativa e um estudo adotou ambas as metodologias (inquéritos e pesquisa social). Sobre a seleção dos participantes (adolescentes, profissionais de saúde ou população em geral), um estudo foi de base comunitária ou populacional, 16 estudos fizeram seleção a partir de serviços de saúde ou sociais (ESF/eAB = 9, Escola = 1, comunidades terapêuticas/abrigos = 2, em mais de um serviço = 4) e quatro estudos incluíram participantes tanto de base comunitária quanto dos serviços de saúde ou dados provenientes desses serviços (quadro 1). Houve, no ano de 2012, uma frequência maior de publicações, fato talvez impulsionado pela publicação de normativas federais para a saúde de adolescentes¹⁸ e mesmo pela revisão da política de Atenção Básica.

O profissional de saúde e o cuidado ao adolescente

Visão sobre a adolescência

Entre o universo estudado, observou-se a falta de um “olhar diferenciado” para as particularidades da adolescência²⁵, que os profissionais de saúde desconhecem ou mesclam conceitos do senso comum e científicos para se referir à adolescência como parte do ciclo de vida²²⁻²⁴, sendo que alguns deles possuem uma visão negativa ou preconceituosa dessa fase, repleta de julgamentos, o que constitui uma importante barreira para o cuidado aos adolescentes^{22-24,26,27}. Houve a percepção de que uma visão distorcida, estigmatizante ou preconceituosa sobre adolescência influencia negativamente nas práticas de cuidado^{22,28}, uma vez que pode afastar o profissional desses usuários e prejudicar o estabelecimento de vínculo entre eles²⁸. Percebeu-se em um dos estudos a falta de motivação dos profissionais para lidar com adolescentes, demonstrada pela presença dos profissionais nas atividades, ora alheios, ora apenas observando, sem participar das ações²⁹.

Adjetivos como “arredios” e “defensivos” foram usados para caracterizar o adolescente²⁴. Destacou-se a projeção da vivência pessoal sobre os conceitos que os profissionais têm sobre a adolescência^{22,23}. Embora caracterizassem a adolescência negativamente – como uma fase difícil, de conflitos^{22,24}, complicada, de inseguranças, de incertezas²², de posturas irresponsáveis e de incapacidade de tomar decisões de forma reflexiva²³ –, alguns profissionais compreenderam que essa fase não se constitui apenas de transformações biológicas e, portanto, merece um atendimento diferenciado^{22,24}. Tais concepções podem representar barreiras no atendimento aos adolescentes e na construção de projetos terapêuticos, como pode ocorrer na ideia de que a comunicação é difícil, eles são rebeldes, não se importam com a própria saúde e que não seguirão o tratamento proposto.

Acolhimento e vínculo

O acolhimento constitui as relações de cuidado entre os trabalhadores de saúde e os usuários. Esse termo dispõe sobre como o serviço se organiza para receber o usuário e como o acesso a esses locais pode ser facilitado, evidenciando que há vários modos de acolher: seja por meio de escuta; de disponibilidade de recursos e serviços; e de tentativa de atender a uma necessidade de saúde do usuário, seja no campo biológico ou subjetivo.

Acolher significa prestar um atendimento humanizado e garantir maior resolutividade possível, gerando, assim, satisfação e bem-estar para o usuário^{30,31}. Cinco artigos enfatizaram a importância dessa atitude^{22,24,28,32,33}. A escuta foi destacada como fundamental para a aproximação do profissional com o usuário^{22,24,28,31}, sendo que um acolhimento adequado destacou-se como instrumento para gerar vínculos e possibilidade de o profissional conhecer as particularidades e demandas de cada sujeito, melhorando, assim, a assistência prestada^{22,24,28,31,32}.

Os adolescentes apresentaram reclamações relativas aos profissionais^{27,31,34}, como pouco tempo para conversar sobre questões subjetivas³⁴, que muitas vezes são “estressados”, “mal-humorados”, “ignorantes” e “não escutam”^{27,31}. Além disso, foi observado que as consultas se resumiam à prática prescritiva^{27,31,34,35}. Foram citadas posturas que atrapalham o acolhimento^{27,31}, como atitudes autoritárias relatadas como “sermão”²⁸ e “tom ameaçador”³⁵, além de práticas baseadas em uma visão disciplinar e normativa, sem espaço para o diálogo/escuta³⁵⁻³⁷.

