



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária



MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS

**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
POR ADOLESCENTES E JOVENS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO
DA BAHIA**

Salvador – BA
2017

MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS

**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
POR ADOLESCENTES E JOVENS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO
DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Epidemiologia.

Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Salvador
2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca do
Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz / FIOCRUZ - Salvador - Bahia.

Martins, Maísa Mônica Flores

M379a O acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do estado da Bahia/Bahia. / Maísa Mônica Flores Martins. - 2017.
131 f.; 30 cm

Orientadora: Prof. Rosana Aquino Guimarães Pereira

Dissertação (Mestrado em Saúde comunitária) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Saúde Coletiva, 2017.

1. Acesso aos serviços de saúde 2. Atenção primária à saúde 3. Adolescente I. Título

CDU 614-053.6



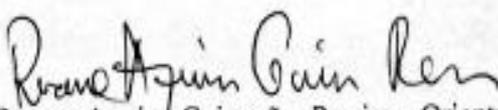
Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

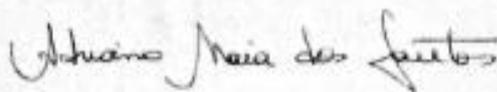
Maísa Mônica Flores Martins

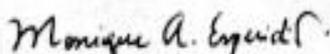
O Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes
e jovens em um Município do Estado da Bahia.

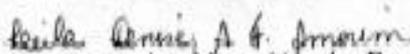
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação, apresentada em
sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade
Federal da Bahia, em 21 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:


Prof. Rosana Aquino Guimarães Pereira – Orientadora
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA


Prof. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia – UFBA


Prof. Monique Azevedo Esperidião
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA


Prof. Leila Denise Alves Amorim Ferreira
Instituto de Matemática – IM/UFBA

Salvador
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor da vida, que tem cuidado de me a todo instante, apontando os rumos, dando a força necessária para superar as adversidades e seguir caminhando. Nos momentos mais difíceis me carrega em seus braços demonstrando um amor infinito e imensurável.

Agradeço a minha orientadora, prof^a Rosana Aquino, pelo cuidado, acolhimento, paciência e ensinamentos tão essenciais nesta caminhada. Obrigada pelo apoio nos momentos mais difíceis, agradeço em especial pela acolhida no GRAB, pelos incentivos, críticas precisas e elogios motivantes.

A minha família, fonte inesgotável de amor, amizade, carinho e respeito. Aos meus pais Eurivaldo e Izabel exemplos de vida, caráter e dedicação. A vocês, eu dedico esta minha conquista. As minhas irmãs, Gabi, pelo apoio moral e torcida incondicional, a Renata minha fonte de inspiração e por acreditar fervorosamente nos meus sonhos. O apoio de vocês me estimula a dar o melhor de me todos os dias de minha vida!

Agradeço ao meu namorado Heckel, grande companheiro de todas as horas, me apoiando em todas as decisões. Obrigada pelas palavras de amor e incentivo no momentos mais difíceis.

Ao ISC, por ser este centro de excelência, fomentando grande crescimento acadêmico e profissional. Ao corpo docente, em especial, a Estela Aquino e Inês Dourado grandes Mestres, sempre provocadoras, motivando nosso crescimento como sujeitos transformadores.

Agradeço também à Prof^a Yukari Nise pelo carinho, incentivo e ensinamentos. Ter sido sua tirocinante foi uma das oportunidades mais proveitosas neste Instituto.

A prof^a Ana Luiza Vilasbôas por ter me aberto as portas do Instituto na condição de aluna especial da sua disciplina “Avaliação da atenção básica”.

As professoras Guadalupe Medina, Ligia Giovanella e Monique Esperidião meu muito obrigada por todas as contribuições no meu exame de qualificação.

A prof^a Leila Amorim pelas primorosas aulas e reuniões do grupo de pesquisa.

Aos Amigos do GRAB por todos os incentivos e colaborações para construção desse trabalho, em especial, aos queridos, Elzo Pinto e Marina Luna, a atenção de vocês foi muito importante para a concretização dessa conquista. “Grabianos”, obrigada pelos momentos de diversão, pelos ombros amigos e pela ótima convivência que sempre tivemos.

A amiga Gabi Borges obrigada por compartilhar comigo das angústias, alegrias, sonhos e conquistas.

A Val e Wellington obrigada pelo cuidado primoroso que tiveram comigo neste tempo que convivemos.

Aos amigos do mestrado, especialmente, a Vánio Mugabe, Flávia Jôse, Fabiane Soares e Thiago Cardoso por dividirmos momentos de conhecimento e angustia.

As amigas do doutorado Camila Amorim, Ana Clara, Adryanna Cardim e Vanessa Cruz, obrigada pela maravilhosa acolhida e carinho, pude aprender muito com vocês.

Aos funcionários do ISC, que diariamente sustentam a base para que este Instituto possa avançar. Em especial a Anunciação Dias, Bia Magalhães, Clinger Carvalho, Elinaldo Oliveira, Ednilton Lopes, Gustavo e Vilma de Jesus. Obrigada pela compreensão e ajuda providencial em tantos momentos.

Aos meus mestres da UNEB que, com o vosso exemplo, me incentivaram a caminhar rumo ao Mestrado. Enfim, agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente para a viabilidade desse sonho.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) dos adolescentes e adultos jovens e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família em um município do Estado da Bahia.

MÉTODOS: Estudo transversal, a partir de um inquérito domiciliar realizado com indivíduos de 15 a 24 anos de idade, em Camaçari- Bahia, no período de 2011 a 2012. Variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde e dos serviços de saúde foram utilizadas para descrição da população segundo a área de cobertura da APS e ajuste dos modelos. As estimativas da associação entre área de cobertura da APS e acesso aos serviços, assim como barreiras de acesso, e participação em atividades educativas foram calculadas através da razão de prevalência por meio da regressão logística com uso do software R.

RESULTADOS: O acesso aos serviços de APS foi referido por 89,5% dos adolescentes e adultos jovens, não havendo diferenças estatisticamente significantes segundo área de cobertura da APS. A participação em atividades educativas demonstrou uma associação positiva estatisticamente significativa para os indivíduos que residem em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RP: 0,97; IC95%: 0,93 – 1,01). Entre os indivíduos que residem em áreas cobertas pela ESF e os que residem em áreas não cobertas pela ESF verificou-se que o tempo de atendimento e a marcação da consulta e disponibilidade de transporte coletivo apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

CONCLUSÕES: Os dados deste estudo apontaram que, entre os adolescentes e adultos jovens entrevistados houve um amplo acesso aos serviços da APS. Entretanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre o acesso e a área de cobertura da APS.

DESCRITORES: Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Adolescente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between access to Primary Health Care (PHC) services for adolescents and young adults and the coverage of the Family Health Strategy in a municipality in the State of Bahia.

METHODS: This is a cross-sectional study based on a household survey conducted with individuals aged 15 to 24 years in Camaçari-Bahia, Brazil, from 2011 to 2012. Demographic, socioeconomic, health and health services variables were used to describe the population according to the coverage area of the APS and for model. Estimates of the association between APS coverage area and access to services, as well as access barriers, and participation in educational activities were calculated using the prevalence ratio in the logistic regression using software R.

RESULTS: Access to PHC services was reported by 89.5% of adolescents and young adults, and there were no statistically significant differences according to the coverage area of PHC. Participation in educational activities showed a statistically significant positive association for individuals living in areas covered by the Family Health Strategy (RP: 0.97; 95%CI: 0.93 - 1.01). Among individuals residing in areas covered by the ESF and those residing in the area not covered by the PHC, it was verified that the time of service and the appointment of the consultation and availability of collective transportation showed statistically significant differences.

CONCLUSIONS: The data from this study indicated that, among adolescents and young adults interviewed, there was broad access to PHC services. However, no statistically significant differences were observed between access and coverage area of PHC.

DESCRIPTORS: Access to health services. Primary Health Care. Adolescent.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1. Modelo teórico para avaliação da associação entre o acesso aos serviços de saúde por adolescentes e adultos jovens e a área de cobertura da APS. Camaçari, Bahia, 2011 a 2012.

Gráfico 1. Razão de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) da ocorrência do atendimento no mesmo dia da marcação da consulta, tempo de deslocamento entre o domicílio e a unidade de saúde, disponibilidade de transporte coletivo, presença de filas para marcação, dias específicos para marcação, de acordo com área de cobertura da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas de adolescentes, adultos jovens e familiares de acordo com a área de cobertura dos serviços da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 2. Características das condições de saúde de adolescentes e adultos jovens de acordo com a área de cobertura da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 3. Razão de Prevalência ajustada da associação entre a área de cobertura da APS e o acesso aos serviços de saúde entre adolescentes e adultos jovens. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 4. Características de acessibilidade geográfica e organizacional dos serviços de saúde segundo a área de cobertura de APS. Camaçari, Bahia, 2011 – 2012.

Tabela 5. Razão de Prevalência ajustada da associação entre a área de cobertura da APS e a participação em atividades educativas entre adolescentes e adultos jovens. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 6. Características demográficas, socioeconômicas e de saúde de adolescentes, adultos jovens e suas famílias de acordo com os motivos da procura dos serviços de APS referência do domicílio. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 7. Características demográficas, socioeconômicas e de saúde de adolescentes, adultos jovens e suas famílias de acordo com a localização dos serviços de APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 8. Razão de Prevalência ajustada da associação entre as diferentes modalidades da APS e o acesso aos serviços de saúde entre adolescentes e adultos jovens. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 9. Razões de prevalências ajustadas das associações entre o tempo entre a marcação da consulta e o atendimento, tempo de deslocamento entre o domicílio e a unidade de saúde, disponibilidade de transporte coletivo, presença de filas para marcação, dias específicos para marcação de acordo com as diferentes modalidades da APS. Camaçari, Bahia, 2011 – 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OR	Odds ratio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
RP	Razão de prevalência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	9
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 Saúde: Adolescência e juventude	13
3.2 Acesso aos serviços de saúde.....	15
3.3 Sistema de Saúde no Brasil: Atenção Primária à Saúde.....	21
4. ARTIGO	28
Resumo	28
Abstract	29
Introdução	30
Método.....	32
Resultados	36
Discussão	38
Considerações Finais	43
Referências	44
5. REFERÊNCIAS	54
6. APÊNDICES I – ANÁLISE SECUNDÁRIA	61
7. APÊNDICE II – PROJETO DE PESQUISA	69
ANEXO	110

1. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é o produto final do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sendo composta de quatro partes.

A primeira, uma revisão de literatura abordando as condições de acesso na atenção primária por adolescentes e adultos jovens, composta de estudos nacionais e internacionais.

A segunda, uma fundamentação teórica abordando três pontos principais: a saúde dos adolescentes e adultos jovens; o acesso aos serviços de saúde; e a Atenção Primária à Saúde (APS).

A terceira, apresenta-se sob a forma de um artigo original, cujo objetivo foi analisar a associação entre o acesso aos serviços de APS dos adolescentes e adultos jovens e as áreas de cobertura da APS em um município do Estado da Bahia. Seus resultados indicam as condições de acesso aos serviços de APS por adolescentes e adultos jovens e identificam as características demográficas, socioeconômicas e de saúde dos indivíduos e suas famílias que estão relacionadas às facilidades e dificuldades de acesso aos serviços da APS do município de Camaçari, Bahia, Brasil.

A quarta, refere-se a um apêndice composto por análises secundárias realizadas com a perspectiva de melhor entender os processos de acesso a saúde do público alvo.

A APS configura-se, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tem como propósito desenvolver ações de promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, apresentando-se como principal porta de entrada do SUS, com o propósito de facilitar o acesso, integrando o cuidado e viabilizar um trabalho usuário centrado, especialmente, para a população de adolescentes e adultos jovens que apresentam características peculiares da faixa etária. O presente trabalho busca analisar o acesso entre as áreas de cobertura APS visando conhecer os entraves e facilitadores do acesso a este grupo populacional.

Encontra-se anexa a este trabalho a versão final do Projeto desta Dissertação, após terem sido incorporadas as sugestões da Banca Examinadora, quando submetido ao Exame de Qualificação.

2. REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2012) verificou que 48% dos escolares entrevistados procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o serviço mais referido pelos adolescentes (47,5%). A busca por serviços de saúde foi maior para o sexo feminino, entre os indivíduos com melhores condições socioeconômicas, e aqueles que apresentavam algum sintoma ou comportamentos de risco (OLIVEIRA et al., 2015).

Um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro entre escolares oriundos de escolas públicas e privadas encontrou que 46% dos adolescentes afirmaram terem tido necessidade de procurar por um serviço de saúde nos últimos três meses da pesquisa, dos quais, quase 80% afirmaram ter procurado efetivamente um serviço. Destes, 42,7% dos adolescentes tiveram acesso ao serviço, que foi definido neste estudo como ter sido atendido no primeiro serviço que procurou. Vale ressaltar que a chance de um aluno de escola pública não ter obtido atendimento no primeiro serviço que procurou foi 4,39 vezes maior do que um adolescente de escola privada (CLARO et al., 2006).

Um estudo realizado na Austrália através de entrevistas e grupos focais com clínicos gerais que atendem jovens e coordenadores da saúde da juventude e comunidade, refere que a Austrália foi um dos primeiros países a estabelecer serviços de saúde específicos para adolescentes financiados pelo governo. Entretanto, a disposição geográfica desses serviços encontra-se dispersa, e a maioria dos cuidados primários à saúde para os jovens ocorrem no setor privado de saúde (KANG et al., 2003).

Na Austrália, estudo realizado com adolescentes de 12 a 17 anos, identificou que a maioria dos jovens percebiam um amplo leque de situações, condições e comportamento que afetavam sua saúde. Entretanto, um terço das meninas e dois terços dos meninos referiram não procurar ajuda em serviços de saúde para seus problemas de saúde. Além disso, identificaram grupos de barreiras de acesso a cuidados de saúde, tais como: preocupação sobre a confidencialidade, o desconhecimento de serviços, desconforto em compartilhar suas preocupações com a saúde com os profissionais e ausência de acessibilidade a determinados serviços.

Os principais fatores associados ao uso de serviços de saúde foram idade, sexo e localização dos serviços (BOOTH et al., 2004).

Estudo realizado nos Estados Unidos com adolescentes e adultos jovens alistados ao serviço militar observou que a utilização dos cuidados de saúde diminuía com a idade, para o sexo masculino, e aumentava, para o sexo feminino (BLANKSON; ROBERTS, 2014).

Em relação à confidencialidade, estudo conduzido na Nova Zelândia, destacou que 67,4% dos adolescentes que vivenciaram experiência de gravidez e mais da metade dos que não vivenciaram relatam percepção de haver confidencialidade no cuidado de saúde (COPLAND et al., 2011). Estudo realizado na Colômbia encontrou que entre os usuários de um serviço de saúde escolar, 73% referiram que percebiam haver confidencialidade dos atendimentos, enquanto que, entre os não usuários, este percentual foi menor (54%) (GIBSON et al., 2013).

Um inquérito realizado na Nova Zelândia que buscou associação entre gravidez na adolescência e o acesso aos cuidados primários de saúde verificou que aproximadamente 25% dos estudantes relataram dificuldades em obter cuidados de saúde quando necessário, considerando os últimos 12 meses do estudo. Os estudantes que relataram gravidez referiram maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (41,7%) quando comparado aos demais (20,6%). Dentre as barreiras de acesso aos cuidados de saúde, destacaram-se a falta de conhecimento/informação dos meios de obtenção do cuidado e a falta de transporte para chegar aos serviços de saúde. Além da dificuldade de acesso aos cuidados primários de saúde, o grupo de adolescentes que vivenciaram gravidez relatou problemas na obtenção de ajuda para a saúde sexual, contracepção e teste de gravidez, a existência de barreiras de acesso foi mais referida neste grupo (COPLAND et al., 2011).

A vinculação a um serviço de saúde apresenta um componente socioeconômico por parte dos adolescentes, uma vez que os alunos de escolas públicas referiram procurar por serviços diferentes a cada necessidade quando comparado aos de escola privada, estes dispõem de mais facilidade de acesso, possivelmente de natureza privada, por meio dos planos privados de saúde (CLARO et al., 2006). Dentre os motivos relatados para não obtenção do atendimento destacam-se: o excesso de pacientes com longo período de espera, falta de médicos ou serviço fechado (CLARO et al., 2006).

Um estudo realizado no município de Pelotas, Brasil, no ano de 2012, identificou que 23% dos adolescentes utilizaram serviços de saúde no mês anterior a pesquisa, destes, 32,2% obtiveram atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) e 69% dos que procuraram por atenção à saúde apresentavam algum problema de saúde. As escolhas dos serviços foram baseadas nas seguintes características: proximidade do domicílio (23,4%), preferência por serviço geralmente utilizado (22,8%) e escolha dos pais ou responsável (21,1%) (NUNES et al., 2015).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), verificou que aproximadamente 78% das pessoas que precisavam de atendimento de saúde costumavam procurar pelo mesmo lugar ou profissional de saúde, percentual semelhante foi observado na faixa etária de 0 a 17 anos (79,9%) (IBGE, 2015).

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Saúde: Adolescência e juventude

A adolescência é o período de passagem entre a infância e a vida adulta. É marcada por mudanças e transições nos aspectos físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do sujeito em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais do meio em que está inserido (EISENSTEIN, 2005). A adolescência e juventude são fases da vida relacionadas a processos biopsicossociais complexos que perpassam por questões econômicas, sociais e multiculturais (BRASIL, 2010), sendo caracterizadas ainda pela formação de padrões comportamentais e estilos de vida (VINGILIS; WADE; SEELEY, 2002).

Os limites cronológicos da adolescência e juventude são definidos de diferentes formas. O Ministério da Saúde segue a convenção adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera adolescentes os indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos, esta mesma delimitação foi adotada pelo PROSAD (WHO, 1986; BRASIL, 1996). São considerados jovens, os indivíduos que estão entre 15 e 24 anos (WHO, 1986). Utiliza-se também o termo jovens adultos que engloba a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (EISENSTEIN, 2005). No Brasil, a Lei 8.069 de 1990, considera criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e entre 12 e 18 anos é definida como a fase da adolescência.

O período da adolescência se inicia com alterações corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e personalidade (EISENSTEIN, 2005). Entretanto, as fronteiras desses grupos etários não estão dadas de modo homogêneo e fixo, as vivências e experiências individuais são determinantes nesse processo (PORTELA; PORTELA, 2005; BRASIL 2010). É importante destacar que nem sempre a idade cronológica está de acordo com a idade biológica, e esta separação vai depender de fatores que levarão a um desenvolvimento geralmente não harmônico (DAMENTE et al., 1983; EISENSTEIN; COELHO, 2008), que é denominado de assincronia de maturação (EISENSTEIN; SOUZA, 1993).

A adolescência e juventude demandam a consideração de processos complexos de emancipação, não restringindo a apenas a saída da escola e a adesão ao mundo do trabalho, devendo ser consideradas três dimensões interdependentes: a macrossocial, que diz respeito às desigualdades sociais como as de classe, gênero

e etnia; a dimensão dos dispositivos institucionais que envolve os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho e, a dimensão biográfica, ou seja, as questões específicas da trajetória pessoal de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

No contexto brasileiro, um país com dimensões continentais e de formação multivariada na sua história e cultura, deve ser valorizada a diversidade das várias realidades de vida de adolescentes e jovens para a compreensão das adolescências e das juventudes brasileiras (BRASIL, 2010).

Os adolescentes e jovens compõem um grupo de indivíduos com características específicas, mas não homogêneo, se diferenciam em classe, gênero, escolaridade, idade, condições de vida e saúde, orientação sexual, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições (ABRAMO; BRANCO, 2005). Esses aspectos configuram-se em demandas complexas, em um conjunto de necessidades dos adolescentes e jovens, que resultam em intensos desafios para a organização do trabalho em saúde no sentido de efetivarem os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (AYRES et al., 2012).

A adolescência é uma fase marcada por vulnerabilidades devido a vivência de conflitos de caráter social, psicológico, físico, cultural, econômico, dentre outros. É um momento de inquietações e descobertas que requer orientações dos riscos para contaminação com doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a ocorrência de uma gravidez precoce (BESERRA et al., 2008). Por esse e outros problemas possíveis de serem enfrentados na adolescência que o PROSAD vem procurando atuar de forma preventiva e incentivando práticas de promoção da saúde. Nesse enfrentamento os profissionais de saúde precisam encarar que seu papel é fundamental na formação dos jovens, deixando de desempenhar um atendimento prescritivo, que se limita a sua competência técnica, para uma abordagem integral na atenção ao adolescente (RUZANY; SZWARCOWALD, 2000).

Diante das peculiaridades desse grupo etário e as mudanças no padrão de morbimortalidade, o sistema de saúde tem se organizado para criação de programas e estratégias que sejam capazes de atender às necessidades específicas dos adolescentes, o que tem se constituído em um grande desafio para os serviços de saúde (KANG et al., 2003; JUSZCZAK; COOPER, 2002). Deve-se destacar a organização dos serviços de saúde como um importante fator para garantir o acesso dos adolescentes e jovens às ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças, e de reabilitação, sendo necessário para essa organização elementos como,

recursos humanos, estrutura física, insumos que devem ser fornecidos considerando a necessidade e a realidade de cada serviço (BRASIL, 2007). Além disso, a organização dos serviços devem dispor de uma equipe multiprofissional, abrangendo os aspectos do cotidiano desses indivíduos, além de possibilitar rearranjos nas ações que busquem atender às demandas individuais e coletivas (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Apesar do PROSAD ter sido criado em 1989, somente foi implantado de forma mais sistemática a partir de 1992 (BRANCO, 2002), no qual foram definidas como áreas prioritárias de atuação o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes, fundamentadas nos princípios da integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade vinculada a um desenvolvimento de práticas educativas. Ainda são encontrados problemas na efetivação dessas ações, especialmente na atenção primária (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Esforços têm sido necessários para que os programas nacionais ofereçam uma cobertura adequada a toda a população de adolescentes e jovens, com atenção integral, proporcionando vínculo e o fortalecimento da relação com a família e a comunidade, a integração entre os profissionais e os setores das unidades, estabelecimento de parcerias com outros setores, além da inserção desse público nas atividades realizadas pelos serviços de saúde, que são elementos essenciais para a melhoria da qualidade da assistência (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

A partir da implementação da Lei Orgânica da Saúde e da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a atenção à saúde dos adolescentes e jovens tem se baseado nos princípios do SUS: acesso universal, equidade, igualdade, descentralização dos serviços de saúde e participação da sociedade. E para efetivação de tais princípios os serviços de Atenção Primária à Saúde são considerados como a referência para o atendimento dos adolescentes (BRAZ, 2011).

3.2 Acesso aos serviços de saúde

Na literatura não existe um consenso entre os pesquisadores para o emprego dos termos “acesso” e “acessibilidade”, sendo ambos muitas vezes utilizados como sinônimos, e empregados de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O acesso apresenta um conceito multifacetado, empregado muitas vezes de forma

imprecisa e pouco clara quando relacionada ao uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Na tentativa de uma compreensão mais precisa do que está posto na literatura buscou-se sistematizar estes conceitos em quatro grupos: 1) aqueles baseados em características do indivíduo e serviços de saúde, 2) na relação entre ambos, 3) apenas nos serviços de saúde (oferta) e, 4) por fim, nas definições que consideravam apenas os indivíduos.

Destacam-se no primeiro os estudos de Aday e Andersen (1974), Unglert, (1995), Ramos; Lima (2003), que utilizam o termo acesso para se referirem às características dos indivíduos e dos serviços de saúde. Enquanto que Frenk (1985) se baseia nesses mesmos elementos para conceituar o termo acessibilidade.

Em 1974, Aday e Andersen mencionaram que o termo acesso aos serviços de saúde baseia-se nas características da população e na disponibilidade geográfica e organizacional do sistema de saúde.

O acesso à saúde refere às características da população e dos serviços de saúde, como às condições de vida, nutrição, habitação, poder econômico, nível de escolaridade, englobando a acessibilidade aos serviços no que se refere a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural relacionados aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995; RAMOS; LIMA, 2003).

Frenk (1985) baseou-se nos elementos dos sujeitos e dos serviços de saúde para desenvolver um conceito de acessibilidade a partir do modelo inicial de Donabedian. Este sistematiza o fluxo de eventos entre a necessidade de saúde e a obtenção do cuidado necessário. Nesse caso, implica inicialmente que há alguma necessidade de saúde e que a pessoa deseja esse cuidado. Para isso, propõe-se um encadeamento das seguintes ocorrências: necessidades de saúde, desejo de obter cuidados de saúde, procura pela atenção, entrada nos serviços e continuidade do cuidado. Dado o evento da necessidade e a busca propriamente dita, os esforços seguintes se concentram em verificar os fatores que impedem ou facilitam o processo de busca e obtenção.

Por outro lado, grande parte dos estudos têm afirmado que não somente a oferta de serviços é condição importante para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, como também a percepção das necessidades de uma atenção à saúde por parte do próprio indivíduo, para que a partir da percepção desencadeie a

busca por esses cuidados (PINHEIRO; TORRES 2006), corroborando com a ideia, vale destacar os seguintes autores: Rosero-Bixby (2004), Travassos e Castro, (2008), Andersen (1995), Travassos e Martins (2004), Aday e Andersen (1974) Guagliardo (2004), Unglert (1990) e Assis; Jesus (2012) refere que o acesso implica na relação entre a oferta e a procura pelos serviços de saúde. Uma vez que o conhecimento da oferta e a demanda de serviços de saúde torna-se indispensável para o entendimento de como esses dois fatores resultam na obtenção de cuidados em saúde pela população.

O acesso diz respeito a relação entre a procura por cuidados de saúde, baseado na percepção de uma necessidade de saúde pelos indivíduos, e a entrada no serviço (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Entretanto, para Aday e Andersen (1974) o acesso não implica apenas na entrada ao sistema de saúde ou das características do sistema e da população, mas o quão esses serviços estão sendo utilizados pelas pessoas que realmente necessitam.

Tal percepção pode ser influenciada por experiências pregressas com os serviços de saúde, ou seja, as pessoas percebem as dificuldades e facilidades para receberem a atenção de que necessitam repercutindo no acesso aos mesmos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acesso aos cuidados de saúde pode ser entendido a partir dos conceitos utilizados no modelo comportamental de Andersen (1995). O “acesso potencial” se refere a presença de recursos que proporcionem meios para o uso ou que aumentem a probabilidade de utilização de serviços de saúde para uma dada população ou indivíduo, que coexistem em um espaço e tempo; enquanto que, o “acesso realizado” diz respeito a utilização efetiva dos serviços, ocorre quando todas as barreiras são superadas (GUAGLIARDO, 2004; ANDERSEN, 1995).

Além disso, faz-se necessário reduzir as desigualdades e garantir o acesso do ponto de vista: geográfico, através da localização dos serviços de saúde; econômico, a partir da remoção de barreiras a utilização dos serviços de saúde; cultural, através da adequação das práticas em saúde voltadas aos hábitos e costumes da população cobertura por determinado serviço; e funcional, através da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990; ASSIS; JESUS, 2012).

Outros autores, ainda que compartilham da ideia da relação entre as características dos serviços e dos indivíduos, adotam o termo acessibilidade, dentre

eles destacam: Garrocho (1988), Acurcio & Guimarães (1996), Trad; Pfeiffer; Guimarães, (2012), Carr-Hill et al., (1994), Ambrose, (1977), Joseph, Phillips, (1984) e Donabedian (1988).

Para Garrocho (1988) as definições de acessibilidade ainda não estão completamente claras, se é um atributo do serviço de saúde ou da população (usuário potencial), pois o conceito de acessibilidade, em um sentido amplo, deve ser considerado como atributo do serviço de saúde e sua relação com o usuário. Em consonância a essa compreensão Acurcio & Guimarães (1996) definem que acessibilidade seria a capacidade de obter o cuidado de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. A acessibilidade refere-se a real condição de aceder aos serviços ou recursos disponíveis (TRAD; PFEIFFER; GUIMARÃES, 2012). Além disso, a forma como as pessoas reconhecem a disponibilidade dos serviços vai interferir na decisão de procurá-los (CARR-HILL et al., 1994).

O conceito de acessibilidade relacionado aos serviços de saúde e o usuário está ligado a dois elementos básicos: um físico e outro social (GARROCHO, 1988). O elemento físico tem relação com a distância geográfica entre o serviço de saúde e o usuário potencial (AMBROSE, 1977). Quanto ao elemento social se refere às diferenças sociais existentes entre o usuário potencial e as características dos serviços de saúde, sendo relacionado às condições sociais do indivíduo, sua classe social, nível de escolaridade, valores culturais, percepções e crenças, e por outro lado, deve se considerar as características dos serviços de saúde como, o horário de trabalho do indivíduo, a qualidade do serviço de saúde, ou seja, o elemento social representa a acessibilidade efetiva dos serviços (JOSEPH; PHILLIPS, 1984).

Donabedian (1988) sistematizou o conceito de acessibilidade e descreveu dois aspectos que se apresentam em contínua interação: sócio organizacionais e geográfico. Para tal autor, os atributos sócio organizacionais que incluem a condição educacional, social, cultural e econômica, além de levar em consideração todas as condições de funcionamento dos serviços que influenciam na relação usuário/serviços, como horário de funcionamento e o tempo de espera para o atendimento, são fatores que irão influenciar significativamente no acesso à saúde. Quanto a acessibilidade geográfica refere-se a distribuição espacial dos recursos, como a localização das unidades e a disponibilidade e custos de meios de transporte.

Por outro lado, Travassos & Martins (2004) destacam que alguns atributos dos indivíduos de cunho, sociais, culturais, econômicos e psicológicos não foram utilizados

por Donabedian ao conceituar acessibilidade, uma vez que a relação dos indivíduos com o uso dos serviços de saúde é mediada pela acessibilidade, ou seja, a acessibilidade refere-se à característica da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso dos serviços.

Além do que já foi posto, alguns autores utilizam os conceitos de acesso e acessibilidade fazendo referência apenas às características dos serviços de saúde. Autores referem o termo acesso à saúde quando relacionado a disponibilidade de serviços (LITAKER; KOROUKIAN; LOVE, 2005), sendo ressaltados; Cunha (2007), Travassos; Oliveira; Viacava (2006) e Gu; Wang; Mcgregor, (2010).

A organização dos serviços, quando tem por objetivo garantir o acesso à saúde, apresenta-se com importante potencial para facilitar a utilização pelos usuários (CUNHA, 2007), sendo que outras características dos sistemas e dos serviços de saúde podem se configurarem como barreiras de acesso, vale destacar, a disponibilidade, qualidade dos serviços e recursos humanos, a distribuição geográfica dos serviços de saúde, o modelo assistencial, os mecanismos de financiamento, informação e acolhimento, ou seja, são barreiras estruturais que afetam o acesso (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; GU; WANG; MCGREGOR, 2010).

Outros autores, no entanto empregam o termo acessibilidade para tratarem das características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de entrada do indivíduo no sistema de saúde (DONABEDIAN, 1988; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1988) por sua vez, considera acessibilidade como a presença ou disponibilidade de serviços e recursos em um certo lugar e um determinado tempo. Incluindo ainda características de recursos que facilitam ou obstruem a utilização pelos potenciais usuários.

A acessibilidade aos serviços de saúde constitui um importante elemento de um sistema de saúde durante o processo de busca e obtenção do cuidado (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Oliveira & Pereira (2013) sugerem que a acessibilidade tem relação com as características da oferta que influenciam a chegada das pessoas aos serviços. Para Starfield (2002) a acessibilidade é definida como um dos aspectos da oferta de serviços (STARFIELD, 2002), esta mesma definição foi mencionada por Trad e Cols (2012) como conceito de acesso.

Este estudo também pretende analisar a acessibilidade e o acesso na perspectiva dos indivíduos. Assim sendo, a acessibilidade aos serviços de saúde pode ser entendida como o poder de utilização dos usuários potenciais (FRENK, 1985).

É importante destacar que alguns fatores do âmbito individual vão interferir no acesso aos serviços de saúde. Dentre eles, vale ressaltar aspectos econômicos, definidos como a capacidade do indivíduo custear cuidados médicos e pagar pelo transporte para deslocamento até a unidade de saúde (FRENK, 1985). Outros fatores, incluindo características sociais e biológicas, como nível educacional, idade, sexo, ocupação e características da comunidade podem influenciar na ocorrência/tipo de necessidade e a decisão de procurar por cuidados de saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974).

A acessibilidade pode ser mensurada através da relação entre as características da população e a resistência apresentada pelas barreiras socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do âmbito social e assistencial (FRENK, 1985; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade, quando entendida como um atributo relacionado às características da população, implica que uma unidade de saúde pode ser acessível a um indivíduo (adulto jovem de classe média e que dispõe de automóvel para sua locomoção, por exemplo), porém não acessível a um outro indivíduo (idoso de baixa renda) (GARROCHO, 1988). Ambos podem residir em locais com a mesma distância para o serviço de saúde, no entanto, os atributos individuais e as condições pessoais interferem nas diferenças de utilização dos serviços (MOSELEY, 1979).

Algumas dimensões foram avaliadas com a perspectiva de determinar a existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde, dentre elas destacam-se a disponibilidade, a capacidade de pagamento, a aceitabilidade e informação (MCINTYRE; MOONEY, 2007; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A disponibilidade, como uma dimensão de acesso, refere-se a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado. Esta dimensão tem relação com a acessibilidade geográfica entre as unidades de saúde e o indivíduo que delas necessitam, como distância e opções de transportes individuais (JESUS; ASSIS, 2010; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Compreende ainda todos os fatores de um serviço específico ao alcance dos indivíduos (JESUS; ASSIS, 2010). E também a relação entre o quanto há de disponibilidade de serviços e o volume de usuários para uma determinada necessidade (ASSIS; JESUS, 2012).

A dimensão capacidade de pagamento compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e o potencial de pagamento dos indivíduos, além de envolver conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Quanto à dimensão informação, refere ao resultado do processo de comunicação entre o indivíduo e o sistema de saúde. O poder da informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a utilização real dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão da aceitabilidade diz respeito à natureza dos serviços prestados e a forma como os indivíduos e a população os compreendem. Trata-se da dimensão menos palpável do acesso, sendo a mais difícil de ser quantificada e detectada. A aceitabilidade dos serviços de saúde pode ser definida pela relação entre as expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários. Além disso, a interação entre usuários e profissionais de saúde pode ser influenciada por características sociodemográficas, culturais e econômicas (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Baseado nessa busca literária foi possível verificar que o emprego dos termos acesso e acessibilidade não apresenta consenso na literatura, em que os autores a depender da época ou situação empregam os termos indiscriminadamente. Dentre as diferentes abordagens para a caracterização dos termos vale ressaltar a percepção de uma completude conceitual para a relação dos indivíduos com os serviços de saúde quando vinculado ao conceito de acesso.

Este estudo será ancorado aos conceitos definidos por Donabedian (1988), Aday & Andersen (1974) e Andersen (1995), sendo utilizado o termo acesso. O acesso é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados às características organizacionais e geográficas que podem facilitar ou dificultar a entrada dos indivíduos nos serviços de saúde, abrange, nesse caso, a existência de características dos indivíduos, viabilizando assim a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado.

3.3 Sistema de Saúde no Brasil – Atenção Primária à Saúde

Starfield (2002) considera que a APS deve focar a saúde das pessoas a partir de outros determinantes da saúde, ou seja, ser a base que determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados,

direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde, otimizando e reduzindo as disparidades em saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

No contexto da Saúde Pública brasileira, a implantação e regulamentação do SUS se deu através das leis 8.080/90 e 8.142/90, sendo de fundamental importância para a garantia da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Entretanto, apesar da lei assegurar a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, em que pese os avanços conquistados até então, os brasileiros ainda convivem com desigualdade no acesso aos serviços de saúde, e exclusão de parcelas significativas da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Na década de 1990, com a implementação do SUS ocorreram as primeiras iniciativas a fim de fortalecer a APS. Essas políticas se basearam na expansão da APS induzida pelo governo federal, com a perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção, centrado até então na atenção hospitalocêntrica (ALMEIDA, 2014). Sob esse novo olhar, a APS no Brasil é baseada na descentralização e capilaridade das ações, sendo priorizada como contato preferencial dos usuários, e como porta de entrada principal do SUS, além de ocorrer nos locais mais próximos do cotidiano das pessoas (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS, criado em 1994, baseado no trabalho de equipes de profissionais da saúde com responsabilidade pelo cuidado de no máximo 4.500 pessoas em uma determinada área de cobertura (ALMEIDA, 2014), que comunga com as diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade e controle social, além de incorporar os princípios norteadores da APS, vale destacar, o primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, foco na família e orientação da comunidade (PAIM, 2006).

Dentre os atributos da APS é importante destacar o compromisso do serviço de saúde com o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002), sendo definidos como orientadores das melhores condições de acesso aos serviços da APS.

Quanto ao atributo do acesso de primeiro contato nos serviços de APS (acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um

problema); este pode ser mensurado ao considerar aspectos relacionados aos usuários e aos serviços de saúde. Um estudo realizado em Teresópolis com pais de crianças de (0 a 5 anos) observou que as condições do acesso a ESF são satisfatórias devido à proximidade dos serviços aos domicílios dos usuários (RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010). Outros estudos que avaliaram a utilização e a acessibilidade revelam que os indivíduos enfrentam dificuldade de acesso em decorrência de barreiras, tanto na porta de entrada dos serviços como nas demais dimensões (ELIAS, et al, 2008; IBÂNEZ, et al., 2006; FERRER, 2013).

A longitudinalidade do cuidado que se refere a possibilidade do indivíduo receber atenção de maneira regular ao longo do tempo (FERRER, 2013). Um estudo realizado com crianças e adolescentes portadoras de HIV observou escore satisfatório para esse atributo tanto para os serviços de APS como para a atenção especializada, ressaltando que estes usuários veem tais serviços como fonte de atenção, na qual mantêm uso regular e constituem vínculos (SILVA, et al, 2016).

A integralidade diz respeito a capacidade dos serviços de APS oferecerem ao usuário todos os tipos de serviços de atenção que ele necessita, e quando não houver recursos disponíveis, encaminhar para os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002). Estudos na perspectiva dos usuários têm demonstrado que os serviços não fornecem uma atenção integral, especialmente, no componente “serviços prestados”, o que evidencia a necessidade de investimentos nas ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (FERRER, 2013; SILVA, et al., 2016).

A coordenação do cuidado implica na integração do cuidado oferecido, garantindo a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção. Trata-se de um atributo que integra com a rede do sistema de saúde (DAMASCENO, et al., 2016). Damasceno e cols (2016), destacam que para a compreensão desse atributo é necessário um equilíbrio na oferta entre o acesso, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.

A Atenção Primária à Saúde foi denominada no Brasil de Atenção Básica, regulamentada pela portaria nº 648 em março de 2006, a qual aborda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo baseada em um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que atenda às ações de promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, e da manutenção da saúde. Além disso, tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que repercuta na situação de saúde, na autonomia

das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Nessa perspectiva, a APS no uso dessas tecnologias auxilia no manejo das necessidades e demandas de maior relevância do território, com atenção voltada para os critérios de risco e vulnerabilidade da população coberta (BRASIL, 2012).

Segundo Giovanella & Mendonça (2012), o emprego da expressão Atenção Primária à Saúde não apresenta uma uniformidade, sendo portanto identificadas quatro possíveis interpretações: 1) programa focalizado ou seletivo, que diz respeito a uma cesta pronta de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que se trata de serviços médicos ambulatoriais não especializados de primeiro contato; 3) abrangente ou integral, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de organização dos serviços de saúde baseado no que foi posto em Alma-Ata com o propósito de enfrentar as necessidades individuais e coletivas, e por fim 4) processo emancipatório pelo direito universal à saúde.

Alguns elementos devem ser apontados na diferenciação da atenção primária ofertada pela modalidade ESF da atenção prestada por serviços não-ESF, entre os quais se destacam: organização da demanda, delimitação da área de abrangência com adstrição de clientela, ênfase na ação da equipe da saúde da família, e na atenção integral com enfoque familiar. Entretanto, na prática dos serviços não-ESF, destacam-se uma clientela *adscrita*, mesmo quando não formalizada; a ênfase na intervenção médica, as ações preventivas e o enfoque familiar nunca estava totalmente ausente (STRALEN, et al., 2008).

No Brasil, estudos apresentam modalidades organizativas da APS. Nessa perspectiva, as equipes da ESF incluem, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não dispensando a presença de outros profissionais que poderão fazer parte da equipe a depender da realidade local. Enquanto que a modalidade Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais a equipe pode dispor de especialidades médicas das clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica geral), profissionais de enfermagem, além de outros profissionais de nível médio e superior (ALMEIDA, 2014). A modalidade UBS também pode contar com a presença de médicos especialistas (dentre os quais podem-se destacar oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas). A demanda atendida se apresenta como espontânea ou encaminhada a partir de outros serviços, ou seja, não há

adscrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência é apenas para fins de ações de vigilância à saúde (ELIAS et al., 2006).

A co-localização dos serviços de saúde refere-se a uma estratégia em que os serviços estão baseados em uma proximidade geográfica ou localizados no mesmo espaço físico, embora não totalmente integrados entre si, pois não necessariamente compartilham as mesmas práticas. A co-localização tem potencial de aumentar o acesso aos cuidados à atenção primária e aumentar a comunicação entre as diferentes formas de atenção, melhorar a prestação dos cuidados de saúde, além de reduzir custos nos cuidados de saúde (MILLER, et al., 2014; SANCHEZ et al, 2010; BATTERHAM et al, 2002).

A ESF é destacada como um modelo de atenção primária, operacionalizado por meio de estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, com foco na integralidade da assistência à saúde, e na unidade familiar, além de se basear no contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que faz cobertura ou é referência daqueles indivíduos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O acompanhamento dos adolescentes e de adultos jovens no contexto da APS, realizado por médicos e enfermeiros nos serviços de saúde do Brasil, está ancorado, frequentemente, no modelo biomédico. O profissional de saúde, muitas vezes, age como detentor do conhecimento, tratando o indivíduo/paciente como mero receptor de informações, em detrimento da criação de vínculo, de atitudes de escuta e acolhimento.

As diretrizes organizacionais da ESF têm sido confirmadas por estudos que buscaram analisar o desempenho das unidades básicas de saúde, no qual verificaram que a delimitação de área e população de abrangência para a oferta de serviços, ações programáticas e articulação com a comunidade e a inserção obrigatória de profissionais na equipe de saúde são estratégias que facilitam a disponibilidade regular das unidades de saúde e influenciam em melhores condições de acesso aos serviços da ESF (FACCHINI, et al, 2006; BRASIL, 2001; CONILL, 2002; RIBEIRO, et al., 2004).

Estudos realizados com a intenção de aferir os efeitos da implantação da ESF nos problemas de saúde da população têm observado redução das hospitalizações evitáveis (MACINKO, et al., 2010), e da mortalidade infantil (AQUINO; OLIVEIRA;

BARRETO, 2009). Um estudo realizado em Campina Grande, Paraíba demonstrou que os indivíduos que têm a cobertura da ESF apresentaram uma associação positiva e estatisticamente significativa com o acesso aos serviços de saúde bucal (ROCHA; GOES, 2008).

Quando comparado os serviços da ESF e a UBS tradicional os resultados encontrados indicaram um melhor desempenho dos profissionais que trabalham na ESF (IBANÉZ et al., 2006). Facchini e cols (2006) ressaltam que, ao comparar as duas modalidades de atenção à saúde, a ESF apresenta um desempenho melhor que as unidades de modelos tradicionais, tanto na região Sul quanto no Nordeste do Brasil. Destaca-se ainda, que a ESF representou tentativas exitosas na promoção da equidade, uma vez que sua presença foi prevalente em área de regiões mais pobres e com indivíduos em vulnerabilidade.

No que se refere ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde, são expressos os limites dos modelos de atenção atual do sistema de saúde brasileiro, nos quais apresentam íntimas relações com os problemas referentes a infraestrutura, ao financiamento, a organização e a gestão, traduzindo a realidade da proposta do modelo hegemônico (PAIM, 2006).

Almeida (2014) refere que as diversas experiências pelo território brasileiro, com diferentes padrões de desenvolvimento histórico e de acesso à rede de cuidados em saúde, permite reconhecer os desafios potenciais para a construção de uma APS forte que contribua para a efetividade do direito à saúde com repercussões positivas para a proteção social e redução das desigualdades sociais.