Houve relatos de problemas no acolhimento e porta de entrada do serviço, desde a marcação de consultas até no relacionamento com os profissionais, gerando insatisfação e sentimento de desvalorização no usuário³¹. Ressaltou-se a importância da qualidade do acolhimento durante todos os momentos em que o cuidado é ofertado³² e de uma relação entre profissional e usuário pautada no respeito, na confiança e na criação de vínculos, para que o adolescente possa se expressar sem ser julgado^{22,24,26,28}.

Quando existia, o acolhimento limitava-se a ações pontuais, como marcação de consulta, palestras e conversas de forma individual, sem um planejamento e envolvimento da equipe^{32,36} e muitas vezes focadas na figura do enfermeiro^{22,26,29,32}. Um dos estudos, ao contrário, mostrou interação entre a equipe multiprofissional, porém, com ênfase na atuação do enfermeiro, dos ACS, da psicóloga e da assistente social²⁶.

Atitude positiva no acolhimento de mães adolescentes foi observada em um dos estudos, havendo escuta e o respeito²⁸. Em outro, enfatizou-se o trabalho dos ACS²². Cabe ressaltar a importância dos ACS no cuidado aos adolescentes, na organização dos serviços da APS e como profissionais que fortalecem o modelo de atenção integral e ampliado. Os ACS se mostraram empenhados no cuidado, destacando-se como promotores de saúde, com respeito aos modos de vida e à cultura das famílias e comunidades, no fomento aos processos emancipatórios e de autonomia dos adolescentes^{22,32}.

Relatos de adolescentes revelaram relações superficiais/vínculos frágeis entre eles e os profissionais das equipes de AB: muitos não conheciam os profissionais, não sabiam seus nomes, nem a função de cada um deles na unidade de saúde;³¹ havia também distanciamento entre adolescentes e profissional de saúde e ausência de desenvolvimento em equipe de projeto terapêutico singular^{31,35,36}. Estudos reforçam a necessidade de

maior aproximação entre usuários e profissionais de saúde^{22,28} e ampliação do conceito de cuidado, migrando do campo biomédico para um olhar sobre o subjetivo, o social e a individualidade de cada sujeito^{27,36}, superando-se, assim, a fragmentação do cuidado, em busca da integralidade nas ações³⁵.

Formação profissional

Observaram-se dificuldades por parte de profissionais em suas práticas com os adolescentes na APS^{22-26,38}, muitas vezes justificadas pelo desconhecimento de aspectos relacionados à adolescência, além de lacunas na formação^{25,26,39}. Os estudos reforçaram a importância da capacitação profissional^{24,26,29,38-40} e educação permanente^{24,40}. Houve relato de que a incipiente formação dos profissionais para uma abordagem ampliada e biopsicossocial diminuiu a resolutividade da APS, possibilitando o aumento da demanda por especialistas²⁵ ou por outros serviços como porta de entrada à saúde³².

Poucos profissionais que atuam na APS tinham formação específica para o cuidado ao adolescente^{38,41}. Houve relato de falta de tempo para participar de programas de capacitação devido à sobrecarga de trabalho³⁹. Essa carência de capacitação poderia ser atribuída a currículos acadêmicos deficientes em temas voltados à saúde do adolescente que, quando presentes, são focados em assuntos relacionados à sexualidade e à prevenção de doenças²⁶. Discutiu-se também a formação pautada no modelo biomédico, em que os profissionais aprendem a ser transmissores de conhecimentos ao invés de estabelecerem práticas dialógicas³⁸.

Foram mencionados também o desconhecimento, por parte dos profissionais, das políticas públicas existentes para o cuidado integral ao adolescente^{24,39} e que a existência dessas políticas não é garantia de que estas sejam aplicadas na prática^{2,26}.

Serviço de saúde e cuidado ao adolescente

Barreiras de acesso

O conceito ampliado de acesso relaciona-se às condições dos usuários e dos serviços, em equilíbrio entre oferta, demanda e necessidades; portanto, o acesso é o grau de ajuste do usuário com o sistema de saúde⁴². Alguns autores definem acesso como o percurso do usuário na busca de solução para suas necessidades, a porta de entrada nos serviços e o local de acolhimento desse usuário⁴³.

Fragilidades em qualquer dessas dimensões podem influenciar negativamente o funcionamento dos serviços, na qualidade da assistência prestada, bem como na satisfação do usuário e em sua adesão às práticas de saúde, levando-o a procurar outros substitutos, como hospitais, perdendo, assim, o sentido da APS como porta de entrada⁴².