Com relação ao acesso dos adolescentes e jovens aos serviços da APS, é indicado a necessidade de repensar o cuidado nesse nível de atenção, pois estudos têm demonstrado uma baixa frequência de adolescentes que buscam por atendimento nas unidades básicas de saúde, quando comparado a parcela total de usuários que usufruem diariamente dos serviços ofertados (QUEIROZ et al., 2011; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

O acesso a APS visto apenas como a entrada no serviço de saúde desconsidera algumas dimensões indispensáveis para um acesso efetivo e de qualidade. Destaca-se a integralidade do cuidado, como uma necessidade de apreensão das condicionalidades do sujeito, em que são considerados saberes técnicos, relacionais e subjetivos dos indivíduos. A partir de uma atuação profissional de maneira interdisciplinar, atendendo às necessidades desse grupo etário,

promovendo assistência qualificada, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde, os adolescentes alcançam a autonomia em que permite o compartilhamento de decisões que possam preservar a saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Dentre os atributos e as ações que são desenvolvidas no âmbito da APS, o acesso dos adolescentes e jovens deve ser garantido e adequado às suas necessidades. O serviço deve promover condições que facilitem o acesso e o acolhimento, que possibilite a construção de relações de vínculo entre os jovens e profissionais de saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012), que incorpore em suas práticas de saúde o processo de gestão comunitária, em que os jovens possam interferir no processo de decisão e planejamento (MEIRELLES; RUZANY, 2008).

O acesso aos serviços de saúde é indispensável para que o adolescente busque atenção tanto de cunho preventivo como curativo. Além disso, faz-se necessário uma privacidade e confidencialidade na relação com os trabalhadores da saúde e o sujeito/adolescente (RUZANY, 2008a).

4. ARTIGO

**Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens
em um município do Estado da Bahia**

**Access to Primary Health Care services for adolescents and young people in a
municipality in the state of Bahia**

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) dos adolescentes e adultos jovens e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família em um município do Estado da Bahia.

MÉTODOS: Estudo transversal, a partir de um inquérito domiciliar realizado com indivíduos de 15 a 24 anos de idade, em Camaçari- Bahia, no período de 2011 a 2012. Variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde e dos serviços de saúde foram utilizadas para descrição da população segundo a área de cobertura da APS e ajuste dos modelos. As estimativas da associação entre área de cobertura da APS e acesso aos serviços, assim como barreiras de acesso, e participação em atividades educativas foram calculadas através da razão de prevalência por meio da regressão logística com uso do software R.

RESULTADOS: O acesso aos serviços de APS foi referido por 89,5% dos adolescentes e adultos jovens, não havendo diferenças estatisticamente significantes segundo área de cobertura da APS. A participação em atividades educativas demonstrou uma associação positiva estatisticamente significativa para os indivíduos que residem em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RP: 0,97; IC95%: 0,93 – 1,01). Entre os indivíduos que residem em áreas cobertas pela ESF e os que residem área não cobertas pela ESF verificou que o tempo de atendimento e a marcação da consulta e disponibilidade de transporte coletivo apresentaram diferenças estatisticamente significante.

CONCLUSÕES: Os dados deste estudo apontaram que, entre os adolescentes e adultos jovens entrevistados houve um amplo acesso aos serviços da APS. Entretanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre o acesso e a área de cobertura da APS.

DESCRITORES: Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Adolescente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between access to Primary Health Care (PHC) services for adolescents and young adults and the coverage of the Family Health Strategy in a municipality in the State of Bahia.

METHODS: This is a cross-sectional study based on a household survey conducted with individuals aged 15 to 24 years in Camaçari-Bahia, Brazil, from 2011 to 2012. Demographic, socioeconomic, health and health services variables were used to describe the population according to the coverage area of the APS and for model. Estimates of the association between APS coverage area and access to services, as well as access barriers, and participation in educational activities were calculated using the prevalence ratio in the logistic regression using software R.

RESULTS: Access to PHC services was reported by 89.5% of adolescents and young adults, and there were no statistically significant differences according to the coverage area of PHC. Participation in educational activities showed a statistically significant positive association for individuals living in areas covered by the Family Health Strategy (RP: 0.97; 95%CI: 0.93 - 1.01). Among individuals residing in areas covered by the ESF and those residing in the area not covered by the PHC, it was verified that the time of service and the appointment of the consultation and availability of collective transportation showed statistically significant differences.

CONCLUSIONS: The data from this study indicated that, among adolescents and young adults interviewed, there was broad access to PHC services. However, no statistically significant differences were observed between access and coverage area of PHC.

DESCRIPTORS: Access to health services. Primary Health Care. Adolescent.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase em que ocorrem mudanças de ordem emocional, física, psicológica e de comportamento (PALAZZO; BÉRIA; TOMASI, 2003). Trata-se de um período em que o indivíduo inicia uma interação com o mundo externo de modo mais autônomo sem, muitas vezes, ter de assumir a responsabilidade da vida adulta. Contudo, esta situação pode levar o sujeito a vivenciar condutas de riscos que podem comprometer sua saúde de maneira irreversível (RUZANY, 2008).

Por muito tempo, os adolescentes eram considerados um grupo populacional saudável, com menor risco de adoecimento e morte (CLARO et al., 2006). Entretanto, o aumento dos índices de morbimortalidade entre adolescentes e adultos jovens, devido a acidentes, violência, suicídio, complicações relacionadas a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, e doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2016) passou a demandar novas iniciativas para conhecer e atender às necessidades dessa população (BRAZ, 2011). A atenção à saúde do adolescente tem exigido em muitos países uma abordagem mais criteriosa dos cuidados em saúde, especialmente, no âmbito dos serviços de cuidados primários à saúde (KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998; KANG et al., 2003).

No nível da atenção primária à saúde (APS), o acesso aos serviços de saúde é destacado como um importante indicador de saúde de uma dada população (STARFIELD, 2002). O acesso pode estar relacionado com as diferentes formas de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde próxima da população adscrita àquele serviço, os horários, os dias abertos para atendimento, e o nível de tolerância para consultas não-agendadas (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

No Brasil, um inquérito de base escolar verificou que 48% dos estudantes entrevistados procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses à entrevista, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o serviço mais referido pelos adolescentes (47,5%). Dos escolares que procuraram a UBS, 85,1% afirmaram ter obtido atendimento (OLIVEIRA et al., 2015).

Alguns fatores têm sido referidos como barreiras de acesso aos serviços de saúde em diversos estudos que elegeram os adolescentes como população alvo, a exemplo da disposição geográfica dispersa dos serviços (KANG et al., 2003), preocupação sobre a confidencialidade, o desconhecimento dos serviços, desconforto

em compartilhar suas preocupações com a saúde, características organizacionais dos serviços (BOOTH et al., 2004), a falta de conhecimento/informação dos meios de obtenção do cuidado e a ausência de transporte para chegar aos serviços de saúde (COPLAND et al., 2011).

Alguns estudos ressaltaram que adolescentes e adultos jovens mantêm um certo distanciamento, e até resistência em aproximar-se dos serviços de saúde, especialmente, aos cuidados primários de saúde e, em contrapartida, que as equipes de saúde apresentam dificuldades em acolher aqueles que os procuram (PALAZZO; BÉRIA; TOMASI, 2003; BOOTH et al., 2004; MUZA; COSTA, 2002). Outros autores destacaram que os adolescentes pouco utilizam os serviços, e quando procuram, geralmente, não o fazem para ações preventivas e de promoção da saúde (AYRES, 1993; CARVALHO et al., 2008), e sim quando há necessidade de tratamento de doenças, ou seja, restringindo a procura dos serviços de saúde para ações curativas e individuais (VIEIRA, et al., 2014).

Estudos sobre acesso aos serviços de APS entre adolescentes e jovens são pouco frequentes no Brasil, sendo a maioria específico para um determinado tipo de cuidado, como gravidez na adolescência, saúde bucal e saúde mental (CARVALHO et al., 2008; ROCHA; GOES, 2008; QUINDERÉ et al., 2013). Essa carência de estudos aponta a necessidade de investigações nesse âmbito a fim contribuir com achados que subsidiem o redirecionamento das práticas assistenciais dos serviços de APS (SILVA et al., 2011), e para o planejamento de ações e políticas para este ciclo de vida.

O presente estudo tem por objetivo analisar a associação entre o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde dos adolescentes e adultos jovens e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Estado da Bahia.

MÉTODOS

Modelo teórico

O modelo teórico representado pela Figura 1, pretende responder a hipótese de investigação, que consiste na proposição de que os indivíduos residentes em áreas cobertas pela ESF associam-se a melhores condições de acesso. Esta hipótese fundamenta-se nas características organizacionais e geográficas dos serviços da ESF que em tese apresentam menores barreiras e, conseqüentemente, melhores condições de acesso aos serviços de saúde. Além disso, outras questões individuais e contextuais precisam ser consideradas, como as características demográficas, socioeconômicas e de saúde, individuais e das famílias. Para investigação desta proposição, faz-se necessário considerar as necessidades de saúde dos indivíduos, que resultarão em demandas por serviços de saúde. Estes aspectos podem, também, influenciar na decisão dos indivíduos em buscar ou não um determinado serviço de saúde.

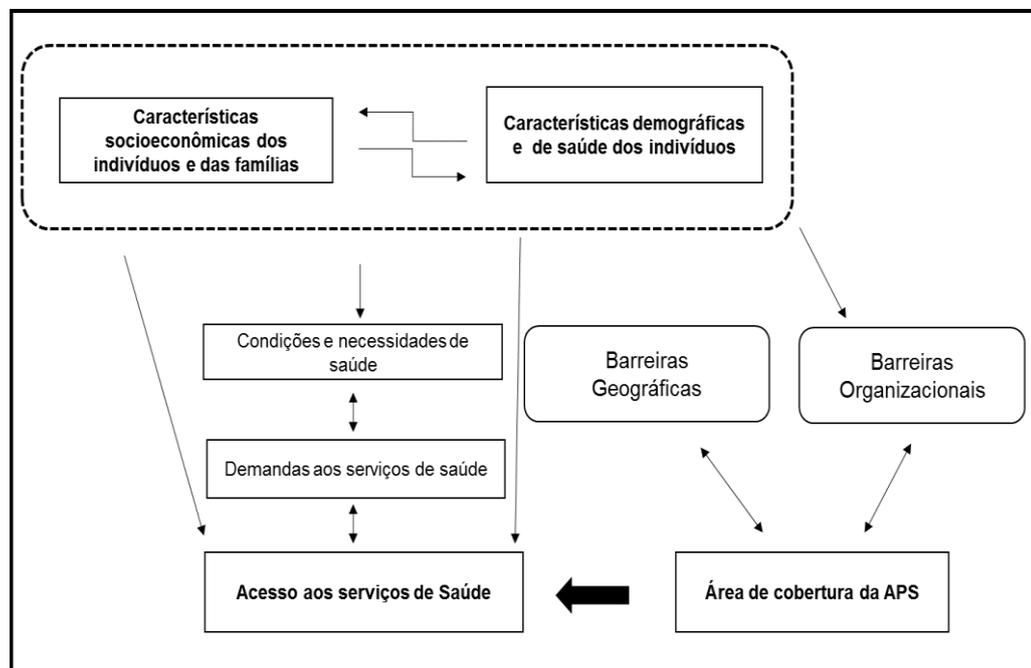


Figura 1. Modelo teórico para avaliação da associação entre o acesso aos serviços de saúde por adolescentes e adultos jovens e a área de cobertura da APS. Camaçari, Bahia, 2011 a 2012.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, a partir de um inquérito domiciliar realizado com indivíduos de 15 a 24 anos de idade, desenvolvido no município de Camaçari, Bahia, no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012. O estudo faz parte do projeto “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos” (AQUINO, et al., 2012).

O município de Camaçari, localizado na Região Metropolitana de Salvador, ocupa uma área territorial de aproximadamente 785 Km², sendo um dos maiores municípios em termos populacionais do Estado da Bahia. Em 2010, tinha população de 242.970 habitantes, densidade demográfica de 309,65 habitantes/km², com aproximadamente 96% dos residentes concentrados na área urbana do município (IBGE, 2010). Em 2011, a rede de saúde era composta por 38 unidades básicas de saúde, sendo 28 unidades da ESF, cuja cobertura estimada era de 49,7% (CAMAÇARI, 2014). Segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi possível identificar 43.544 famílias cadastradas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sendo a proporção de cobertura populacional estimada de 57,98% em dezembro de 2011 (BRASIL, 2016).

A amostra do inquérito foi obtida por meio de uma amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios de seleção: unidade primária – microárea; unidade secundária – indivíduo.

O tamanho da amostra foi de aproximadamente 1700 indivíduos. Para o primeiro estágio da seleção utilizou-se uma listagem da Secretária Municipal de Saúde com informações sobre todas as 477 microáreas, o que corresponde a 100% de cobertura do município. Do total foram sorteadas e incluídas 63 microáreas no estudo, sendo 30 unidades de ESF e 33 Unidade Básica de Saúde (UBS). Do total de microáreas apenas três não tinham cobertura de ACS. O segundo estágio da amostragem consistiu da seleção aleatória de domicílios por meio de uma ordem de sorteio dos logradouros, após identificação dos domicílios com pelo menos um residente entre 15 e 24 anos, realizou-se um sorteio aleatório, quando necessário, de um morador por domicílio nesta faixa etária para responder ao questionário, mesmo que o mesmo não estivesse presente no momento. Ressalta-se que as gestantes, pessoas com necessidades especiais (que inviabilizassem a realização do questionário) e empregados domésticos daqueles domicílios identificados dentro da faixa etária foram excluídos do sorteio. Informações mais detalhadas do cálculo do

tamanho da amostra e da composição da amostragem podem ser obtidas em Aquino et al. (2012).

Para compor a amostra do presente estudo foram considerados os indivíduos que referiram ter procurado atendimento de saúde na unidade de referência do seu domicílio, nos últimos 12 meses a entrevista. Sendo, então, considerados 812 indivíduos para o estudo.

Variáveis Estudadas

A principal variável dependente do estudo foi o acesso aos serviços de APS (sim ou não), mensurado entre os indivíduos que afirmaram ter procurado a unidade de saúde de referência do seu domicílio nos últimos 12 meses. Além disso, como uma proxy de acesso a ações de prevenção e promoção da saúde, foi analisada com variável dependente a "participação em atividades coletivas nos serviços da APS" (sim ou não).

Para investigar possíveis mecanismos facilitadores ou dificultadores do acesso, foram analisadas outras variáveis dependentes: 1- tempo entre a marcação da consulta e o atendimento (atendido no mesmo dia ou em dois e mais dias); 2- tempo de deslocamento a pé do domicílio à unidade de saúde de referência (≤ 15 minutos ou > 15 minutos), definição baseada em estudos da literatura que consideram 15 minutos um tempo razoável para o indivíduo percorrer entre sua residência e o serviço de saúde (RAMOS; LIMA, 2003; SOUZA et al., 2015); 3- disponibilidade de transporte coletivo (sim ou não); 4- filas para marcação de consultas (sim e não); e 5- dias específicos para a marcação de consultas (sim e não).

A variável independente principal foi definida como o tipo de unidade de APS de referência da área do domicílio do entrevistado, sendo consideradas: áreas cobertas pela ESF e áreas não cobertas ESF. É importante destacar que as áreas não cobertas pela ESF foram compostas por; unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e UBS localizadas em estabelecimentos que integravam Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

As co-variáveis do estudo foram agrupadas segundo três blocos:

- Primeiro, características demográficas dos indivíduos: sexo (masculino e feminino), faixa etária (adolescentes e adultos jovens) raça/cor (branco e não-branco - negro, pardo, amarelo e indígena), escolaridade (até ensino

médio ou técnico incompleto e ensino médio ou técnico completo a ensino superior), situação conjugal (solteiro e casado/divorciado/separado/viúvo), ter filhos (sim e não).

- Segundo, características socioeconômicas dos indivíduos e das famílias: trabalho (sim e não), trabalho do responsável (sim e não), auxílio financeiro – Bolsa família (sim e não), possuir carro (sim e não), e plano de saúde (plano médico e odontológico e não).
- E, terceiro, condições de saúde dos indivíduos e características de serviços de saúde: percepção da condição de saúde (muito boa/boa e regular/ruim), presença de alguma doença ou problema de saúde (sim e não), motivo da procura pelo atendimento nos serviços de saúde de referência (doença/agravo e ações preventivas), localização das unidades de saúde (orla e sede), conhecer o agente comunitário de saúde ACS) que visita seu domicílio (sim e não);

As variáveis de ajustes, selecionadas como potenciais confundidoras a partir da revisão de literatura, foram analisadas, utilizando o teste qui quadrado de Pearson para identificar a existência de associação entre as diferentes co-variáveis, sendo incluídas no modelo final as seguintes variáveis, a saber: sexo, faixa etária, escolaridade, trabalho e percepção de saúde.

Análise estatística

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva da distribuição das co-variáveis segundo a variável independente principal, através de frequências absolutas e relativas. Para associação e o valor de p de 5% fez-se uso da correção para amostragens complexas considerando o primeiro estágio do conglomerado (microárea) através do comando svy do software Stata por meio da Estatística F (Manual do Stata).

Devido ao desfecho acesso (prevalência 89,5%) ser um fenômeno muito frequente, a *odds ratio* (OR) não forneceria uma boa estimativa da razão de prevalência (RP), pois provocaria uma superestimação da magnitude da medida de associação (SANTOS, et al., 2008). Na perspectiva de obter resultados mais precisos foram calculadas a RP.

As estimativas das associações entre área de cobertura da APS e cada uma das variáveis dependentes foram obtidas através do cálculo das razões de prevalências (RP), e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), por meio do modelo de regressão logística.

A estimação da RP foi realizada através de um pacote (prLogistic) desenvolvido por Ospina e Amorim (2011), ajustando pelas co-variáveis selecionadas após a exclusão de co-variáveis potencialmente correlacionadas com as que permanecem no modelo. A interpretação dos modelos foi realizada através da RP, considerando um nível de 5% de significância. Para estimação da RP aplicou-se o método delta com padronização condicional através do software R (SANTOS, et al., 2008). Para as análises univariada, bivariada e multivariada utilizou-se o software Stata 12.0.

O método delta é uma técnica utilizada para calcular o erro padrão para amostragens mais complexas como uma função das variâncias entre duas probabilidades (LACALIO; MARGOLIS; BERLIN, 2007). E a padronização condicional é um procedimento de medidas de efeitos epidemiológicos que se baseia em um valor padrão, como exemplo a média das covariáveis, sendo a prevalência calculada para cada grupo de comparação (SANTOS, et al., 2008).

Com o propósito de realizar uma análise de sensibilidade para verificar a robustez dos resultados com uso de modelos multiníveis foram calculadas RP através da regressão de Poisson e OR por meio da regressão logística no software Stata 12.0, para estas análises utilizou-se como variável independente principal a modalidade da APS da área de residência do entrevistado, classificada da seguinte forma: ESF, UBS tradicional e UBS/UPA.

A pesquisa de origem foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia por meio do parecer de nº 019/2009 ISC/UFBA.

RESULTADOS

Um total de 812 adolescentes e adultos jovens residentes do município de Camaçari referiram ter procurado o serviço de APS de referência do seu domicílio. Destes, 727 (89,5%) afirmaram ter obtido acesso nos últimos 12 meses da entrevista, sendo que 87,3% eram residentes de áreas cobertas pela ESF e 91,6% de indivíduos que residem em áreas não cobertas pela ESF (Tabela 1).

Em relação às características demográficas dos entrevistados, pode-se observar uma maior proporção de indivíduos do sexo feminino (67,4%), da faixa etária de 15 a 19 anos (55,7%), de raça/cor não-brancos (90,9%), com nível de escolaridade com ensino médio ou técnico incompleto (66,1%), solteiros (70,6%), e que afirmaram não ter filhos (73,5%). Sobre as características socioeconômicas, mais da metade desses indivíduos não trabalhavam (67,1%), enquanto que, 70,6% dos seus responsáveis apresentavam vínculos empregatícios, 39,2% da população do estudo era beneficiária do auxílio bolsa família, 17,6% tinha plano privado de saúde, e aproximadamente 25% dispunham de veículo automotor privado (Tabela 1).

Quanto as variáveis relacionadas às condições de saúde e características dos serviços de saúde, a maioria dos adolescentes e adultos jovens (58,5%) consideravam sua saúde muito boa ou boa, e não referiam apresentar doença (78,9%) no momento da entrevista. Quando questionados pelos motivos que os levaram a procurar atendimento na unidade de saúde referência quase a metade dos indivíduos (50,3%) afirmaram que foram em busca de ações preventivas e 76,7% afirmaram conhecer o ACS que visita sua residência (Tabela 2).

Os grupos residentes em áreas cobertas e não cobertas pela ESF apresentavam características semelhantes, exceto quanto as variáveis descritas a seguir, que apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Entre os residentes de áreas cobertas pela ESF foram observados maiores percentuais de indivíduos com grau de escolaridade até ensino médio/técnico incompleto, Casados/Divorciados/Separados/Viúvos, com filhos e beneficiários do auxílio bolsa família, enquanto menores percentuais de cobertura de plano privado de saúde foi referido neste grupo (Tabela 1). Os grupos também diferiram quanto ao motivo de procurar atendimento na unidade de referência (entre os residentes em áreas da ESF foi maior o percentual que procuram pelos serviços para ações preventivas e menor para doenças e agravos) e o percentual de entrevistados que conheciam o ACS foi maior entre os residentes em áreas da ESF (Tabela 2).

Na análise de regressão logística com correção para amostras complexas por meio do método delta, observou-se no modelo ajustado que não houve associação estatisticamente significativa entre o acesso aos serviços de saúde e a cobertura da APS. Dentre as variáveis de ajuste, apenas sexo apresentou diferença estatisticamente significativa ao acesso dos serviços da APS, sendo que o sexo

feminino apresentou uma redução de 5% de acesso aos serviços de saúde (RP: 0,95; IC95%: 0,91 – 0,99) (Tabela 3).

Análises a fim de confrontar os resultados encontrados da tabela 3, foram realizados através de modelos multiníveis por meio da regressão de Poisson e Logística com uso da variável independente principal denominada de modalidade da APS da área de residência do entrevistado, classificada da seguinte forma: ESF, UBS tradicional e UBS/UPA. Os resultados demonstraram semelhanças para a medida pontual aos obtidos nas análises quando aplicado a variável independente principal dicotômica (área de cobertura da APS). Entretanto, a categoria de unidades classificadas como UBS/UPA demonstrou melhores condições de acesso quando comparado a UBS tradicional, porém não apresentou diferença estatisticamente significativa.

A análise dos modelos que buscaram avaliar as possíveis associações entre “barreiras” de acesso aos serviços de saúde e a área de cobertura da APS, ajustados pelas variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, trabalho e percepção de saúde indicou que área de cobertura da ESF apresentou associações negativas estatisticamente significativa para ocorrência do atendimento no mesmo dia de marcação da consulta (RP: 0,60; IC95%: 0,48 – 0,74) e presença de transporte coletivo (RP: 0,59; IC95%: 0,39 – 0,90). As demais análises não apresentaram diferenças estatisticamente significantes (Gráfico 1).

A tabela 5 apresenta a análise de regressão logística multivariada entre a participação em atividades educativas (proxy de acesso a ações de prevenção e promoção da saúde) e área de cobertura da APS. A área de cobertura da ESF apresentou uma associação positiva estatisticamente significativa (RP: 3,00; IC95%: 1,68 – 5,34).

DISCUSSÃO

Os dados deste estudo apontaram que, entre os adolescentes e adultos jovens entrevistados, cerca de 90% obtiveram acesso aos serviços de APS referência do seu domicílio nos últimos 12 meses da entrevista. O amplo acesso aos serviços de saúde é um achado semelhante a alguns estudos da literatura (PNS, 2015, PNAD, 2010, OLIVEIRA et al., 2015, PENSE, 2012). No entanto, o percentual esperado para a falta

de acesso deveria ser zero, uma vez que é direito do cidadão e dever do Estado garantir o acesso aos serviços de saúde (NUNES, et al., 2014).

Entretanto, não foi evidenciada, pelo presente estudo, a associação entre a área de cobertura da APS com o acesso aos serviços de saúde. Achados semelhantes foram encontrados por um estudo realizado no Estado da Paraíba que verificou a não influência no acesso aos serviços de saúde bucal de indivíduo que residem em áreas cobertas pela ESF (ROCHA; GOES, 2008). Um outro estudo, que buscou verificar a percepção de usuários e profissionais dos serviços de atenção primária, a partir dos atributos da APS, constatou que o acesso obteve baixas avaliações tanto para as UBS tradicionais como para a ESF. Ressalta ainda, que apesar de não haver diferença significativa foi atribuído a saúde da família uma pior avaliação (STRALEN, et al., 2008).

Os resultados encontrados indicam que a ESF não está reduzindo as barreiras de acesso como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). O estudo revelou que residir em áreas não cobertas pela ESF são mais acessíveis aos adolescentes e adultos jovens. A menor probabilidade de obter acesso nos serviços de áreas cobertas pela ESF contradiz às ações traçadas para este tipo de serviço que deve apresentar como características, avanços na reorganização do modelo assistencial, com foco em ações programáticas, atividades domiciliares e articulação com a comunidade, inserção no território, com estabelecimento de vínculos com o usuário e a comunidade, e que favorecerá a efetividade do cuidado à saúde (CARNEIRO JR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Entretanto, a literatura destaca dificuldades organizacionais dos serviços da atenção básica para atender às demandas deste público (MARQUES; QUEIROZ, 2012). A ESF tem demonstrado índices ligeiramente melhores nas condições de vínculo, enfoque familiar e orientação comunitária quando comparado à UBS tradicional. Isto leva ao questionamento do alcance das condições ideias propostas à ESF, justamente nas atividades de promoção e educação em saúde, elementos centrais no discurso para a substituição do modelo assistencial vigente nas UBS (ELIAS, et al., 2006).

Foram evidenciados nas análises algumas das barreiras de acesso entre as áreas de cobertura da APS. Essas dificuldades relacionadas ao acesso são fatores determinantes no processo do cuidado, ou seja, quando o sujeito não consegue transpor as barreiras como tempo entre a marcação e a consulta e ausência de

transporte coletivo, o acesso não se efetiva. Essas barreiras supraditas foram encontradas no presente estudo, atribuído a área coberta pela ESF maiores entraves no acesso aos serviços da APS. Desse modo, o cumprimento das diretrizes propostas para a ESF não está sendo seguidos nas práticas desses serviços de atenção primária.

Entre os indivíduos que residem em áreas cobertas pela ESF e áreas não cobertas pela ESF observou-se algumas barreiras como a disponibilidade de transporte coletivo e o tempo de agendamento, que evidenciaram diferenças significativas neste estudo. Oliveira & Cols (2012) identificaram estes mesmos obstáculos para a procura e o efetivo acesso dos serviços da ESF. Apesar das barreiras geográficas não terem comprometido o uso desses serviços, o tempo de agendamento tem aparecido com um potencial dificultador, em que aproximadamente 70% dos usuários referiram um tempo superior a sete dias entre a marcação e a consulta (OLIVEIRA, et al., 2012). Um estudo realizado com adolescentes verificou que os serviços da APS apresentam dificuldades no acesso, levando muitas vezes a desistência da procura pelo serviço (MARQUES, QUEIROZ, 2012).

Os adolescentes e adultos jovens que residem em áreas cobertas pela ESF apresentaram uma maior probabilidade do tempo de deslocamento a pé do domicílio a unidade de saúde referência do seu domicílio ser maior que 15 minutos comparado aos indivíduos que moram em áreas não cobertas pela ESF. Um estudo realizado em um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia apresenta resultados favoráveis às unidades da ESF, em que cerca de 50% dos entrevistados referiram um gasto médio menor que dez minutos neste deslocamento (OLIVEIRA, et al., 2012).

Fatores ligados a acessibilidade organizacional, como a presença de dias específicos para a marcação da consulta foram observados como obstáculos para a ESF, apesar de não apresentarem diferenças significativas. Resultado semelhante a esse foi observado em um estudo realizado em um município do interior da Bahia, no qual a ausência de marcação de consulta de forma permanente dificultava o acesso aos serviços da ESF (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

A persistência de problemas relacionados à acessibilidade geográfica e organizacional, como o tempo de deslocamento entre a residência e a unidade de saúde, a ausência de transporte coletivo, o longo tempo entre a marcação e a consulta, presença de filas para marcação da consulta e a presença de dias

específicos para a marcação de consultas, são fatores que podem contribuir para o afastamento dos adolescentes e adultos jovens dos serviços da ESF.

Quando analisado a participação em atividades educativas como *proxy* de acesso a ações de prevenção e promoção da saúde, verificou-se que os indivíduos que residiam em áreas cobertas pela ESF apresentavam três vezes maior probabilidade de participarem dessas ações quando comparados aos adolescentes e adultos jovens residentes em áreas não cobertas pela ESF. O cuidado a este público pressupõe a necessidade de horizontalização entre as ações e as relações usuários/profissionais, para favorecer assim, o acolhimento, o vínculo e o efetivo acesso dos adolescentes e adultos jovens (MARQUES; QUEIROZ, 2012). Para alcançar as necessidades de saúde destes jovens faz-se necessário o envolvimento dos trabalhadores na atenção integral a fim de dar resolubilidade aos problemas dessa população.

As demandas por atenção aos serviços de saúde resultam da conjunção de fatores sociais, econômicos, familiares e individuais da população (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002; FURTADO; GOMES; GAMA, 2016). Fatores esses que podem explicar as diversas condições de acesso aos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de APS tem entre seus determinantes as características demográficas, socioeconômicas, a saúde dos indivíduos, e dos serviços de saúde. No presente estudo, observou-se que, os grupos com necessidades de saúde que geraram demandas de saúde são justamente aqueles que têm maior dificuldade social e econômica, além de enfrentarem maiores barreiras de acesso a outros serviços de saúde, sendo destacados, indivíduos do sexo feminino, raça/cor de não brancos, menor nível de escolaridade, não trabalham, não possuem plano privado de saúde e veículo automotivo. Nunes e cols (2014) encontraram achados semelhantes. Pesquisas nacionais (PENSE, 2012 e PNAD, 2010) demonstraram que os serviços mais procurados e utilizados pelos indivíduos foram serviços da APS, no entanto, as modalidades da atenção primária não são especificadas.

A busca por serviços de APS entre os indivíduos do estudo foi maior no sexo feminino semelhante aos adolescentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012 (OLIVEIRA, et al., 2015) e à população adulta (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). As mulheres geralmente procuram mais os serviços de saúde aumentando as possibilidades de diagnóstico de doenças, além de contribuir para o

aumento do acesso a práticas de promoção, prevenção e tratamento (CASTANHERAS, et al. 2014; PNAD, 2010).

Vale ressaltar, que as ações consideradas preventivas correspondem a mais da metade dos motivos que levaram os indivíduos do estudo a procurarem pelos serviços de saúde de referência de seus domicílios. Estes resultados demonstram contradições aos encontrados na literatura, em que alguns estudos têm afirmado um certo distanciamento dos adolescentes aos serviços de saúde, especialmente, dos de APS (PALAZZO; BÉRIA; TOMASI, 2003; BOOTH et al., 2004). Outros destacam que quando procuram por atenção à saúde, geralmente, são para cuidados curativos, ou seja, quando um problema de saúde já se encontra instalado (AYRES, 1993; CARVALHO et al., 2008). Por outro lado, identificamos um estudo que apresentou resultados semelhantes aos nossos achados, no qual foi destacado que as necessidades de procurar por um serviço de saúde para esse público alvo não tem vinculação direta com a presença de morbidade, mas as ações preventivas (Claro & cols, 2006).

A auto percepção de saúde tem sido utilizada como um bom indicador na avaliação do comportamento dos indivíduos na busca por serviços de saúde, por conta da dificuldade de mensuração da própria necessidade de saúde (HULKA; WHEAT, 1985; CLARO et al., 2006). O percentual de adolescentes e adultos jovens que avaliaram seu estado de saúde como regular ou ruim (41,4%) foi muito superior a outros estudos da literatura (CLARO et al., 2006; PNAD, 2010, KLEIN, MCNULTY, FLATAU, 1998). São achados preocupantes para um público que por muito tempo foi considerado saudável. Outros fatores que podem estar intrínsecos a estes resultados são as questões contextuais, sociais e culturais.

Muitos estudos empregam o termo acesso como sinônimo da utilização dos serviços de saúde, ou seja, a utilização é caracterizada como a efetivação do acesso. No entanto, essa relação pode gerar conclusões errôneas na avaliação em saúde, pois desconsidera os sujeitos que procuraram os serviços e não conseguiram o atendimento (NUNES et al., 2014). Cabe ressaltar que o presente estudo considerou todos os indivíduos que afirmaram ter procurado a unidade de saúde referência do seu domicílio.

Algumas limitações precisam ser ponderadas para interpretação dos achados. Primeiro, por se tratar de um estudo de delineamento transversal, não é possível realizar inferências causais/temporais entre as variáveis estudadas, sendo necessário

estudos com outros desenhos metodológicos para investigar as relações entre o acesso aos serviços de saúde e a área de cobertura da APS. Segundo, no estabelecimento da variável independente principal, que pode ter sofrido viés de informação, uma vez que alguns indivíduos não reconhecem a unidade de saúde que faz cobertura a seu domicílio. Para tanto, foi implementado pelos pesquisadores um grande esforço na correção e adequação das respostas para esta variáveis, destacando que aqueles indivíduos que afirmaram ter procurado o serviço de APS referência do seu domicílio, mas preencheram o campo da unidade saúde com o nome de outro serviço da rede pública do município, foram excluídos do estudo.

Como potencialidade do estudo é importante destacar que o estudo refere-se a um inquérito domiciliar, sendo uma abordagem indicada para o estudo da temática acesso, que possibilita conhecer melhor a distribuição deste fenômeno na população geral. Enfatiza-se o rigor metodológico, principalmente no que diz respeito à adequação dos métodos utilizados, tanto da coleta dos dados como da análise, à natureza das variáveis e a correção realizada por razão da amostragem complexa. Além disso, na modelagem estatística foi aplicado o método mais indicado para o desfecho com variável do tipo binária e de alta prevalência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo sinalizam problemas na atenção prestada pelos serviços de atenção primária à saúde, especialmente, a ESF do município de Camaçari, Bahia. Embora a APS seja considerada o modelo de atenção como foco na família, grupos e comunidades, indicada como porta de acesso privilegiada, e alternativa substitutiva do modelo biomédico, ainda enfrenta muitos desafios para a efetivação de um papel organizador e coordenador do cuidado nos sistemas de saúde.

Os resultados são de relevância para o planejamento de intervenções na rede de APS, especialmente para compreender o comportamento e as dificuldades enfrentadas por adolescentes e adultos jovens no acesso a esses serviços, representando informações importantes às políticas e programas a fim de melhorar a qualidade da atenção à saúde a esse grupo populacional. Para uma atenção integral à saúde dos adolescentes e adultos jovens e suas diversas dimensões faz-se necessário considerar os múltiplos contextos que influenciam na procura e no efetivo acesso dos serviços de APS. Além disso, tais resultados apontam para a necessidade

de reestruturação da ESF no município em estudo, uma vez que as maiores barreiras de acesso foram encontradas pelos indivíduos residentes em áreas cobertas pela ESF.

Recomenda-se, portanto, novas investigações sobre o acesso aos serviços da APS por adolescentes e jovens com o emprego de outras metodologias ou que explorem com mais detalhes as questões de acesso e suas barreiras. Além disso, no cenário atual pode-se encontrar resultados mais favoráveis para a ESF no município devido à sua maior consolidação. Faz-se necessário fortalecer políticas públicas já existentes com estratégia para inserir este público no âmbito da APS, a exemplo do Programa de Saúde na Escola e o apoio à implementação da caderneta de saúde do adolescente, ou seja, desenvolver mecanismos e repensar as práticas das equipes de saúde de forma a preconizar uma atenção acolhedora e de qualidade a esses jovens. O investimento em ações de prevenção e promoção da saúde na juventude podem perdurar em melhores condições de vida e saúde na idade adulta.

REFERÊNCIAS

1. AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Organizadora). Programação em Saúde hoje. 2ª ed. São Paulo: hucitec, 1993, p. 139 – 82.
2. AQUINO, R. et al. Avaliação dos efeitos da Estratégia Saúde da Família: adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos – **Relatório final do projeto**. Salvador, 2012, 56 p.
3. BOOTH, M. L., et al. Access to health care among Australian adolescent's young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *J Adolesc Health*, v. 34, p. 97-103, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar – Bahia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFba.def>. Acesso em: 15 set 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.
6. BRAZ, M. **Doenças Crônicas e Problemas de Saúde em Adolescentes do Município de Campinas**. 2011. 97f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
7. CARNEIRO JR N, JESUS CH, CREVELIM MA. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde Soc*, v. 19, nº3, p. 709-716, 2010.
8. CAMAÇARI. (Município). Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Prefeitura Municipal de Camaçari. Departamento de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde, 2014.
9. CARVALHO, I. E. et al. Associação ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n. 5, p. 886-94, oct. 2008.
10. CASTANHEIRA, C. H. C. et al. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. *Rev Bras Epidemiol*, v. 17, p. 256-66, 2014.
11. CLARO, L. B.L et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1565-1574, ago. 2006.

12. COPLAND, R. J. et al. Self-Reported Pregnancy and Access to Primary Health Care Among Sexually Experienced New Zealand High School Students. **Journal of Adolescent Health**, New Zealand, v. 49, p. 518–524, 2011.
13. CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saude Publica**, v. 26, nº 4, p. 725-737, 2010.
14. ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
15. FURTADO, E. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, p. 23, 2016.
16. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, nº 3, p. 565-574, 2007.
17. HULKA, B. S.; WHEAT, J. R. Patterns of utilization. The patient perspective. **Med Care**, v. 23, p. 438-60, 1985.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.
21. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290405&search=bahia|bonito>>. Acesso em: 12 dez 2015.
22. KANG, M. et al. Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. **British Journal of General Practice**, Australia, v. 53, p. 947-952. Dec. 2003.
23. KLEIN, J. D.; MCNULTY, M.; FLATAU, C. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 152, p. 676-682, 1998.

24. LACALIO, A. R.; MARGOLIS, D. J.; BERLIN, J. A. Relative risks and confidence intervals were easily computed indirectly from multivariable logistic regression. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, p. 874-882, 2007.
25. MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 33, nº 3, p. 65-72, 2012.
26. MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-36, set/out, 2014.
27. MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan-fev, 2002.
28. NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 411-420, jul-set. 2015.
29. PALAZZO, L. dos S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1655-1665, nov-dec. 2003.
30. OLIVEIRA, M. M. de. Et al. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1603-1614, 2015.
31. OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, nº 11, p. 3047-3056, 2012.
32. OMS. Organização Mundial da Saúde. Salud de los adolescentes. Disponível em:<http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/>. Acesso em: 19 maio 2016. OMS, 2016.
33. OSPINA, R.; AMORIM, L. prLogistic - Estimation of Prevalence Ratios using Logistic Models. 2011. Disponível em: <https://rdr.io/cran/prLogistic/>. Acesso em: 30 jan 2017.
34. QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
35. RUZANY, M. H. Atenção à Saúde do Adolescente: Mudança de Paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 1ª Ed., 2008. P. 21-25.

36. RAMOS, D. D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 27-34, 2003.
37. ROCHA, R. de A. C. P.; GOES, P. S. A. de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.
38. SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 7, nº 4, p. 757-776, 2002.
39. SANTOS, C. A. S. T. et al. Estimating adjusted prevalence ratio in clustered cross-sectional epidemiological data. **BMC Medical Research Methodology**, 2008.
40. SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 9, p. 3807-16, sept. 2011.
41. SOUZA, M. S. P. L. et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, nº 1, p. 111-120, 2015.
42. STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup 1:S148-S158, 2008.
43. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 225-241, 2002.
44. STATA Corporation. Stata Statistical Software: release 12.0. Stata Corporation, 2017.
45. VIEIRA, R. P. et al. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico- Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, nº 2, p. 309-16, 2014

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas de adolescentes, adultos jovens e familiares de acordo com a área de cobertura dos serviços da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Área de cobertura				Valor de p
	Total	%	ESF %	Não-ESF %	
Total	812	100	48,4	51,6	
Acesso					0,11
Sim	727	89,5	87,3	91,6	
Não	85	10,5	12,7	8,4	
Sexo					0,97
Masculino	265	32,6	32,6	32,7	
Feminino	547	67,4	67,4	67,3	
Faixa Etária					0,92
15- 19 anos	452	55,7	55,5	55,8	
20 - 24 anos	360	44,3	44,5	44,2	
Raça/Cor					0,38
Branco	74	9,1	8,1	10,0	
Não Branco	738	90,9	91,9	90,0	
Escolaridade					0,05
Até ensino médio/técnico incompleto	530	66,1	69,8	62,6	
Ensino médio/técnico completo a ensino superior	272	33,9	30,2	37,4	
Situação Conjugal					0,02
Solteiro	573	70,6	65,1	75,7	
Casados/Divorciados/Separados/Viúvos	239	29,4	34,9	24,3	
Tem filhos					0,00
Sim	215	26,5	32,8	20,5	
Não	597	73,5	67,2	79,5	
Trabalho					0,18
Sim	267	32,9	30,5	35,1	

Não	545	67,1	69,5	64,9	0,88
Trabalho do responsável					
Sim	568	70,6	70,9	70,3	0,00
Não	237	29,4	29,1	29,7	
Auxílio Bolsa Família					0,02
Sim	316	39,2	45,3	33,4	
Não	491	60,8	54,7	66,6	0,02
Plano Privado de Saúde					
Médico e odontológico ou odontológico	132	17,6	13,5	21,6	0,09
Não	616	82,4	86,5	78,4	
Tem Carro					0,09
Sim	199	24,9	21,6	28,0	
Não	600	75,1	78,4	72,0	

Tabela 2. Características das condições de saúde de adolescentes, adultos jovens e familiares de acordo com a área de cobertura da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Área de cobertura				Valor de p
	Total	%	ESF %	Não-ESF %	
Percepção de Saúde					0,99
Muito boa/boa	475	58,5	58,5	58,5	0,66
Regular/ruim	337	41,5	41,5	41,5	
Refere Apresentar Doença					0,00
Sim	171	21,1	21,6	20,5	
Não	641	78,9	78,4	79,5	
Motivo de procurar atendimento em Unidade de Referência					0,00
Doença/Agravo	404	49,7	39,9	58,9	
Ações Preventivas	408	50,3	60,1	41,1	

Conhecer o ACS					0,00
Sim	623	76,7	38,2	9,3	
Não	189	23,3	61,8	90,7	

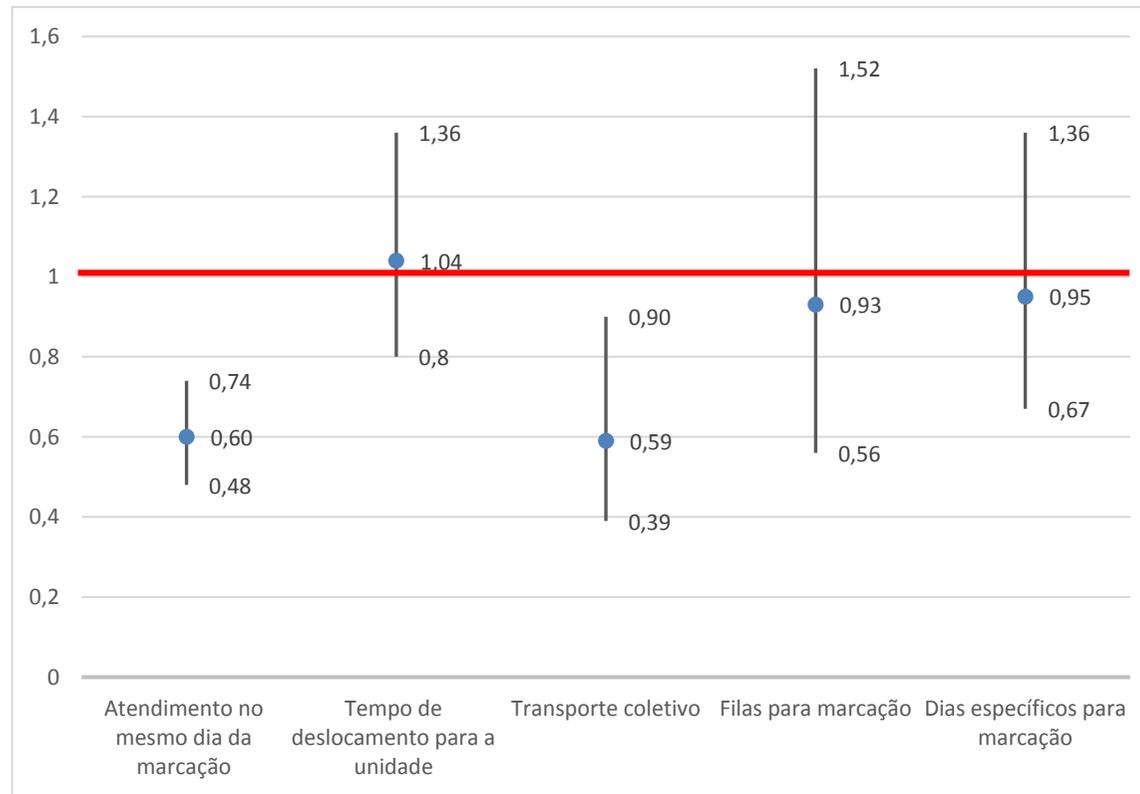
Tabela 3. Razão de Prevalência ajustada para a associação entre a área de cobertura da APS e o acesso aos serviços de saúde entre adolescentes e adultos jovens. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Modelo Ajustado	
	RP	IC (95%)
Área de cobertura		
ESF	0,97	0,93 - 1,01
Sexo		
Feminino	0,95	0,91 - 0,99
Faixa Etária		
20 - 24 anos	0,97	0,94 - 1,01
Escolaridade		
Ensino médio/técnico completo a ensino superior	1,01	0,98 - 1,03
Trabalho		
Sim	0,99	0,97 - 1,02
Percepção de Saúde		
Muito boa/boa	1,02	0,99 - 1,04

*Regressão Logística

Tabela 4. Características da acessibilidade geográfica e organizacional dos serviços de saúde segundo a área de cobertura de APS. Camaçari, Bahia, 2011 – 2012.