Para efetuar o cuidado aos adolescentes pela APS, diversos artigos destacaram a escassez de recursos humanos e físicos, como material didático-pedagógico^{2,26,29,32,37,39}. Dois artigos afirmam que a falta de recursos materiais não pode se tornar uma justificativa para a não realização de atividades com os adolescentes^{26,37}, já que o processo educativo tem como principais protagonistas o educador e o educando³⁷.

Observou-se como barreiras para o cuidado do adolescente a falta de planejamento dos gestores⁴¹, a sobrecarga de trabalho e pouco tempo disponível na unidade de saúde^{2,24,28,39,41}. Alguns profissionais referiram insatisfação com a gestão, que prefere “números”, ou seja, um grande volume de pessoas atendidas à qualidade no atendimento⁴¹.

Outro ponto crítico é o desconhecimento do número de adolescentes adscritos no território, o que impossibilita a busca ativa e acompanhamento deles^{22,32,36,41}. Alguns autores referiram que há pouca procura dos adolescentes pela APS^{23,24,26,33,38}, ou que procuram quando há uma demanda específica, como busca por preservativos, anticoncepcional, pré-natal, etc.^{22,28,36,44}. Os profissionais justificaram este fato pelos sentimentos de “invulnerabilidade” e “imortalidade” que alguns jovens trazem consigo⁴⁰. Vale ressaltar que a vulnerabilidade dos adolescentes não se limita estritamente a características próprias dessa fase da vida, nem apenas à ausência de doença e prevenção de comportamentos de risco, mas relaciona-se também a aspectos vinculados ao modo como eles vivem e compreendem o que é saúde e doença, o contexto social, econômico, político e histórico em que se encontram¹⁸.

Foram citadas como barreiras de acesso as filas de espera^{28,29,44}, a dificuldade para atendimento^{28,31}, a demora para marcação de consultas^{31,34,44}, a falta de privacidade²⁸, a alta rotatividade de profissionais^{25,32} e o perfil “materno-infantil” do serviço, não atrativo para adolescentes³⁸.

Embora todos esses fatores possam influenciar na relação do adolescente com os serviços de saúde, um dos estudos destacou que não é possível afirmar se a ausência do adolescente nos serviços de APS ocorre por baixa oferta de serviços ou porque o adolescente não procura as unidades, já que esses fatores estão interligados³³.

Práticas de promoção de saúde

A promoção de saúde (PS) amplia o conhecimento, o autocuidado e autonomia; e pode colaborar para o enfrentamento de determinantes sociais de saúde⁴⁵; estimulando a própria comunidade e indivíduos a participarem da tomada de decisões e de planejamentos de políticas públicas⁴⁵.

Nos planos de cuidado, os usuários devem ser vistos em suas singularidades, compreendendo que o adoecer não relaciona-se apenas à doença, mas também a fatores ligados às dimensões física, mental e social⁸. No entanto, essa prática não é possível com a clínica tradicional focada na cura e na obediência do usuário às prescrições médicas, sem que ele participe do processo. Ao contrário, é preciso valorizar a escuta, as questões subjetivas e a individualidade dos casos, sem esquecer da coletividade; e trabalhar a corresponsabilização dos sujeitos com a própria saúde⁸.

Grande parte dos serviços de APS não possui atividades específicas para adolescentes – ou, quando existem, são pontuais^{24,29,38,41} – e a compreensão de PS é reduzida à prevenção³⁸, geralmente voltada a atendimentos clínicos, com questões ligadas à sexualidade (prevenção de doenças sexualmente transmissíveis) ou ao uso de drogas^{23,24,31,36,38}.

Alguns motivos para a não realização de atividades específicas para os adolescentes são a deficiência na capacitação dos profissionais^{2,24,26,29,32,38,39} e a sobrecarga de trabalho^{2,24,39}. Percebeu-se que está bem estabelecida a rotina para outros grupos

como hipertensos, gestantes, puericultura, diabéticos, etc.; e que esses grupos são aproveitados para encaixar os adolescentes; por exemplo, o pré-natal de mães adolescentes ocorre junto com o de mulheres adultas^{24,28,29,36,38,41}. Os assuntos abordados nesses grupos, muitas vezes, não são de interesse do adolescente ou não suprem as suas expectativas³³; nesse contexto, os profissionais têm uma postura normativa e disciplinar^{28,35,36,38}, o que acaba por afastá-lo das atividades.