Variáveis	Total	Área coberta pela ESF	Área não coberta pela ESF
Tempo de deslocamento (média/minutos)	13,24	13,58	12,92
Tempo de deslocamento ≤ 15 minutos (%)	73,3	70,2	76,1
Transporte coletivo (%)	40,5	30,5	49,9
Dias específicos para marcação de consultas (%)	83,4	83,7	83,0
Filas para marcação de consultas (%)	91,3	91,6	90,9
Tempo entre a marcação e a consulta (média/dias)	7,71	8,78	6,72
Atendimento no mesmo dia (%)	42,9	29,8	55,1



*Ajustado por: Sexo, faixa etária, escolaridade, trabalho e percepção de saúde.

**Regressão Logística

Gráfico 1. Razão de prevalência e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) da ocorrência do atendimento no mesmo dia da marcação da consulta, tempo de deslocamento entre o domicílio e a unidade de saúde, disponibilidade de transporte coletivo, presença de filas para marcação, dias específicos para marcação, de acordo com área de cobertura da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Tabela 5. Razão de Prevalência ajustada da associação entre a área de cobertura da APS e a participação em atividades educativas entre adolescentes e adultos jovens. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Modelo Ajustado	
	RP	IC (95%)
Área de cobertura		
ESF	3,00	1,68 - 5,34
Sexo		
Feminino	0,94	0,52 - 1,69
Faixa Etária		
20 - 24 anos	1,35	0,78 - 2,32
Trabalho		
Sim	0,61	0,33 - 1,15
Escolaridade		
Ensino médio/técnico completo a ensino superior	1,38	0,79 - 2,40
Percepção de Saúde		
Muito boa/boa	0,87	0,52 - 1,46

**Regressão Logística

5. REFERÊNCIAS

1. ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (orgs.). Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.
2. ACURCIO, F. de. A. GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, abr-jun, 1996.
3. ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, Chicago, 1974.
4. ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.
5. ALMEIDA, P. F. de. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: UNASUR, 2014, 88p.
6. AMBROSE, P. Access and spatial inequality, Unit 23, D204, Fundamentals of Human Geography. Milton Keynes, Open University Press, 1977.
7. ANDERSEN, R. M. Reviving the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, march, 1995.
8. AQUINO, R. et al. **A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde**. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Saúde coletiva: teoria e prática (orgs). 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.
9. AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities **American Journal of Public Health**. Porto Alegre, v. 99, nº 1, p. 87-93, 2009.
10. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
11. AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Organizadora). Programação em Saúde hoje. 2ª ed. São Paulo: hucitec, 1993, p. 139 – 82.
12. AYRES, J. R. de C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação** v.16, n.40, p.67-81, jan-mar. 2012.
13. BATTERHAM R. Et al. Construction of a GP integration model. **Soc Sci Med.**, Austrália, v. 54, n. 8, p.1225-41, apr, 2002.

14. BESERRA, E. P. et al. Adolescência e Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma Pesquisa Documental. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Ceará, v. 20, n.1, p. 32-35, 2008.
15. BLANKSON, K. L.; ROBERTS, T. A. Military Health Care Utilization by Teens and Young Adults. **Pediatrics**, v. 133, n. 4, April. 2014.
16. BOOTH, M. L., et al. Access to health care among Australian adolescent's young people's perspectives and their sociodemographic distribution. **J Adolesc Health**, v. 34, p. 97-103, 2004.
17. BRANCO, V. M. C. **Emoção e Razão**: Os sentidos da saúde do adolescente para os profissionais. 2002. Dissertação (Mestrado). Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
18. BRAZ, M. **Doenças Crônicas e Problemas de Saúde em Adolescentes do Município de Campinas**. 2011. 97f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
19. BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2001.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
23. 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. 132 p.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
25. BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n. 2, p. 404-16, 2005.
26. CARR-HILL, R. A., et al. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. York: Centre for Health Economics, University of York, sept. 1994.
27. CARVALHO, I. E. et al. Associação ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n. 5, p. 886-94, oct. 2008.

28. CLARO, L. B.L et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1565-1574, ago. 2006.
29. COPLAND, R. J. et al. Self-Reported Pregnancy and Access to Primary Health Care Among Sexually Experienced New Zealand High School Students. **Journal of Adolescent Health**, New Zealand, v. 49, p. 518–524, 2011.
30. CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública**, v. 18, Suppl.191-202, 2002.
31. COSTA, R. F. da; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos Adolescentes na Atenção Primária: Perspectivas de Integralidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 466-472, jul –set, 2012.
32. CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr, 2010.
33. CUNHA, A. B. O. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Estado da Bahia. 2007. 125p. Tese (doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
34. DAMANTE, J. H. et al. Comportamento das idades estatural, ponderal, óssea e dentária, antes e durante a puberdade, em meninas brancas, brasileiras, da região de Baurú. **Pediatr**, São Paulo, v. 5, p. 353-370, 1983.
35. DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, nº 9, p. 2961-2973, 2016.
36. DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud**: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México, 1988.
37. EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e Critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, junho, 2005.
38. EISENSTEIN, E.; COELHO, K. Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Brasília: 1ª Ed., 2008, p. 57-67.
39. EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 39-45.
40. ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

41. FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 669-681, 2006.
42. FERRER, A. P. S. Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo. 2013.233p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
43. FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública do México**, v. 27, n. 5, p. 438 – 453, 1985.
44. GARROCHO, C. Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación em el contexto del Estado de México. **Estudios demográficos y urbanos**, 1988.
45. GIBSON, E. J. et al. Measuring School Health Center Impact on Access to and Quality of Primary Care. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, p. 699-705, 2013.
46. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Cidadania para a saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.
47. GU, W.; WANG, X.; MCGREGOR, S. E. Optimization of preventive health care facility locations. **International Journal of Health Geographics**, Canada, v. 9, p.17, 2010.
48. GUAGLIARDO, M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. **International Journal of Health Geographics**, v. 3, 2004.
49. HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**, Viçosa, v. 20, n. 3, p. 300-309, 2010.
50. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências:** Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
51. IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683- 703, jul.-set. 2006.
52. JESUS, W. L. A de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v.15, n.1, p. 161-170, 2010.
53. JOSEPH, A.; PHILLIPS, D. R. Accessibility and utilization: geographical perspectives on Health Care Delivery. **Harper and Row**, London, p. 214, 1984.

54. JUSZCZAK, L.; COOPER, K. Improving the health and wellbeing of adolescent boys. **Nursing Clinics of North America**, v. 37, p. 433– 442, 2002.
55. KANG, M. et al. Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. **British Journal of General Practice**, Australia, v. 53, p. 947-952. Dec. 2003.
56. LITAKER, D.; KOROUKIAN, S. M.; LOVE, T. E. Context and Health care Access Looking Beyond the Individual. **Medical Care**, v. 43, n. 6, June, 2005.
57. MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood)**, v. 29, nº 12, p. 2149-60, 2010.
58. MCINTYRE, D.; MOONEY G. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University, 2007.
59. MEIRELLES, Z. V.; RUZANY, M. H. Promoção de saúde e Protagonismo juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 1ª Ed., 2008. P. 35-40.
60. MILLER, B. F. et al. Primary care, behavioral health, provider colocation, and rurality. **J Am Board Fam Med**. v. 27, nº 3, p. 367-74, 2014.
61. MOSELEY, M. **Accessibility: the rural challenge**. Methuen. Londres, 1979.
62. MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan-fev, 2002.
63. NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 411-420, jul-set. 2015.
64. OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66(esp), p.158-64, 2013.
65. OLIVEIRA, M. M. de. Et al. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1603-1614, 2015.
66. PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.
67. PALAZZO, L. dos S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1655-1665, nov-dec. 2003.
68. PORTELA, V.; PORTELA, A. V. **Gravidez na Adolescência**. Brasília, 2005.

69. PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.
70. QUEIROZ, M. V. O.; et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev RENE**. v.12, n. esp, p. 1036-44, 2011.
71. RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.
72. RIBEIRO, J. M.; SIQUEIRA, S. A. V.; PINTO, L. F. S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, nº2, 2010.
73. RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, nº 2, p. 534-45, 2004.
74. ROCHA, R. de A. C. P.; GOES, P. S. A. de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.
75. ROSERO-BIXBY, L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 1271–1284, 2004.
76. RUZANY, M. H. Atenção ao Adolescente: Considerações Éticas e legais In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 1ª Ed., 2008a. P. 35-40.
77. RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. Oportunidades Perdidas na atenção ao adolescente: adolescência Latino-americana. 2000.
78. SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2012.
79. SANCHEZ K.; THOMPSON S.; ALEXANDER L. Current strategies and barriers in integrated health care: a survey of publicly funded providers in Texas. **Hosp Psychiatry**. v. 32, n. 1, p. 26- 32, Jan-Feb. 2010.
80. SILVA, C. B. et al. Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. **Rev Bras Enferm**, v. 69, nº 3, p. 522-31, 2016.
81. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 225-241, 2002.

82. STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.24, supl.1, 2008.
83. TRAD, L. A. B.; PFEIFFER, M. E.; GUIMARÃES, M. C. da S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.46, n. 6, p.1007-13, 2012.
84. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: GIOVANELLA L, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-43.
85. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p.190-198, 2004.
86. TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 975-986, 2006.
87. UNGLERT, C. V. de S. O Enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão de Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.
88. UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. Distrito Sanitário. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995, p. 221-235.
89. VINGILIS, E. R.; WADE, T. J.; SEELEY, J. S. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. **Can J Public Health**. v. 93, n. 3, p.193-7, May-Jun, 2002.
90. WHO. World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

6. APÊNDICES – ANÁLISES SECUNDÁRIAS

Na análise descritiva das características demográficas, socioeconômicas e de saúde dos indivíduos e suas famílias segundo os motivos que os levaram a procurar a unidade de saúde de APS referência do seu domicílio. Observa-se que, 49,8% foram devido à presença de doença ou agravos (acidente) e 50,2% referiram buscar ações consideradas preventivas. Dentre os que afirmaram obter acesso mais da metade (51,2%) foi por motivo de doença/agravos. Quanto ao tipo de modalidade, aproximadamente 70% dos que buscaram atendimento nas unidades da APS por doença/agravo afirmaram ter procurado a UBS/UPA, enquanto que, dentre os que procuraram para ações preventivas afirmaram ter procurado a unidade da ESF (60,1%) e a UBS tradicional (59,9%). As variáveis acesso e modalidades da APS apresentaram diferenças estatisticamente significantes a um valor de p de 5% (Tabela 6).

Na distribuição das características dos indivíduos que procuraram a APS por motivos de doenças/agravos as maiores proporções foram encontradas para o sexo masculino (63,8%), na faixa etária de 15 a 19 anos (52,6%), de raça/cor branca (54,5%), com nível de escolaridade até ensino médio/técnico incompleto (50,7%), solteiro (53,7%), não têm filhos (54,6%), trabalham (56,9%), seus responsáveis não trabalham (54,0%), não são beneficiários do auxílio bolsa família (49,9%), possuem planos privados de saúde (médico e odontológico ou odontológico) (65,2%), e que possuem veículo automotor (52,3%). Em relação as características de saúde, observa-se uma percepção de saúde muito boa ou boa (50,5%), e apresentavam doença no momento da entrevista (54,4%) (Tabela 6).

Quanto as características dos que procuraram a APS em busca de ações consideradas preventivas, as maiores frequências foram encontradas para o sexo feminino (57,0%), faixa etária de 20 a 24 anos (53,9%), raça/cor não-branca (51,3%), com maior nível de escolaridade do ensino médio ou técnico completo a ensino superior (51,8%), situação conjugal de casado/divorciado/separado/viúvo (59,8%), que têm filhos (63,7%), não trabalham (53,8%), seus responsáveis trabalham (51,9%), beneficiários do auxílio bolsa família (50,6%), possuem planos privados de saúde (52,1%), e não dispõem de carro automotor (51,5%). Quanto às condições de saúde, mais da metade dos indivíduos referem percepção de saúde regular ou ruim (51,3%), e não apresentavam doença no momento da entrevista (51,5%) (Tabela 6).

Na análise bivariada, entre os motivos que levaram os indivíduos a buscarem os serviços da APS por motivo de doença/agravo comparado aos que procuraram os serviços para ações de caráter preventivo, em relação as características demográficas, socioeconômicas e de saúde, estão as variáveis sexo, situação conjugal, ter filhos, trabalho, plano de privado de saúde, que apresentaram diferenças estatisticamente significativa a um valor de p de 5% (Tabela 6).

Quanto a localização das unidades da APS referência do domicílio, 77,0% se localizam na sede do município e 23,0% na orla. Dos que afirmam ter acessado aos serviços da APS 76,7% foram em unidades localizadas na sede e apenas 23,3% na orla do município. Dentre as variáveis descritas, todas as categorias apresentam maiores proporções para as unidades localizadas na sede do município. Na análise entre a localização das unidades de saúde da APS e as características demográficas, socioeconômicas e de saúde dos indivíduos e suas famílias, verificou-se uma diferença estatisticamente significante para modalidades da APS, trabalho do responsável, auxílio bolsa família, plano privado de saúde e motivo que os levou a procurar atenção em uma unidade da APS (Tabela 7).

Na análise usando o modelo de regressão de Poisson com correção para amostras complexas através de modelos multiníveis, observou-se no modelo ajustado que não houve associação estatisticamente significante entre o acesso aos serviços de atenção à saúde e as modalidades dos serviços de APS. Entretanto, a modalidade UBS/UPA mostrou uma probabilidade de 2% maior de acesso comparado a UBS tradicional (Tabela 8).

A análise dos modelos do tempo entre a marcação da consulta e o atendimento, tempo de deslocamento entre o domicílio e a unidade de saúde, disponibilidade de transporte coletivo, presença de filas para marcação, dias específicos para marcação de acordo com as diferentes modalidades da APS e ajustados pelas variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, trabalho e percepção de saúde indicou possíveis associações entre “barreiras” de acesso aos serviços de atenção à saúde e as modalidades dos serviços de APS. A modalidade UBS/UPA apresentou associação positiva estatisticamente significante para o tempo de atendimento ocorrer no mesmo dia de marcação da consulta (RP: 1,91; IC95%: 1,40 – 2,60) e associação negativa para a presença de fila para marcação de consultas (RP: 0,66; IC95%: 0,34 – 1,26) (Tabela 9).

Tabela 6. Características demográficas, socioeconômicas e de saúde de adolescentes, adultos jovens e suas famílias de acordo com os motivos da procura dos serviços de APS referência do domicílio. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Motivo da procura do serviço de APS referência do domicílio				Valor de p
	Total	%	Doenças/ Agravos %	Ações preventivas %	
Total	812	100,0	49,8	50,2	
Acesso aos serviços da APS					0,05
Sim	727	89,5	51,2	48,8	
Não	85	10,5	37,6	62,5	
Modalidades da APS					0,00
ESF	393	48,4	39,9	60,1	
UBS tradicional	152	18,7	40,1	59,9	
UBS/UPA (co-localização)	267	32,9	69,7	30,3	
Sexo					0,00
Masculino	265	32,6	63,8	36,2	
Feminino	547	67,4	43	57	
Faixa Etária					0,10
15- 19 anos	452	55,7	52,6	47,4	
20 - 24 anos	360	44,3	46,1	53,9	
Raça/Cor					0,96
Branco	74	9,1	50,0	50,0	
Não branco	738	90,9	49,7	50,3	
Escolaridade					0,53
Até ensino médio/técnico incompleto	530	66,1	50,7	49,3	
Ensino médio/técnico completo a ensino superior	272	33,9	48,2	51,8	
Situação Conjugal					0,00
Solteiro	573	70,6	53,7	46,3	
Casado/separado/divorciado/viúvo	239	29,4	40,2	59,8	

Tem filhos					0,00
Sim	215	26,5	36,3	63,7	
Não	597	73,5	54,6	45,4	
Trabalho					0,00
Sim	267	32,9	56,9	43,1	
Não	545	67,1	46,2	53,8	
Trabalho do responsável					0,10
Sim	568	70,6	48,1	51,9	
Não	237	29,4	54,0	46,0	
Auxílio Bolsa Família					0,88
Sim	316	39,2	49,4	50,6	
Não	491	60,8	49,9	50,1	
Plano Privado de Saúde					0,00
Médico e odontológico ou odontológico	132	17,6	65,2	34,8	
Não	616	82,4	47,9	52,1	
Tem Carro					0,35
Sim	199	24,9	52,3	47,7	
Não	600	75,1	48,5	51,5	
Percepção de Saúde					0,66
Muito boa/boa	475	58,5	50,5	49,5	
Regular/ruim	337	41,5	48,7	51,3	
Refere Apresentar Doença					0,21
Sim	171	21,1	54,4	45,6	
Não	641	78,9	48,5	51,5	

Tabela 7. Características demográficas, socioeconômicas e de saúde de adolescentes, adultos jovens e suas famílias de acordo com a localização dos serviços de APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Localização da unidade de APS				Valor de p
	Total	%	Orla %	Sede %	
Total	812	100,0	23,0	77,0	
Acesso aos serviços da APS					0,74
Sim	727	89,5	23,3	76,7	
Não	85	10,5	21,2	78,8	
Modalidades da APS					0,01
ESF	393	48,4	36,6	63,4	
UBS tradicional	152	18,7	28,3	71,7	
UBS/UPA (co-localização)	267	32,9	0	100	
Sexo					0,55
Masculino	265	32,6	24,2	75,8	
Feminino	547	67,4	22,5	77,5	
Faixa Etária					0,12
15- 19 anos	452	55,7	24,8	75,2	
20 - 24 anos	360	44,3	20,8	79,2	
Raça/Cor					0,14
Branco	74	14,9	85,1	10,1	
Não branco	738	23,9	76,1	89,9	
Escolaridade					0,26
Até ensino médio/técnico incompleto	530	66,1	24,5	75,5	
Ensino médio/técnico completo a ensino superior	272	33,9	20,6	79,4	
Situação Conjugal					0,89
Solteiro	573	70,6	22,9	77,1	
Casado/separado/divorciado/viúvo	239	29,4	23,4	76,6	
Tem filhos					0,25
Sim	215	26,5	27,0	73,0	

Não	597	73,5	21,6	78,4	
Trabalho					0,11
Sim	267	32,9	26,6	73,4	
Não	545	67,1	21,3	78,7	
Trabalho do responsável					0,00
Sim	568	70,6	26,9	73,1	
Não	237	29,4	13,5	86,5	
Auxílio Bolsa Família					0,00
Sim	316	39,2	29,4	70,6	
Não	491	60,8	19,1	80,9	
Plano Privado de Saúde					0,03
Médico e odontológico ou odontológico	132	17,6	13,6	86,4	
Não	616	82,4	25,5	74,5	
Tem Carro					0,21
Sim	199	24,9	18,1	81,9	
Não	600	75,1	24,2	75,8	
Percepção de Saúde					0,27
Muito boa/boa	475	58,5	21,9	78,1	
Regular/ruim	337	41,5	24,6	75,4	
Refere Apresentar Doença					0,42
Sim	171	21,1	25,2	74,8	
Não	641	78,9	22,5	77,5	
Motivo de procurar atendimento em Unidade de Referência					0,05
Doença/Agravo	404	49,7	18,3	81,7	
Ações Preventivas	408	50,3	27,7	72,3	

Tabela 8. Razão de Prevalência ajustada da associação entre as diferentes modalidades da APS e o acesso aos serviços de saúde entre adolescentes e adultos jovens. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Modelo Ajustado	
	RP	IC (95%)
Modalidades da APS		
ESF	0,97	0,79 - 1,19
UBS/UPA (co-localização)	1,02	0,83 - 1,26
Sexo		
Feminino	0,94	0,80 - 1,10
Faixa Etária		
20 - 24 anos	0,96	0,81 - 1,13
Trabalho		
Sim	1,02	0,86 - 1,20
Escolaridade		
Ensino médio/técnico completo a ensino superior	0,99	0,84 - 1,18
Percepção de Saúde		
Muito boa/boa	1,05	0,90 - 1,22

*Regressão Poisson

Tabela 9. Razões de prevalências ajustadas das associações entre o tempo entre a marcação da consulta e o atendimento, tempo de deslocamento entre o domicílio e a unidade de saúde, disponibilidade de transporte coletivo, presença de filas para marcação, dias específicos para marcação de acordo com as diferentes modalidades da APS. Camaçari, Bahia, 2011 - 2012.

Variáveis	Atendimento ocorrer no mesmo dia da marcação da consulta		Tempo de deslocamento a pé do domicílio a unidade de saúde ≤ 15 minutos		Transporte coletivo		Filas para marcação		Dias específicos para marcação	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Modalidades da APS										
UBS Tradicional	1		1		1		1		1	
ESF	0,86	0,62 - 1,20	1,28	0,91 - 1,78	0,81	0,50 - 1,30	0,73	0,40 - 1,31	0,85	0,54 - 1,34
UBS/UPA(co-localização)	1,91	1,40 - 2,60	1,40	0,98 - 2,01	1,45	0,87 - 2,42	0,66	0,34 - 1,26	0,79	0,48 - 1,29

*Regressão Poisson

7. APÊNDICE II - PROJETO DE PESQUISA



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico em Saúde Comunitária

MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS

O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR
ADOLESCENTES E JOVENS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Salvador – BA
2016

MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS**O ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR
ADOLESCENTES E JOVENS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

Projeto de qualificação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Salvador
2016

INTRODUÇÃO

Há alguns anos, os adolescentes formavam um grupo populacional considerado saudável, com menor risco de adoecimento e morte (CLARO et al., 2006). Entretanto, com o aumento dos índices de morbimortalidade entre adolescentes e adultos jovens de maneira precoce, devido a acidentes, violência, suicídio, complicações relacionadas a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, e doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2016), vem demandando um melhor conhecimento das necessidades de ações capazes de atender a essa população (BRAZ, 2011).

Problemas de saúde acometidos na vida adulta podem ser reflexos de hábitos e comportamentos da adolescência, como por exemplo, consumo de álcool e tabaco, má alimentação e prática deficiente de atividade física (OMS, 2016). A promoção de práticas saudáveis e a adoção de hábitos na infância e adolescência tendem a ser mantidos durante a vida adulta, além de fundamentais para a prevenção de problemas de saúde (SAWYER et al., 2012) é considerado um importante período para a adoção de estilos de vida saudáveis (NUNES et al., 2015).

A adolescência é uma fase em que ocorrem mudanças de ordem emocional, física, psicológica e de comportamento (PALAZZO; BÉRIA; TOMASI, 2003). Trata-se de um período em que o indivíduo inicia uma interação com o mundo externo de modo mais autônomo sem, muitas vezes, ter de assumir a responsabilidade da vida adulta. Contudo, esta situação pode levar o sujeito a vivenciar condutas de riscos que podem comprometer sua saúde de maneira irreversível (RUZANY, 2008).

Nas duas últimas décadas, a atenção à saúde do adolescente tem exigido em muitos países uma abordagem mais criteriosa dos cuidados em saúde, especialmente, no âmbito dos serviços de cuidados primários à saúde (KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998; KANG et al., 2003). Além disso, vem se tornando uma prioridade para as instituições internacionais de fomento à pesquisa, uma vez verificado que a formação do estilo de vida do jovem é crucial para não somente para sua própria condições de saúde, mas também pelas gerações futuras (RUZANY, 2008).

O Programa Saúde do Adolescente (Prosad), criado em 1989, é considerado o primeiro movimento de elaboração e sistematização de diretrizes e ações a serem implementadas para a saúde de adolescentes brasileiros. Tem como perspectiva o

enfrentamento dos desafios de ampliar as ações de saúde, que contemplem as singularidades das relações de gênero, vínculos familiares, culturais, condição socioeconômica, escolaridade e trabalho e, sobretudo, desenvolver ações que incluam o jovem como prioridade, a fim de integrá-lo na participação das atividades dos serviços de saúde e ações de promoção da saúde (MACÊDO, 2010).

No Brasil, estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2012) verificou que 48% dos escolares entrevistados procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS), o serviço mais referido pelos adolescentes (47,5%). A busca por serviços de saúde foi maior para o sexo feminino, entre os indivíduos com melhores condições socioeconômicas, e aqueles que apresentavam algum sintoma ou comportamentos de risco (OLIVEIRA et al., 2015).

Um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro entre escolares oriundos de escolas públicas e privadas encontrou que 46% dos adolescentes afirmaram terem tido necessidade de procurar por um serviço de saúde, nos últimos três meses da pesquisa, dos quais, quase 80% afirmaram ter procurado efetivamente um serviço. Destes, 42,7% dos adolescentes tiveram acesso ao serviço, que foi definido neste estudo, como ter sido atendido no primeiro serviço que procurou. Vale ressaltar que a chance de um aluno de escola pública não ter obtido atendimento no primeiro serviço que procurou foi 4,39 vezes maior do que um adolescente de escola privada (CLARO et al., 2006).

Um estudo realizado na Austrália através de entrevistas e grupos focais com clínicos gerais que atendem jovens e coordenadores da saúde da juventude e comunidade, refere que a Austrália foi um dos primeiros países a estabelecer serviços de saúde específicos para adolescentes financiados pelo governo. Entretanto, a disposição geográfica desses serviços encontra-se dispersos, e a maioria dos cuidados primários à saúde para os jovens ocorrem no setor privado de saúde (KANG et al., 2003).

Na Austrália, estudo realizado com adolescentes de 12 a 17 anos, identificou que a maioria dos jovens percebiam um amplo leque de situações, condições e comportamento que afetavam sua saúde. Entretanto, um terço das meninas e dois terços dos meninos referiram não procurar ajuda em serviços de saúde para seus problemas de saúde. Além disso, identificaram grupos de barreiras de acesso a cuidados de saúde, tais como: preocupação sobre a confidencialidade, o

desconhecimento de serviços, desconforto em compartilhar suas preocupações com a saúde com os profissionais e ausência de acessibilidade a determinados serviços. Os principais fatores associados ao uso de serviços de saúde foram idade, sexo e localização do serviço (BOOTH et al., 2004).

Estudo realizado nos Estados Unidos com adolescentes e adultos jovens alistados ao serviço militar observou que a utilização dos cuidados de saúde diminuía com a idade, para o sexo masculino, e aumentava, para o sexo feminino (BLANKSON; ROBERTS, 2014).

Em relação à confidencialidade, estudo conduzido na Nova Zelândia, destacou que 67,4% dos adolescentes que vivenciaram experiência de gravidez e mais da metade dos que não vivenciaram relatam percepção de haver confidencialidade no cuidado de saúde (COPLAND et al., 2011). Estudo realizado na Colômbia encontrou que entre os usuários de um serviço de saúde escolar, 73% referiram que percebiam haver confidencialidade dos atendimentos, enquanto que, entre os não usuários, este percentual foi menor (54%) (GIBSON et al., 2013).

Um inquérito realizado na Nova Zelândia que buscou associação entre gravidez na adolescência e o acesso aos cuidados primários de saúde verificou que aproximadamente 25% dos estudantes relataram dificuldades em obter cuidados de saúde quando necessário, considerando os últimos 12 meses do estudo. Os estudantes que relataram gravidez referiram maior dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (41,7%) quando comparado aos demais (20,6%). Dentre as barreiras de acesso aos cuidados de saúde, destacaram-se a falta de conhecimento/informação dos meios de obtenção do cuidado e a falta de transporte para chegar aos serviços de saúde. Além da dificuldade de acesso aos cuidados primários de saúde, o grupo de adolescentes que vivenciaram gravidez relatou problemas na obtenção de ajuda para a saúde sexual, contracepção e teste de gravidez, a existência de barreiras de acesso foi mais referida neste grupo (COPLAND et al., 2011).

A vinculação a um serviço de saúde apresenta um componente socioeconômico por parte dos adolescentes, uma vez que os alunos de escolas públicas referiram procurar por serviços diferentes a cada necessidade quando comparado aos de escola privada, estes dispõem de mais facilidade de acesso, possivelmente de natureza privada, por meio dos planos privados de saúde (CLARO et al., 2006). Dentre os motivos relatados pela não obtenção do atendimento

destacam-se: o excesso de pacientes com longo período de espera, falta de médicos ou serviço fechado (CLARO et al., 2006).

Um estudo realizado no município de Pelotas, Brasil, no ano de 2012, identificou que 23% dos adolescentes utilizaram serviços de saúde no mês anterior a pesquisa, destes, 32,2% obtiveram atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) e 69% dos que procuraram por atenção à saúde apresentava algum problema de saúde. As escolhas dos serviços foram baseadas nas seguintes características: proximidade do domicílio (23,4%), preferência por serviço geralmente utilizado (22,8%) e escolha dos pais ou responsável (21,1%) (NUNES et al., 2015).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013), verificou que aproximadamente 78% das pessoas que precisavam de atendimento de saúde costumavam procurar pelo mesmo lugar ou profissional de saúde, percentual semelhante foi observado na faixa etária de 0 a 17 anos (79,9%) (IBGE, 2015).

Alguns estudos referem que adolescentes e adultos jovens mantêm um certo distanciamento dos serviços de saúde, especialmente, aos cuidados primários de saúde (PALAZZO; BÉRIA; TOMASI, 2003; BOOTH et al., 2004). Muza & Costa (2002), afirmaram que os adolescentes e jovens apresentam forte resistência em aproximar-se dos serviços de saúde e, em contrapartida, a equipe e os serviços de saúde apresentam dificuldades em acolher aqueles que os procuram. Outros autores destacam que os adolescentes pouco utilizam os serviços, e quando o procura, geralmente, não o faz para ações preventivas e de promoção da saúde (AYRES, 1993; CARVALHO et al., 2008).

A literatura mais recente tem demonstrado um maior investimento em pesquisas que procuram entender os problemas enfrentados pelos adolescentes e jovens no acesso e utilização dos serviços de saúde (CLARO et al., 2006; NUNES et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015)

O acesso aos serviços de saúde envolve aspectos que extrapolam o cuidado à saúde. Nele atuam fatores relacionados ao indivíduo, sistema e serviços de saúde (UNGLERT, 1990). O termo comporta dimensões demográficas, geográficas, organizacionais, socioeconômicas, culturais, psíquicas e de informação que podem ser expressas como características que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem os serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso aos serviços de saúde é destacado como um importante indicador da qualidade dos serviços (STARFIELD, 2002). O acesso pode estar relacionado com as diferentes formas de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde próxima da população adscrita àquele serviço, os horários e os dias em que está aberta para atendimento, o nível de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da população em relação aos aspectos do acesso (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

Segundo Starfield (2002), a APS quando bem estruturada afeta positivamente no acesso, repercutindo nas condições de saúde da população coberta, além de conseguir reduzir as desigualdades sociais em saúde. Além disso é atribuído à APS a função de ordenadora do sistema, uma vez que a APS compreende ao nível de atenção à saúde mais próximo dos indivíduos, famílias e comunidade, com capacidade de orientar os serviços e ações para os demais níveis de atenção, além de solucionar boa parte dos problemas de saúde de uma dada população (AQUINO et al., 2013).

A APS brasileira é constituída pela oferta de serviços de saúde de uma rede de UBS tradicionais, em que a demanda atendida apresenta-se de forma espontânea ou por meio de agendamento prévio, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual seu atendimento é baseado em uma clientela adscrita ao serviço (ELIAS et al., 2006), sendo uma das propostas do Ministério da Saúde a fim de reorganizar a APS baseando em ações que favoreçam o alcance dos objetivos da universalização do acesso, equidade e integralidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Estudos sobre acesso aos serviços da APS entre adolescentes e jovens são pouco frequentes no âmbito nacional, sendo a maioria específicos para um determinado cuidado, como gravidez na adolescência, saúde bucal e saúde mental (CARVALHO et al., 2008; ROCHA; GOES, 2008; QUINDERÉ et al., 2013), o que torna relevante nossa pesquisa, uma vez que há evidências que estudos sobre acesso aos serviços de saúde contribuem para a organização da assistência (SILVA et al., 2011), e para o planejamento de programas e políticas para este ciclo de vida.

Uma vez que o aprimoramento da rede de APS pode gerar um impacto importante na saúde da população adolescente e jovens no Brasil. Vale destacar a proximidade desses serviços dos domicílios dos sujeitos, além da importância das ações de prevenção, promoção da saúde que são fundamentais para a melhoria da

qualidade de vida desse grupo etário e, como consequência, uma transição mais saudável da adolescência à vida adulta (NUNES et al., 2015).

Neste sentido, reitera-se a importância do conhecimento das características de acesso aos serviços de saúde por adolescentes e jovens e sua associação com as diferentes modalidades dos serviços de saúde da APS (Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde Tradicional e Atenção Primária à Saúde com Especialista). Além da possibilidade de produzir resultados que fomentem a discussão dos determinantes contextuais que influenciam no acesso aos serviços de APS por esse grupo populacional.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Saúde: Adolescência e juventude

A adolescência é o período de passagem entre a infância e a vida adulta. É marcada por mudanças e transições nos aspectos físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do sujeito em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais do meio em que está inserido (EISENSTEIN, 2005). A adolescência e juventude são fases da vida relacionadas a processos biopsicossociais complexos que perpassam por questões econômicas, sociais e multiculturais (BRASIL, 2010), sendo caracterizadas ainda pela formação de padrões comportamentais e estilos de vida (VINGILIS; WADE; SEELEY, 2002).

Os limites cronológicos da adolescência e juventude são definidos de diferentes formas. O Ministério da Saúde segue a convenção adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera adolescentes os indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos, esta mesma delimitação foi adotada pelo PROSAD (WHO, 1986; BRASIL, 1996). São considerados jovens, os indivíduos que estão entre 15 e 24 anos (WHO, 1986). Utiliza-se também o termo jovens adultos que engloba a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (EISENSTEIN, 2005). No Brasil, a Lei 8.069 de 1990, considera criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e entre 12 e 18 anos é definida como a fase da adolescência.

O período da adolescência se inicia com alterações corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e personalidade (EISENSTEIN, 2005). Entretanto, as fronteiras desses grupos etários não estão dadas de modo

homogêneo e fixo, as vivências e experiências individuais são determinantes nesse processo (PORTELA; PORTELA, 2005; BRASIL 2010). É importante destacar que nem sempre a idade cronológica está de acordo com a idade biológica, e esta separação vai depender de fatores que levarão a um desenvolvimento geralmente não harmônico (DAMENTE et al., 1983; EISENSTEIN; COELHO, 2008), que é denominado de assincronia de maturação (EISENSTEIN; SOUZA, 1993).

A adolescência e juventude demandam a consideração de processos complexos de emancipação, não restringindo a apenas a saída da escola e a adesão ao mundo do trabalho, devem ser consideradas três dimensões interdependentes: a macrossocial, que diz respeito às desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; a dimensão dos dispositivos institucionais que envolve os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho e, a dimensão biográfica, ou seja, as questões específicas da trajetória pessoal de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

No contexto brasileiro, um país com dimensões continentais e de formação multivariada na sua história e cultura, deve ser valorizado a diversidade das várias realidades de vida de adolescentes e jovens para a compreensão das adolescências e das juventudes brasileiras (BRASIL, 2010).

Os adolescentes e jovens compõem um grupo de indivíduos com características específicas, mas não homogêneo, se diferenciam em classe, gênero, escolaridade, idade, condições de vida e saúde, orientação sexual, estado civil, ter ou não filhos, entre outras condições (ABRAMO; BRANCO, 2005). Esses aspectos configuram-se em demandas complexas em um conjunto de necessidades dos adolescentes e jovens, que resultam em intensos desafios para a organização do trabalho em saúde no sentido de efetivarem os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (AYRES et al., 2012).

A adolescência é uma fase marcada por vulnerabilidades devido a vivência de conflitos de caráter social, psicológico, físico, cultural, econômico, dentre outros. É um momento de inquietações e descobertas que requer orientações dos riscos para contaminação com doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a ocorrência de uma gravidez precoce (BESERRA et al., 2008). Por esse e outros problemas possíveis de serem enfrentados na adolescência que o PROSAD vem procurando atuar de forma preventiva e incentivando práticas de promoção da saúde. Nesse enfrentamento os profissionais de saúde precisam encarar que seu papel é fundamental na formação dos jovens, deixando de desempenhar um atendimento prescritivo, que se limita a sua

competência técnica, para uma abordagem integral na atenção ao adolescente (RUZANY; SZWARCOWALD, 2000).

Diante das peculiaridades desse grupo etário e as mudanças no padrão de morbimortalidade, o sistema de saúde tem-se organizado para criação de programas e estratégias que sejam capazes de atender às necessidades específicas dos adolescentes, o que tem se constituído em um grande desafio para os serviços de saúde (KANG et al., 2003; JUSZCZAK; COOPER, 2002). Deve-se destacar a organização dos serviços de saúde como um importante fator para garantir o acesso dos adolescentes e jovens às ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças, e de reabilitação, sendo necessário para essa organização elementos como, recursos humanos, estrutura física, insumos que devem ser fornecidos considerando as necessidade e a realidade de cada serviço (BRASIL, 2007). Além disso, a organização dos serviços devem dispor de uma equipe multiprofissional, abrangendo os aspectos do cotidiano desses indivíduos, além de possibilitar rearranjos nas ações que busquem atender às demandas individuais e coletivas (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Apesar do PROSAD criado em 1989 e implantado de forma mais sistemática a partir de 1992 (BRANCO, 2002), no qual foram definidas como áreas prioritárias de atuação o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes, fundamentadas nos princípios da integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade vinculada a um desenvolvimento de práticas educativas. Ainda são encontrados problemas na efetivação dessas ações, especialmente na atenção primária (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Sendo necessário esforços para que os programas nacionais ofereçam uma cobertura adequada a toda a população de adolescentes e jovens, com atenção integral, proporcionando vínculo e o fortalecimento da relação com a família e a comunidade, a integração entre os profissionais e os setores das unidades, estabelecimento de parcerias com outros setores, além da inserção desse público nas atividades realizadas pelos serviços de saúde são elementos essenciais para a melhoria da qualidade da assistência (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

A partir da implementação da Lei Orgânica da Saúde e da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a atenção a saúde dos adolescentes e jovens tem se baseado nos princípios do SUS: acesso universal, equidade, igualdade,

descentralização dos serviços de saúde e participação da sociedade. E para efetivação de tais princípios os serviços de Atenção Primária à Saúde são considerados como a referência para o atendimento dos adolescentes (BRAZ, 2011).

Acesso aos serviços de saúde

Na literatura não existe um consenso entre os pesquisadores para o emprego dos termos “acesso” e “acessibilidade”, sendo ambos muitas vezes utilizados como sinônimos, e empregado de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O acesso apresenta um conceito multifacetado, empregado muitas vezes de forma imprecisa e pouco clara quando relacionada ao uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Na tentativa de uma compreensão mais precisa do que está posto na literatura buscou-se sistematizar estes conceitos em quatro grupos: 1) aqueles baseados em características do indivíduo e serviços de saúde, 2) na relação entre ambos, 3) apenas nos serviços de saúde (oferta) e, 4) por fim, nas definições que consideravam apenas os indivíduos.

Destacam-se no primeiro os estudos de Aday e Andersen (1974), Unglert, (1995), Ramos; Lima (2003), que utilizam o termo acesso para se referirem às características dos indivíduos e dos serviços de saúde. Enquanto que Frenk (1985) se baseia nesses mesmos elementos para conceituar o termo acessibilidade.

Em 1974, Aday e Andersen mencionaram que o termo acesso aos serviços de saúde baseia-se nas características da população e na disponibilidade geográfica e organizacional do sistema de saúde.

O acesso à saúde refere às características da população e dos serviços de saúde, como às condições de vida, nutrição, habitação, poder econômico, nível de escolaridade, englobando a acessibilidade aos serviços no que se refere a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural relacionados aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1995; RAMOS; LIMA, 2003).

Frenk (1985) baseou-se nos elementos dos sujeitos e dos serviços de saúde para desenvolver um conceito de acessibilidade a partir do modelo inicial de Donabedian. Este sistematiza o fluxo de eventos entre a necessidade de saúde e a obtenção do cuidado necessário. Nesse caso, implica inicialmente que há alguma

necessidade de saúde e que a pessoa deseja esse cuidado. Para isso, propõe-se um encadeamento das seguintes ocorrências: necessidades de saúde, desejo de obter cuidado de saúde, procura pela atenção, entrada nos serviços e continuidade do cuidado. Dado o evento da necessidade e a busca propriamente dita, os esforços seguintes se concentram em verificar os fatores que impedem ou facilitam o processo de busca e obtenção.

Por outro lado, grande parte dos estudos têm afirmado que não somente a oferta de serviços é condição importante para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, como também a percepção das necessidades de uma atenção à saúde por parte do próprio indivíduo, para que a partir da percepção desencadeie a busca por esses cuidados (PINHEIRO; TORRES 2006), corroborando com a ideia, vale destacar os seguintes autores: Rosero-Bixby (2004), Travassos e Castro, (2008), Andersen (1995), Travassos e Martins (2004), Aday e Andersen (1974) Guagliardo (2004), Unglert (1990) e Assis; Jesus (2012) refere que o acesso implica na relação entre a oferta e a procura pelos serviços de saúde. Uma vez que o conhecimento da oferta e a demanda de serviços de saúde torna-se indispensável para o entendimento de como esses dois fatores resultam na obtenção de cuidados em saúde pela população.

O acesso diz respeito a relação entre a procura por cuidados de saúde, baseado na percepção de uma necessidade de saúde pelos indivíduos, e a entrada no serviço (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Entretanto, para Aday e Andersen (1974) o acesso não implica apenas na entrada ao sistema de saúde ou das características do sistema e da população, mas o quão esses serviços estão sendo utilizados pelas pessoas que realmente necessitam.

Tal percepção pode ser influenciada por experiências pregressas com os serviços de saúde, ou seja, as pessoas percebem as dificuldades e facilidades para receberem a atenção de que necessitam repercutindo no acesso aos mesmos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O acesso aos cuidados de saúde pode ser entendido a partir dos conceitos utilizados no modelo comportamental de Andersen (1995). O “acesso potencial” se refere a presença de recursos que proporcionem meios para o uso ou que aumentem a probabilidade de utilização de serviços de saúde para uma dada população ou indivíduo, que coexistem em um espaço e tempo; enquanto que, o “acesso realizado”

diz respeito a utilização efetiva dos serviços, ocorre quando todas as barreiras são superadas (GUAGLIARDO, 2004; ANDERSEN, 1995).

Além disso, faz-se necessário reduzir as desigualdades e garantir o acesso do ponto de vista: geográfico, através da localização dos serviços de saúde; econômico, a partir da remoção de barreiras à utilização dos serviços de saúde; cultural, através da adequação das práticas em saúde voltadas aos hábitos e costumes da população; cobertura por determinado serviço; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990; ASSIS; JESUS, 2012).

Outros autores, ainda que refiram da relação entre as características dos serviços e dos indivíduos, adotam o termo acessibilidade, dentre eles destacam: Garrocho (1988), Acurcio & Guimarães (1996), Trad; Pfeiffer; Guimarães, (2012), Carr-Hill et al., (1994), Ambrose, (1977), Joseph, Phillips, (1984) e Donabedian (1988).

Para Garrocho (1988) as definições de acessibilidade ainda não estão completamente claras, se é um atributo do serviço de saúde ou da população (usuário potencial). Pois o conceito de acessibilidade em um sentido amplo deve ser considerado como atributo do serviço de saúde e sua relação com o usuário. Em consonância a essa compreensão Acurcio & Guimarães (1996) definem que acessibilidade seria a capacidade de obter o cuidado de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. A acessibilidade refere a real condição de aceder aos serviços ou recursos disponíveis (TRAD; PFEIFFER; GUIMARÃES, 2012). Além disso, a forma como as pessoas reconhecem a disponibilidade dos serviços vai interferir na decisão de procurá-los (CARR-HILL et al., 1994).