Em síntese, os estudos afirmaram que a abordagem ao adolescente precisa ser acolhedora^{22,28,36,44} e destituída de julgamentos e valores morais^{24,26,29,36}. Deve-se respeitar os direitos do adolescente^{24, 26, 28} e garantir o sigilo^{26,36}. Para um atendimento integral ao adolescente, deve-se ampliar o campo de atuação^{24,31,36,38}, migrando de intervenções meramente biológicas, focadas em doenças, para uma prática que enxergue a subjetividade desses sujeitos^{2,22,24,31}, o contexto em que estão inseridos^{2,22,26,38} e as demandas individuais que cada um traz^{26,31,32,38}. Ou seja, deve-se considerar as dimensões psicossociais, políticas e coletivas^{2,22,23,26,38}.

O profissional de saúde, portanto, pode construir vínculos e promover autonomia nos usuários^{22,28,31,32} se houver práticas emancipatórias, as quais formem sujeitos críticos e capazes de tomar decisões sobre sua saúde^{22,26,29,31-33,37,38}. Para garantir a integralidade do atendimento ao adolescente, seria necessário o desenvolvimento de ações interdisciplinares com equipe multiprofissional^{2,22,24,26,29,31,32,36,38,41}. As atividades deveriam dar espaço ao diálogo, contar com a participação do adolescente no seu planejamento e abordar a integralidade dos sujeitos por meio da promoção de saúde, e não apenas da prevenção de agravos e doenças^{22-24,29,31-33,37,38,41}. O cuidado ao adolescente na APS ainda é fragmentado^{25,29,38,41}, já que, muitas vezes, não tem continuidade e as práticas são desarticuladas das políticas públicas, assistencialistas, descontextualizadas e focadas na doença^{2,23,27,36,38}.

Embora a maioria dos estudos tenha revelado que o adolescente não participa ativamente da elaboração de atividades desenvolvidas pelos serviços de APS, alguns obtiveram resultados positivos^{22,24,29}. Um deles mostrou a participação dos adolescentes no planejamento das atividades, na escolha dos temas das reuniões e na criação de um espaço para discussão, o que levou a um maior interesse e envolvimento dos jovens nesse processo. Também se observou que a equipe usava material didático em suas atividades, o que não era a realidade de vários outros serviços²⁹. Em outros dois estudos^{22,24}, os profissionais trabalhavam com um diálogo descontraído, respeitando o direito do adolescente de ser atendido sozinho e realizando uma escuta sem julgamentos, atendendo às demandas individuais^{22,24}.

Um estudo evidenciou amplo acesso de jovens à ESF e que esta respondia às necessidades de saúde dos adolescentes, com atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos⁴⁴. Outro também demonstrou ações promotoras de autonomia³².

A rede de atenção ao adolescente

Intersetorialidade

A intersetorialidade é a articulação entre distintos saberes que juntos possibilitam a resolução de situações complexas, rompendo com a fragmentação das políticas. Ou seja, pressupõe a integração da saúde, educação, assistência social, meio ambiente, transporte, infraestrutura urbana, segurança, economia, política/governo, etc.⁴⁶. Essas ações integradas permitem um olhar amplo sobre fatos e pessoas; interação e diálogo da rede; e, conseqüentemente, maior resolutividade de problemas da população de um determinado território⁴⁷; por isso, esse tipo de ação é tão importante para o setor da saúde.

Estudos evidenciaram a escola como um ambiente de grande potencialidade para o desenvolvimento de ações de saúde^{2,23,38,40} e alguns profissionais demonstraram não enxergar outros locais para promoção de saúde que não seja a escola³⁸. Embora os estudos tenham colocado a instituição educacional como ambiente prioritário para educação em saúde, destacaram-se ações pontuais, muitas vezes sem continuidade, e focadas em atividades preventivas^{2,38}.

Outros locais como igrejas, núcleos de ação social, indústrias, empresas, universidades, Nasf, entre outros, são sugeridos como espaços de comunicação intersetorial que podem ser usados para práticas de promoção de saúde^{26,33,38}.

Observou-se que os profissionais desconhecem a rede e seu modo de funcionamento, e, por isso, muitas vezes não conseguem dialogar e compartilhar cuidados com essa rede intersetorial, o que gera sentimentos de desamparo e impotência. Apesar de reconhecerem que ações mais efetivas ocorrem quando elas são compartilhadas, desacreditam que é possível a articulação com a rede²⁵. As equipes têm carência de profissionais como psicólogo e assistente social, figuras importantes para desenvolvimento de ações integrais com adolescentes²⁴. O apoio matricial é um dispositivo para ampliar as ações com os adolescentes, porém, em vez de auxiliar na resolutividade dos casos na APS, muitas vezes atua como triagem para encaminhamentos a especialistas²⁵.