O conceito de acessibilidade relacionado aos serviços de saúde e o usuário está ligado a dois elementos básicos: um físico e outro social (GARROCHO, 1988). O elemento físico tem relação com a distância geográfica entre o serviço de saúde e o usuário potencial (AMBROSE, 1977). Quanto ao elemento social se refere as diferenças sociais existentes entre o usuário potencial e as características do serviços de saúde. Uma vez que as condições sociais do indivíduo, sua classe social, nível de escolaridade, valores culturais, percepções e crenças, e por outro lado, deve se considerar também o horário de trabalho do indivíduo, a qualidade do serviço de saúde, ou seja, o elemento social representa a acessibilidade efetiva dos serviços (JOSEPH; PHILLIPS, 1984).

Donabedian (1988) sistematizou o conceito de acessibilidade e descreveu dois aspectos que se apresentam em contínua interação: sócio organizacionais e geográfico. Para tal autor, os atributos sócio organizacionais que incluem a condição educacional, social, cultural e econômica, além de levar em consideração todas as condições de funcionamento dos serviços que influenciam na relação usuário/serviços, como horário de funcionamento e o tempo de espera para o atendimento, fatores esses que irão influenciar significativamente no acesso à saúde. Quanto a acessibilidade geográfica refere-se a distribuição espacial dos recursos, como a localização das unidades e a disponibilidade e custos de meios de transporte.

Por outro lado, Travassos & Martins (2004) destaca que alguns atributos dos indivíduos de cunho, sociais, culturais, econômicos e psicológicos não foram utilizados por Donabedian ao conceituar acessibilidade, uma vez que a relação dos indivíduos com o uso dos serviços de saúde é mediada pela acessibilidade, ou seja, a acessibilidade refere-se a característica da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso dos serviços.

Além do que já foi posto, alguns autores utilizam os conceitos de acesso e acessibilidade fazendo referência apenas as características dos serviços de saúde. Alguns autores referem o termo o acesso à saúde quando relacionado a disponibilidade de serviços (LITAKER; KOROUKIAN; LOVE, 2005), ou seja, as características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de entrada do indivíduo no sistema de saúde (DONABEDIAN, 1988; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVAL, 2006; ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1988) por sua vez, considera acessibilidade como a presença ou disponibilidade de serviços e recursos em um certo lugar e um determinado tempo. Incluindo ainda características de recursos que facilitam ou obstruem a utilização pelos potenciais usuários.

A acessibilidade aos serviços de saúde constitui como um importante elemento de um sistema de saúde durante o processo de busca e obtenção do cuidado (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Enquanto que Oliveira & Pereira (2013) sugere ter relação com as características da oferta que influenciam a chegada das pessoas aos serviços. Para Starfield (2002) a acessibilidade é definida como um dos aspectos da oferta de serviços (STARFIELD, 2002), está mesma definição foi mencionada por Trad e Cols (2012) como conceito de acesso.

Enquanto que o terceiro grupo circunda alguns autores que referem a apenas características dos serviços e relacionam ao termo acesso, sendo ressaltados; Cunha (2007), Travassos; Oliveira; Viacava (2006) e Gu; Wang; Mcgregor, (2010).

A organização dos serviços quando tem por objetivo garantir o acesso à saúde se apresenta com importante potencial para facilitar a utilização pelos usuários (CUNHA, 2007), sendo que outras características dos sistemas e dos serviços de saúde podem se configurarem como barreiras de acesso, vale destacar, a disponibilidade e qualidade dos serviços e recursos humanos, a distribuição geográfica dos serviços de saúde, o modelo assistencial, os mecanismos de financiamento, informação e acolhimento, ou seja, são barreiras estruturais que afetam o acesso (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; GU; WANG; MCGREGOR, 2010). Este estudo também pretende analisar a acessibilidade e o acesso na perspectiva dos indivíduos. Assim sendo, a acessibilidade aos serviços de saúde pode ser entendida como o poder de utilização dos usuários potenciais (FRENK, 1985).

A acessibilidade pode ser mensurada através da relação entre as características da população e a resistência apresentada pela barreiras socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do âmbito social e assistencial (FRENK, 1985; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A acessibilidade quando entendida como um atributo relacionado às características da população, uma unidade de saúde pode ser acessível a um indivíduo (adulto jovem de classe média e que dispõe de automóvel para sua locomoção, por exemplo), porém não acessível a um indivíduo (idoso de baixa renda) (GARROCHO, 1988). Ambos podem residir em locais com a mesma distância para o serviço de saúde, no entanto, os atributos individuais e as condições pessoais interferem nas diferenças de utilização dos serviços (MOSELEY, 1979).

É importante destacar que alguns fatores do âmbito individual vão interferir no acesso aos serviços de saúde. Dentre eles, vale ressaltar aspectos econômicos, definidos como a capacidade do indivíduo custear cuidados médicos, pagar pelo transporte para deslocamento até a unidade de saúde (FRENK, 1985). Outros fatores, incluindo características sociais e biológicas, como nível educacional, idade, sexo, ocupação e características da comunidade podem influenciar na ocorrência/tipo de necessidade e a decisão de procurar por cuidados de saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974).

Algumas dimensões foram avaliadas com a perspectiva de determinar a existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde, dentre elas destaca-se a disponibilidade, a capacidade de pagamento, a aceitabilidade e informação (MCINTYRE; MOONEY, 2007; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A disponibilidade, como uma dimensão de acesso, refere a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado. Esta dimensão tem relação com a acessibilidade geográfica entre as unidades de saúde e o indivíduo que delas necessitam, como distância e opções de transporte indivíduos (JESUS; ASSIS, 2010; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Compreende ainda, a todos os fatores de um serviço específico ao alcance dos indivíduos (JESUS; ASSIS, 2010). E a relação entre o quanto há disponibilidade de serviços de serviços e o volume de usuários para uma determinada necessidade (ASSIS; JESUS, 2012)

A dimensão capacidade de pagamento, compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e o potencial de pagamento dos indivíduos, além de envolver conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Quanto a dimensão informação, refere ao resultado do processo de comunicação entre o indivíduo e o sistema de saúde. O poder da informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a utilização real dos serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A dimensão da aceitabilidade diz respeito a natureza dos serviços prestados e a forma como os indivíduos e a população os compreendem. Trata-se da dimensão menos palpável do acesso, sendo a mais difícil de ser quantificada e detectada. A aceitabilidade dos serviços de saúde pode ser definida pela relação entre as expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários, além disso, a interação entre usuários e profissionais de saúde pode ser influenciada por características sociodemográficas, culturais e econômicas (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Baseado nessa busca literária foi possível verificar que o emprego dos termos acesso e acessibilidade não apresentam consenso na literatura, em que os autores a depender da época ou situação empregam os termos indiscriminadamente. Dentre as diferentes abordagens para a caracterização dos termos vale ressaltar a percepção de uma completude conceitual para a relação dos indivíduos com os serviços de saúde quando relacionado ao conceito de acesso.

Este estudo será ancorado aos conceitos definidos por Donabedian (1988), Aday & Andersen (1974) e Andersen (1995), sendo utilizado o termo acesso. O acesso

é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados às características organizacionais e geográficas que podem facilitar ou dificultar a entrada do indivíduos no serviço de saúde, abrange, nesse caso, a existência de características dos indivíduos potenciais, viabilizando assim a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado.

Sistema de Saúde no Brasil – Atenção Primária à Saúde

Segundo a Declaração de Alma-Ata, a APS é definida como a atenção essencial à saúde baseada em tecnologias disponíveis a todos os indivíduos e familiares que vivem nas comunidades. A APS, ainda segundo essa declaração, é parte integral dos sistemas de serviços de saúde, ou seja, seu eixo reestruturador. Representa também a porta de entrada nos serviços de saúde, funcionando como o primeiro contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, estando o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo também o elemento inicial de um processo contínuo de atenção à saúde (WHO, 1978).

A partir do conceito de Alma-Ata, Starfield (2002) considera que a APS deve focar a saúde das pessoas a partir de outros determinantes de saúde, ou seja, ser a base que determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde, otimizando e reduzindo as disparidades em saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

No contexto da Saúde Pública brasileira a implantação e regulamentação do SUS se deu através das leis 8.080/90 e 8.142/90, sendo de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Entretanto, apesar da lei assegurar a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, em que pese os avanços conquistados até então, os brasileiros ainda convivem com desigualdade no acesso aos serviços de saúde, e exclusão de parcelas significativas da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Na década de 1990 com a implementação do SUS ocorreram as primeiras iniciativas a fim de fortalecer a APS. Essas políticas se basearam na expansão da APS induzida pelo governo federal, com a perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção, centrado até então na atenção hospitalocêntrica (ALMEIDA, 2014). Sob esse novo olhar, a APS no Brasil é baseada na descentralização e capilaridade das ações, ela deve ser priorizada como contato preferencial dos usuários, e como porta de entrada principal do SUS, além de ocorrer nos locais mais próximos do cotidiano das pessoas (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS, criado em 1994, baseado no trabalho de equipes de profissionais da saúde com responsabilidade pelo cuidado de no máximo 4.500 pessoas em uma determinada área de cobertura (ALMEIDA, 2014), esta comunga com as diretrizes do SUS, universalidade, integralidade, equidade e controle social, além de incorporar os princípios norteadores da APS, vale destacar, o primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, foco na família e orientação da comunidade (PAIM, 2006).

A Atenção Primária à Saúde foi denominada no Brasil de Atenção Básica, regulamentada pela portaria nº 648 em março de 2006 a qual aborda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Sendo baseada em um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que atenda as ações de promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, e da manutenção da saúde. Além disso, tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que repercuta na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Nessa perspectiva, a APS no uso dessas tecnologias auxilia no manejo das necessidades e demandas de maior relevância do território, com atenção voltada para os critérios de risco e vulnerabilidade da população coberta (BRASIL, 2012).

Segundo Giovanella & Mendonça (2012) o emprego da expressão Atenção Primária à Saúde não apresenta uma uniformidade, sendo portanto identificado quatro possíveis interpretações: 1) programa focalizado ou seletivo, que diz respeito a uma cesta pronta de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que se trata de serviços médicos ambulatoriais não especializados de primeiro contato; 3) abrangente ou integral, corresponde a uma concepção de modelo assistencial e de organização dos serviços de saúde baseado no que foi posto em Alma-Ata com o propósito de enfrentar

às necessidades individuais e coletivas, e por fim 4) processo emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, estudos apresentam modalidades organizativas da APS. Nessa perspectiva, as equipes da ESF fazem parte, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não dispensando a presença de outros profissionais que poderão fazer parte da equipe a depender da realidade local. Enquanto que a modalidade Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicionais” a equipe pode dispor de especialidades médicas das clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica geral), profissionais de enfermagem, além de outros profissionais de nível médio e superior (ALMEIDA, 2014). A modalidade UBS também pode contar com a presença de médicos especialistas (dentre os quais pode-se destacar oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), a demanda atendida se apresenta como espontânea ou encaminhada a partir de outros serviços, ou seja, não há adscrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência é apenas para fins de ações de vigilância à saúde (ELIAS et al., 2006).

No que se refere ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde são expressos os limites dos modelos de atenção atual do sistema de saúde brasileiro. Nos quais apresentam íntimas relações com os problemas referentes a infraestrutura, ao financiamento, a organização e a gestão, traduzindo a realidade da proposta do modelo hegemônico (PAIM, 2006).

Almeida (2014) refere que as diversas experiências pelo território brasileiro, com diferentes padrões de desenvolvimento histórico e de acesso à rede de cuidados em saúde permite reconhecer os desafios potenciais para a construção de uma APS forte que contribua para a efetividade do direito à saúde com repercussões positivas para à proteção social e redução das desigualdades sociais.

Com relação ao acesso dos adolescentes e jovens aos serviços da APS, é indicado a necessidade de repensar o cuidado nesse nível de atenção, pois estudos têm demonstrado uma baixa frequência de adolescentes que buscam por atendimento nas unidades básicas de saúde, quando comparado a parcela total de usuários que usufruem diariamente dos serviços ofertados (QUEIROZ et al., 2011; COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

O acesso a APS visto apenas como a entrada no serviço de saúde desconsidera algumas dimensões indispensáveis para um acesso efetivo e de

qualidade. Destaca-se a integralidade do cuidado, como uma necessidade de apreensão das condicionalidades do sujeito, em que são considerados saberes técnicos, relacionais e subjetivos dos indivíduos. A partir de uma atuação profissional de maneira interdisciplinar, atendendo às necessidades desse grupo etário, promovendo assistência qualificada, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde, os adolescentes alcançam a autonomia em que permita o compartilhamento de decisões que possam preservar a saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Dentre os atributos e as ações que são desenvolvidas no âmbito da APS, o acesso do adolescente e jovens deve ser garantido e adequado às suas necessidades. O serviço deve promover condições que facilite o acesso e o acolhimento, que possibilite a construção de relações de vínculo entre os jovens e profissionais de saúde, (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012) que incorpore em suas práticas de saúde o processo de gestão comunitária, em que os jovens possam interferir no processo de decisão e planejamento (MEIRELLES; RUZANY, 2008).

O acesso aos serviços de saúde é indispensável para que o adolescente busque atenção tanto de cunho preventivo como curativo. Além disso, faz-se necessário uma privacidade e confidencialidade na relação com os trabalhadores da saúde e o sujeito/adolescente (RUZANY, 2008a).

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO:

Existe associação entre diferentes modalidades da APS e as condições de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde pelos adolescentes e jovens?

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a associação entre o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde entre adolescentes e jovens e as diferentes modalidades de APS em um município do Estado da Bahia.

Objetivos Específicos:

- Analisar a associação entre as barreiras organizacionais e geográficas e as diferentes modalidades da APS.
- Estimar a prevalência do acesso dos adolescentes e jovens segundo as diferentes modalidades da APS.
- Comparar o perfil dos indivíduos que procuraram os serviços de saúde de APS da unidade de referência com o dos indivíduos que procuraram outros serviços.

METODOLOGIA**Modelo Teórico**

No presente estudo, a elaboração de um modelo teórico, foi proposta no intuito de subsidiar a análise da relação entre as variáveis investigadas.

O modelo teórico (Figura 1) foi elaborado fundamentado na revisão de literatura, tendo como hipótese de investigação, a proposição de que a Modalidade do tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF) associa-se a maior acesso dos adolescentes e adultos jovens aos serviços de saúde de atenção primária à saúde, quando comparados a outras modalidades da APS.

Esta hipótese de trabalho fundamenta-se no entendimento de que as principais diretrizes organizacionais da ESF - implantação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes – favorecem o acesso aos serviços de saúde. Sendo destacadas entre as características da ESF que representam avanços na reorganização do modelo assistencial, o foco em ações programáticas, atividades domiciliares e articulação com a comunidade inserção no território, com estabelecimento de vínculos com o usuário e a comunidade, que favorecerá a efetividade do cuidado à saúde (CARNEIRO JR; JESUS; CREVELIM, 2010).

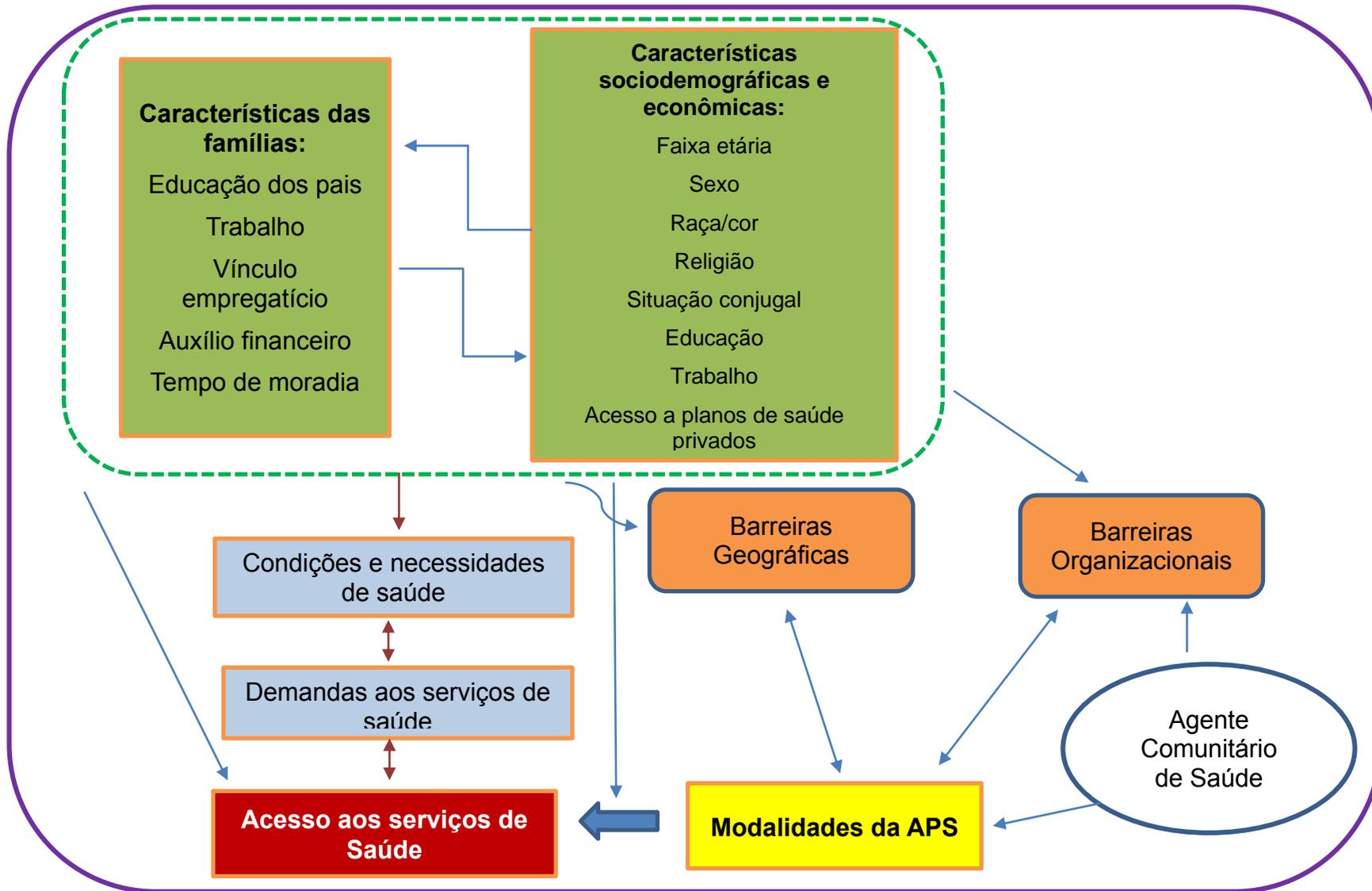
Para investigação desta proposição, faz necessário considerar as condições contextuais, a auto percepção de saúde e as necessidades de saúde dos indivíduos, que resultarão em demandas por serviços de saúde, que apresentam diferentes níveis

de complexidade, englobando agravos agudos e crônicos, além das ações de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, as demandas poderão ser consideradas potenciais, se os indivíduos estiverem em condições de acessar os serviços de saúde, ou reprimidas, no caso dos indivíduos que apresentaram uma necessidade de saúde, porém não buscaram atendimento por decisão individual, que pode estar influenciada por experiências pregressas de dificuldades ou barreiras de acesso aos serviços de saúde.

As barreiras do acesso poderão se constituir em geográficas e organizacionais. Sendo que as barreiras geográficas dizem respeito a localização dos serviços de saúde, a disponibilidade de transporte para deslocamento, além do tempo de deslocamento a pé entre o estabelecimento de saúde e o domicílio do indivíduo. Enquanto que as barreiras organizacionais por sua vez, refere-se aos horários de funcionamento da unidade de saúde, o número de dias entre a marcação e a realização da consulta, a presença de fila na unidade, dias específicos para marcação das consultas, além da relação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com os usuários. Estes aspectos que podem, também, influenciar na decisão dos indivíduos em buscar ou não um determinado serviço de saúde.

Além da modalidade da APS, outros fatores, também, são determinantes para o acesso aos serviços de saúde, assim sendo, será necessário o controle pelas seguintes co-variáveis agrupadas em: características das famílias (nível de educação do responsável, trabalho, vínculo empregatício, auxílio financeiro e tempo de moradia) e as características demográficas e socioeconômicas relacionadas ao indivíduo (sexo, faixa etária, raça/cor, situação conjugal, nível de educação, trabalho, ter filhos, e a disposição de cobertura por plano de saúde privado).



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 1. Modelo teórico

Desenho de estudo

O desenho de estudo proposto é de corte transversal, individuado, do tipo inquérito domiciliar, aninhado a pesquisa intitulada “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos”.

Local e população do estudo

O inquérito domiciliar foi realizado no município de Camaçari situado no Estado da Bahia, entre os meses de outubro de 2011 e janeiro de 2012.

O município de Camaçari localiza-se na Região Metropolitana de Salvador, ocupa uma área territorial de aproximadamente 785 Km², sendo um dos maiores municípios em termos populacionais, com uma população de 242.970 habitantes, densidade demográfica de 309,65 habitantes/km², concentradas principalmente na área urbana (aproximadamente 96% dos residentes) (IBGE, 2010). As mulheres correspondem a 50,3% da população. As faixas etárias de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos correspondem, respectivamente, a 9,1% e 10,3% desta população. Trata-se do município mais industrializado do estado e que possui o maior PIB industrial do Nordeste, é o quarto município mais populoso do estado, apresenta a segunda maior receita municipal (IBGE, 2010; CAMAÇARI, 2010).

A atual estrutura de atendimento à saúde dispõe dos seguintes estabelecimentos de saúde: 30 unidades da ESF, cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de outros serviços, como; policlínica, CAPS, Centro de Especialidade de Saúde Mental (CESME), Centro de Atendimento de DST/AIDS, SAMU (CAMAÇARI, 2016); quatro hospitais conveniados ao SUS, sendo um estadual, o Hospital Geral de Camaçari (HGC) e três hospitais particulares (SOUZA, 2006, DATASUS, 2016).