Para alcançar a integralidade dos sujeitos e maximizar a resolução de problemas, admite-se que as práticas de saúde para o adolescente não podem se restringir apenas a alguns pontos da rede de atenção à saúde, mas deve-se valorizar as ações intersetoriais, explorando os diversos espaços frequentados por ele e todas as potencialidades da sua comunidade e da rede de saúde⁴⁷.

Considerações finais

Esta revisão explicita lacunas no cuidado do adolescente pela APS, razão pela qual algumas mudanças são necessárias para melhoria do cuidado ofertado a esses jovens. Cabe buscar melhorias nas condições estruturais para os serviços de saúde, assim como recursos humanos que atendam às necessidades dos territórios, com destaque para o

papel dos agentes comunitários de saúde, uma das características marcantes e exitosas da ESF brasileira. É necessário também repensar a formação para o trabalho em saúde, assim como os currículos das universidades e dos cursos técnicos para que formem profissionais de saúde aptos para lidar com os adolescentes.

A partir da melhoria da qualidade do atendimento aos adolescentes – seja por meio do acolhimento, dando voz, respeito e autonomia, seja na atenção clínica e na promoção da saúde –, espera-se maior resolutividade da APS e criação de vínculo entre jovens e profissionais. Porta aberta para os adolescentes, espaço na agenda dos serviços, acolhimento qualificado e garantia de seus direitos, sem preconceitos são os elementos esperados de uma APS integral, efetiva e ética.

Sistematizar experiências de cuidado ao adolescente na APS, pela presente revisão, permitiu repensar o processo de trabalho e discutir estratégias de melhoria do cuidado. São necessárias mudanças no modelo de atenção – de ações pontuais, centradas em doenças – para modelos mais sistêmicos, que integrem os atributos da APS, associados à promoção de saúde, considerando os aspectos biopsicossociais da adolescência e as características ambientais dos diferentes territórios e de sua população.

Como a maioria dos estudos enfocava relatos de profissionais e/ou observações de ações desenvolvidas na APS, recomenda-se, portanto, aprofundar a discussão desse tema estudando a visão dos adolescentes sobre esse cenário, já que eles são os protagonistas. Também se sugere explorar mais o campo de estudo sobre as fragilidades da rede e barreiras para oferta de um cuidado integral aos adolescentes. É imprescindível repensar as práticas das equipes de saúde de forma a preconizar ações dialógicas e que levem em consideração as reais demandas dos adolescentes.

Contribuições das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Senna SRCM, Dessen MA. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicol Saude Doenças*. 2015; 16(2):217-29.
2. Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saude Soc*. 2013; 22(2):542-53.
3. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(3):459-66.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
7. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011; 20(4):867-74.
8. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 669-88.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
11. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(4):849-59.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
13. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(2):546-53.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8(1):102-6.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Presidência da República. Decreto presidencial nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. *Diário Oficial da União*. 6 Dez 2007.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
19. Moraes R. Análise de conteúdo. *Educação*. 1999; 22(37):7-32.



20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
21. Franco MLPB. *Análise de conteúdo*. 3a ed. Brasília: Líber Livro; 2008.
22. Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, Maia EG. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saude Debate*. 2014; 38(101):254-66.
23. Coelho MMF, Miranda KCL, Gomes AMT, Silveira LC. Condições de produção do discurso de enfermeiros na prática educativa com adolescentes. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):9-14.
24. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(3):300-9.
25. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(6):1933-42.
26. Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(3):375-80.
27. Ferriani MGC, Bertolucci AP, Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3):342-8.
28. Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. *Rev Pesqui*. 2016; 8(3):4601-8.
29. Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(2):635-44.
30. Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
31. Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev Gauch Enferm*. 2012; 33(3):65-72.
32. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):466-72.
33. Kempfer SS, Fraga SMN, Mafra TJ, Mafra TJ, Hoffman, ACS, Lazzari DD. Contracepção na adolescência: uma questão de autocuidado. *Rev Pesqui*. 2012; 4(3):2702-11.
34. Coin-Carvalho JE, Esposito FCF. Desafios nas ações de atenção primária: estudo sobre a instalação de programa de visitas domiciliares para mães adolescentes. *Aletheia*. 2012; (37):149-61.
35. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25 Suppl 2:240-50.
36. Ayres JR, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):67-81.
37. Fontana RT, Santos AV, Brum ZP. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. *Rev Pesqui*. 2013; 5(4):529-36.



38. Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(5):1275-84.
39. Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev Gauch Enferm.* 2016; 37(2):e55796.
40. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB, et al. Saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J Hum Growth Dev.* 2015; 25(3):307-12.
41. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado ao adolescente: contribuições para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2012; 20(2):197-202.
42. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. *Med Care.* 1981; 19(8):127-40.
43. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(1):161-70.
44. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto EP Jr, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2019; 35(1):e00044718.
45. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cienc. Saude Colet.* 2008; 13 Supl 2:2115-22.
46. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Publica.* 2000; 34(6):35-45.
47. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saude Soc.* 1997; 6(2):31-46.



Adolescence, a phase of biopsychosocial transformations, requires a comprehensive primary health care model that promotes health and autonomy, aspects covered in this review. The objective was to systematize the experiences of care of teenagers by the Primary Health Care. An integrative review was conducted on the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online databases, selecting 21 published papers from 2008 to 2019. Data were interpreted through the thematic content analysis. The following were observed in teenager care: stigmata; gaps in professional education; nursing-focused reception; weakness of bonds; lack of structural and human resources; educational but normative actions; fragmentation of practices; and barriers to the health and intersectoral networks. Therefore, the conclusion is that in order to achieve an expanded care it is necessary to rethink practices and give voice to teenagers..

Keywords: Teenager. Primary Health Care. Health professionals. Educational practices. Autonomy.

La adolescencia, fase de transformaciones biopsicosociales, requiere de la Atención Primaria de la Salud (APS), un modelo de cuidado a la salud incluyente, integral y promotor de la salud y de la autonomía, aspectos abordados en esta revisión. El objetivo fue sistematizar experiencias de cuidado al adolescente por parte de la APS. Se realizó una revisión integradora en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud y Biblioteca Electrónica Científica Online, seleccionándose 21 artículos publicados de 2008 a 2019. Los datos se interpretaron por el análisis temático de contenido. Se observaron estigmas en el cuidado del adolescente; lagunas en la formación profesional; acogida centrada en la enfermería; fragilidades de los vínculos; escasez de recursos estructurales y humanos; acciones educativas, pero normativas; fragmentación de las prácticas y barreras de acceso a la Red de Salud e Intersectorial. Se concluyó, por lo tanto, que para alcanzar un cuidado ampliado es preciso repensar las prácticas y dar voz al adolescente.

Palabras clave: Adolescente. Atención Primaria de la Salud. Profesionales de la salud. Prácticas educativas. Autonomía.

Submetido em 26/08/19.
Aprovado em 06/07/20.

No artigo Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa, **com número de DOI:** 10.1590/interface.190548, **publicado no periódico**, Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 2020; 24(Supl. 1): e190548:

Onde se lia:

Adolescence, a phase of biopsychosocial transformations, requires a comprehensive primary health care model that promotes health and autonomy, aspects covered in this review. The objective was to systematize the experiences of care of teenagers by the Primary Health Care. An integrative review was conducted on the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online databases, selecting 21 published papers from 2008 to 2019. Data were interpreted through the thematic content analysis. The following were observed in teenager care: stigmata; gaps in professional education; nursing-focused reception; weakness of bonds; lack of structural and human resources; educational but normative actions; fragmentation of practices; and barriers to the health and intersectoral networks. Therefore, the conclusion is that in order to achieve an expanded care it is necessary to rethink practices and give voice to teenagers.

Leia-se:

Adolescence, a phase of biopsychosocial transformations, requires a comprehensive primary health care model that promotes health and autonomy, aspects covered in this review. The objective was to systematize the experiences of care of teenagers by the Primary Health Care. An integrative review was conducted on the Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online databases, selecting 21 published papers from 2008 to 2019. Data were interpreted through the thematic content analysis. The following were observed in teenager care: stigmas; gaps in professional education; nursing-focused reception; weakness of bonds; lack of structural and human resources; educational but normative actions; fragmentation of practices; and barriers to the health and intersectoral networks. Therefore, the conclusion is that in order to achieve an expanded care it is necessary to rethink practices and give voice to teenagers.

Creative Commons License This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