A geografia física se apresenta com relevo caracterizado como de planície. A sua maior elevação é de aproximadamente 135 m em relação ao nível do mar, ficando situada na parte Noroeste do Município. As encostas dos vales são bastante suaves, raramente atingindo mais de 100 m. Ao Norte, Noroeste e Sudoeste do Município, o relevo torna-se acidentado (SOUZA, 2006).

O serviço de transporte dentro do perímetro municipal é realizado por: duas empresas de transportes urbano, concessionárias do serviço público que prestam o

serviço com ônibus e micro-ônibus; quatro cooperativas de transporte alternativo que trabalham com micro-ônibus e vans e por serviços de moto-táxi – não regulamentado (SOUZA, 2006). As condições da geografia física e a disponibilidade de transporte público são características que podem influenciar na acessibilidade geográfica aos serviços de saúde pelo grupo populacional em estudo.

Amostragem

A amostra do inquérito foi obtida por meio de uma amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios de seleção: unidade primária – microárea; unidade secundária – indivíduo.

Para o primeiro estágio da seleção utilizou-se uma listagem da Secretária Municipal de Saúde com informações sobre todas as microáreas do município segundo unidade de referência e acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A lista possui ainda, identificação dos logradouros e quantidade de domicílios. Do total de 477 microáreas que representavam 100% de cobertura do município, 266 apresentavam cobertura de ACS e 211 não estavam cobertas por ACS ou não apresentavam informações. Estas microáreas foram ordenadas numericamente e procedeu-se o sorteio aleatório de 80 microáreas. Cada microárea teve equiprobabilidade de ser selecionada. Das sorteadas, houve necessidade de exclusão de 15 microáreas, sendo 11 da orla do município das quais dez por serem consideradas inseguras para a realização do trabalho de campo, e quatro por dificuldade de delimitação, pois faziam parte do perímetro rural e descoberta por ACS. Ao final, foram incluídas 65 microáreas no estudo, sendo 30 unidades de saúde da família e 35 de unidade básica de saúde.

O segundo estágio da seleção foi constituído pelo sorteio dos domicílios. Em cada microárea, a coleta de dados seguiu a ordem de sorteio dos logradouros, também realizado de forma aleatória. A seleção dos domicílios ocorreu a partir do domicílio de menor numeração, considerado o 1º domicílio da rua a ser visitado. O entrevistador seguia domicílio a domicílio pelo lado direito e ao final do trecho passava para o lado esquerdo da rua, retornando ao ponto inicial. Ao final do logradouro, o entrevistador seguia para a próxima rua sorteada na microárea, até completar a amostra prevista de domicílios. Todo o mapeamento realizado em cada logradouro,

assim como a identificação de domicílios com residentes na faixa etária e a situação da entrevista de estudo eram registrados em uma ficha pelos entrevistadores.

O terceiro estágio da amostragem ocorria após identificação de domicílio com pelo menos um residente entre 15 e 24 anos. Realizava-se o sorteio aleatório, quando necessário, de um morador por domicílio nesta faixa etária para responder ao questionário, mesmo que o mesmo não estivesse presente no momento. Em caso de necessidade de exclusão de algum morador, isto era realizado anteriormente ao sorteio. Ressalta-se que as gestantes, pessoas com necessidades especiais (que inviabilizassem a realização do questionário) e empregados domésticos daquele domicílio, identificados dentro da faixa etária, eram excluídos do sorteio.

Em caso de domicílios fechados, sem informações sobre seus moradores, e quando o sorteado do domicílio estava ausente, o entrevistador retornava até três vezes, preferencialmente em turnos diferentes e aos finais de semana. O agendamento por telefone ou pessoalmente também foram estratégias adotadas para realização das entrevistas.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa estatístico Stata 11, estimando o número de sujeitos necessários para detectar uma diferença na prevalência dos desfechos estudados entre duas populações (uma adscrita às ESF e a outra adscrita às não-ESF), com nível de significância 0,05 e poder estatístico 0,80. Foi considerado como indicador de referência a prevalência de hábitos alimentares não saudáveis entre adolescentes, que teve a prevalência estimada de 36,6% (NEUTZLING, et al., 2010). Estimou-se um efeito de redução através da ESF de 20% deste valor. Além de um coeficiente de correlação intraclasse de 0,0104 (AMORIM, et al., 2007), o tamanho de conglomerado de 30 microáreas em cada população e um efeito de planejamento de 1,30. A amostra foi composta de aproximadamente 1800 indivíduos, no entanto, para execução desse estudo serão considerados 820 indivíduos que referiram ter procurado por um serviço de APS nos 12 meses anteriores a aplicação da entrevista.

Estudo Piloto

O inquérito domiciliar foi precedido por um estudo piloto, realizado no mesmo município, que objetivou testar a logística de campo e treinar a equipe de coleta de dados composta por supervisores e entrevistadores. A área de abrangência de uma

unidade de Saúde da Família não sorteada foi selecionada para o desenvolvimento deste estudo. Algumas adequações na formatação do instrumento e em erros de digitação foram corrigidas para aperfeiçoar e facilitar a aplicação dos questionários.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com base na aplicação de um questionário (anexo) composto por 120 questões, o qual apresentava três partes. A primeira contava com informações sobre endereço, quadro informativo sobre a família e espaço para registrar as medidas antropométricas. A segunda trazia questões socioeconômicas, demográficas e de saúde (condição e saúde autorreferida e existência de problemas de saúde prévios) individuais e da família, assim como questionamento sobre sua vizinhança e por fim, a terceira parte que trazia questionamento de comportamento (hábitos de alimentação e atividade física), autoestima e acessibilidade aos serviços de saúde, baseados em instrumentos validados.

Variáveis Estudadas

Na análise desse estudo a variável dependente consiste no acesso de adolescentes e adultos jovens aos serviços de saúde, enquanto que a variável independente principal é a modalidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (ESF, APS Tradicional e APS com Especialista) (Quadro 1).

Assim sendo, será verificado a associação entre a exposição principal - diferentes modalidade da APS sendo classificada em (Estratégia de Saúde da Família, APS tradicional e APS com especialista) com a variável dependente – Acesso – que será analisada partindo da premissa do indivíduo apresentar uma necessidade de saúde (um demanda potencial), que resultou em procura pelo serviço de saúde, quando, então, será verificado o acesso ou não acesso.

Para análise do indicador de acesso, expresso por uma variável dicotômica (sim ou não), será considerado a seguinte condição: referir ter procurado por serviços de saúde, e conseqüente, ter obtido ou não o atendimento.

Serão consideradas na análise algumas características configuradas como possíveis barreiras geográficas e organizacionais que podem fazer parte do caminho

causal da associação principal. Serão consideradas como barreiras geográficas as seguintes variáveis: a disponibilidade de transporte para deslocamento, além do tempo de deslocamento a pé entre o estabelecimento de saúde e o domicílio do indivíduo. Enquanto que a existência de barreiras organizacionais será mensurada através do tempo entre agendamento e atendimento; existência de filas para marcação; existência de dia específico para marcação, e a relação com o Agente Comunitário de Saúde.

Para o controle do modelo proposto serão estudadas as seguintes co-variáveis: no nível individual - sexo, idade, raça/cor, religião, escolaridade, ter filhos, situação conjugal, trabalho, acesso a plano de saúde privado, auto percepção da condição de saúde, e no nível da família – escolaridade dos pais, trabalho, vínculo empregatício, auxílio financeiro, tempo de moradia (Quadro 2).

Quadro 1. Variáveis a serem analisadas, segundo bloco e categorias.

BLOCO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIA
Relação indivíduo/Serviço de saúde	Área de cobertura	Área de cobertura do domicílio	0. PSF 1. NÃO PSF
	Cadastrado em UBS	O domicílio está cadastrado em UBS	0. Não 1. Sim
	Unidade de referência do domicílio	A unidade de referência do domicílio	0. PSF 1. APS Tradicional 2. APS com especialista
	Buscou Atendimento	Nos últimos 12 meses procurou Atendimento na unidade de Referência	0. Não 1. Sim
	Necessidade de atendimento	Motivo principal pelo qual procurou atendimento nessa Unidade de Referência	0. Acidente ou Lesão 1. Doença 2. Problema de dente 3. Reabilitação 4. Vacinação 5. Para pedir exame 6. Pré-natal 7. Outro atendimento 8. Consulta de rotina 9. Fazer preventivo 10. Pegar medicamento 11. Participar de grupo ou atividade educativa
	Motivo de não buscar atendimento	Motivo principal pelo qual não procurou atendimento na Unidade de Referência	0. Não precisou 1. É difícil conseguir ficha ou agendar 2. É longe do domicílio 3. Horário de atendimento incompatível 4. Não tinha o serviço que precisava

			<ul style="list-style-type: none"> 5. Não gosta da qualidade do atendimento 6. Tem plano de saúde 7. Outro motivo
	Outro local de buscar de atendimento	Procurou atendimento em outro serviço de saúde nos últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não 1. Sim
	Motivo de buscar atendimento em outro local	Motivo principal pelo qual procurou atendimento em outro local	<ul style="list-style-type: none"> 0. Acidente ou Lesão 1. Doença 2. Problema de dente 3. Reabilitação 4. Vacinação 5. Para pedir exame 6. Pré-natal 7. Outro atendimento 8. Consulta de rotina 9. Fazer preventivo 10. Pegar medicamento 11. Participar de grupo ou atividade educativa
	Obteve atendimento	Conseguiu ser atendido	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não 1. Sim
	Motivo de não ser atendido	Motivo que não conseguiu atendimento	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não tinha vaga 1. Não tinha o profissional que precisava 2. Esperei muito e desisti 3. Outro motivo
	Reconhecimento do ACS	Conhecer o nome do seu Agente Comunitário de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> 0. Não 1. Sim

Barreiras Geográficas	Tempo a pé	Tempo que leva a pé da residência a unidade de saúde.	Variável contínua
	Transporte Coletivo	Transporte coletivo para o deslocamento entre o domicílio e a unidade de saúde.	0. Não 1. Sim
Barreiras Organizacionais	Tempo entre a marcação e o atendimento	Tempo (em dias) entre a marcação e o atendimento	Variável discreta
	Filas para marcação	Presença de filas para a marcação de consultas na unidade	0. Não 1. Sim
	Visita ao domicílio pelo ACS	Presença de Agente Comunitário de Saúde que visita casa / acompanha a família do adolescente ou jovem	0. Não 1. Sim
	Dias específicos	Dias específicos para a marcação de consultas	2. Não 3. Sim

Quadro 2. Covariáveis a serem analisadas, segundo bloco e categorias.

BLOCO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIA
Características demográficas e socioeconômicas (Indivíduo)	Sexo	Sexo do adolescente ou jovem	0. Masculino 1. Feminino
	Idade	Idade do adolescente ou jovem	0. Adolescente (15 a 19 anos) 1. Jovens (20 a 24 anos)
	Raça/cor	Raça/cor autodeclarada	0. Preto/pardo 1. Branco 2. Amarelo/indígena/não se enquadra
	Religião	Religião do adolescente ou jovem	0. Católica 1. Candomblé 2. Evangélico 3. Outras
	Escolaridade	A série escolar que o adolescente ou jovem cursa, e caso não estude, a última série que completou.	0. Analfabeto 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino médio incompleto 4. Ensino médio completo 5. Ensino superior incompleto 6. Ensino superior completo 7. Ensino técnico incompleto 8. Ensino técnico completo
	Situação Conjugal	Situação conjugal do adolescente ou jovem	0. Solteiro 1. Casado/Mora junto 2. Divorciado/Separado/Viúvo
	Tem filhos	Ter filhos	0. Não 1. Sim

	Tempo de moradia no domicílio	Tempo que o adolescente ou jovem reside no domicílio	0. < 1 ano 1. 1 a 5 anos 2. ≥ 5 anos
	Trabalho	O adolescente ou jovem exerce atividade de trabalho	0. Não 1. Sim
	Plano Privado de Saúde	Possuir plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público	0. Não 1. Sim
Características de saúde (Indivíduo)	Auto percepção de saúde	Como o adolescente ou jovem considera sua saúde	0. Muito boa 1. Boa 2. Regular 3. Ruim
	Doença ou Problema de saúde	O adolescente ou jovem apresenta alguma doença ou problema de saúde no momento.	0. Não 1. Sim
Características demográficas e socioeconômicas (Família)	Escolaridade do Responsável da família	Nível de escolaridade atribuído ao responsável da família.	0. Analfabeto 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino médio incompleto 4. Ensino médio completo 5. Ensino superior incompleto 6. Ensino superior completo
	Trabalho	O responsável da família exerce atividade de trabalho.	0. Não 1. Sim
	Auxílio Financeiro	A família recebe algum auxílio financeiro do governo	0. Não 1. Sim

Plano de análise dos dados

O plano de análise proposto inicia-se pela análise descritiva das variáveis demográficas e socioeconômicas, nos níveis individual e familiar, considerando o primeiro estágio do conglomerado (microárea). Para análise descritiva e para os procedimentos de modelagem dos dados será utilizado a correção necessária para amostragens complexas através do conjunto de comandos *svy* do software estatístico Stata® versão 12.0. Para descrição das variáveis quantitativas, serão calculadas as médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos. As variáveis categóricas serão descritas por meio de frequências absolutas (*n*) e relativas (%).

A fim de estimar a prevalência do acesso entre as diferentes modalidades será calculado as *Odds ratios* (OR) brutas e seus respectivos intervalos de confiança (IC-95%). Para verificar a existência de associação entre características de acesso dos serviços de saúde e diferentes modalidades da APS será realizada uma análise multivariada, através da regressão logística. As variáveis que permanecerem no modelo final serão aquelas que se associaram com a variável dependente (acesso) com nível de significância estatística de 5%.

Aspectos éticos da pesquisa

O projeto intitulado “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A anuência do gestor municipal de Camaçari, Bahia, local estudado, foi solicitada e concedida.

Todos os entrevistados, após receberem esclarecimentos quanto aos propósitos do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e quando menores seus respectivos responsáveis também consentiram, segundo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (orgs.). Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.
- ACURCIO, F. de. A. GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, abr-jun, 1996.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**, Chicago, 1974.
- ALMEIDA, P. F. de. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: UNASUR, 2014, 88p.
- AMBROSE, P. Access and spatial inequality, Unit 23, D204, Fundamentals of Human Geography. Milton Keynes, Open University Press, 1977.
- AMORIM, T.C. et al. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in South Brazil. **Journal of physical activity & health**, v. 7, n. 2 S204, 2007.
- ANDERSEN, R. M. Reviting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, march, 1995.
- AQUINO, R. et al. **A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde**. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. Saúde coletiva: teoria e prática (orgs). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (Organizadora). Programação em Saúde hoje. 2ª ed. São Paulo: hucitec, 1993, p. 139 – 82.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação** v.16, n.40, p.67-81, jan-mar. 2012.
- BESERRA, E. P. et al. Adolescência e Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma Pesquisa Documental. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Ceará, v. 20, n.1, p. 32-35, 2008.
- BLANKSON, K. L.; ROBERTS, T. A. Military Health Care Utilization by Teens and Young Adults. **Pediatrics**, v. 133, n. 4, April. 2014.

BOOTH, M. L., et al. Access to health care among Australian adolescent's young people's perspectives and their sociodemographic distribution. **J Adolesc Health**, v. 34, p. 97-103, 2004.

BRANCO, V. M. C. **Emoção e Razão: Os sentidos da saúde do adolescente para os profissionais**. 2002. Dissertação (Mestrado). Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRAZ, M. **Doenças Crônicas e Problemas de Saúde em Adolescentes do Município de Campinas**. 2011. 97f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente: Bases Programáticas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n. 2, p. 404-16, 2005.

CAMAÇARI <http://www.camacariagora.com.br/colunista.php?cod_colunista=39&cod_coluna=10>. Acesso em: 12 dez 2015, 2010.

CARNEIRO JR, N.; JESUS, C. H. de; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CARR-HILL, R. A., et al. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. York: Centre for Health Economics, University of York, sept. 1994.

CARVALHO, I. E. et al. Associação ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n. 5, p. 886-94, oct. 2008.

CLARO, L. B.L et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1565-1574, ago. 2006.

COPLAND, R. J. et al. Self-Reported Pregnancy and Access to Primary Health Care Among Sexually Experienced New Zealand High School Students. **Journal of Adolescent Health**, New Zealand, v. 49, p. 518–524, 2011.

COSTA, R. F. da; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos Adolescentes na Atenção Primária: Perspectivas de Integralidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 466-472, jul –set, 2012.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr, 2010.

CUNHA, A. B. O. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde no Estado da Bahia. 2007. 125p. Tese (doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

DAMANTE, J. H. et al. Comportamento das idades estatural, ponderal, óssea e dentária, antes e durante a puberdade, em meninas brancas, brasileiras, da região de Baurú. **Pediatr**, São Paulo, v. 5, p. 353-370, 1983.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atintba.def>> Acesso em: 15 jan 2016.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud**: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Ed. Biblioteca de la Salud. 1ª edição espanhola, México, 1988

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e Critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, junho, 2005.

EISENSTEIN, E.; COELHO, K. Crescimento e Desenvolvimento Puberal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Brasília: 1ª Ed., 2008, p. 57-67.

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 39-45.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública do México**, v. 27, n. 5, p. 438 – 453, 1985. 40

GARROCHO, C. Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación em el contexto del Estado de México. **Estudios demográficos y urbanos**, 1988.

GIBSON, E. J. et al. Measuring School Health Center Impact on Access to and Quality of Primary Care. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, p. 699-705, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Cidadania para a saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.

GU, W.; WANG, X.; MCGREGOR, S. E. Optimization of preventive health care facility locations. **International Journal of Health Geographics**, Canada, v. 9, p.17, 2010

GUAGLIARDO, M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. **International Journal of Health Geographics**, v. 3, 2004.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**, Viçosa, v. 20, n. 3, p. 300-309, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=290405&search=bahia|bonito>>. Acesso em: 12 dez 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JESUS, W. L. A de.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Feira de Santana, v.15, n.1, p. 161-170, 2010

JOSEPH, A.; PHILLIPS, D. R. Accessibility and utilization: geographical perspectives on Health Care Delivery. **Harper and Row**, London, p. 214, 1984.

JUSZCZAK, L.; COOPER, K. Improving the health and wellbeing of adolescent boys. **Nursing Clinics of North America**, v. 37, p. 433– 442, 2002.

KANG, M. et al. Access to primary health care for Australian young people: service provider perspectives. **British Journal of General Practice**, Australia, v. 53, p. 947-952. Dec. 2003.

KLEIN, J. D.; MCNULTY, M.; FLATAU, C. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 152, p. 676-682, 1998.

LITAKER, D.; KOROUKIAN, S. M.; LOVE, T. E. Context and Health care Access Looking Beyond the Individual. **Medical Care**, v. 43, n. 6, June, 2005.

MACÊDO, M. R. de C. **Políticas Públicas e Promoção da Saúde dos Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino**. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-36, set/out, 2014

MCINTYRE, D.; MOONEY G. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University, 2007.

MEIRELLES, Z. V.; RUZANY, M. H. Promoção de saúde e Protagonismo juvenil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 1ª Ed., 2008. P. 35-40.

MOSELEY, M. Accessibility: the rural challenge. Methuen. Londres, 1979.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 321-328, jan-fev, 2002.

NEUTZLING, M.B et al. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.3, p.336-42, 2010.

NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 411-420, jul-set. 2015.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66(esp), p.158-64, 2013.

OLIVEIRA, M. M. de. Et al. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1603-1614, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Salud de los adolescentes. Disponível em:<http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/>. Acesso em: 19 maio 2016. OMS, 2016.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

PALAZZO, L. dos S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1655-1665, nov-dec. 2003.

PORTELA, V.; PORTELA, A. V. **Gravidez na Adolescência**. Brasília, 2005.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.

QUEIROZ, M. V. O.; et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev RENE**. v.12, n. esp, p. 1036-44, 2011.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

ROCHA, R. de A. C. P.; GOES, P. S. A. de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.

ROSETO-BIXBY, L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine*, v. 58, p. 1271–1284, 2004.

RUZANY, M. H. Atenção à Saúde do Adolescente: Mudança de Paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 1ª Ed., 2008. P. 21-25.

RUZANY, M. H. Atenção ao Adolescente: Considerações Éticas e legais In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 1ª Ed., 2008a. P. 35-40.

RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. Oportunidades Perdidas na atenção ao adolescente: adolescência Latino-americana. 2000.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2012.

SAWYER, S. M. et al. Adolescence: a foundation for future health. **Lancet**, v. 379, n.9826, p.1630-40, apr. 2012.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 9, p. 3807-16, sept. 2011.

SOUZA, J.G. **Camaçari, as duas faces da moeda: crescimento econômico x desenvolvimento social**. UNIFACS, 2005. 235f. Dissertação (Mestrado em Análise

Regional). Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano. Universidade Salvador. Salvador, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 225-241, 2002.

TRAD, L. A. B.; PFEIFFER, M. E.; GUIMARÃES, M. C. da S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.46, n. 6, p.1007-13, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. **Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde.** In: GIOVANELLA L, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-43.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p.190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p. 975-986, 2006.

UNGLERT, C. V. de S. O Enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão de Serviços de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. Distrito Sanitário. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 221-235.

VINGILIS, E. R.; WADE, T. J.; SEELEY, J. S. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. **Can J Public Health**. v. 93, n. 3, p.193-7, May-Jun, 2002.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atención primaria de salud. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.** Geneva: WHO, 1978.

WHO. World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

ANEXO - Questionário aplicado aos adolescentes e jovens



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
 Rua Basílio da Gama, S/N – Campus Canela – Salvador – Bahia – Brasil 40110-040
 Fone Fax (71) 3283 7402

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PARTE I
LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

Endereço	
Bairro	
Ponto de referência	
Telefone	
Área de cobertura	(1) PSF (2) Não PSF
Nome da unidade de saúde	
Micro-área	

PRIMEIRA VISITA:

Data e hora	____/____/2011 ____:____ h	
Nome do entrevistador		
SITUAÇÃO DA ENTREVISTA	MOTIVO DO NÃO PREENCHIMENTO	
Módulo familiar	Casa fechada/sem informações dos vizinhos	
Termo de consentimento	Casa fechada/vizinho informa que a casa não tem moradores	
Termo de consentimento pais	Sorteado ausente	
Medidas (peso, altura, cintura)	Sorteado menor de 18 anos presente sem termo de consentimento	
Entrega de termo de consentimento e carta de apresentação	Recusa	
AGENDAMENTO DE NOVA VISITA		
Data: ____/____/ 2011. Hora: _____ Nome e telefone para contato: _____		

SEGUNDA VISITA:

Data e hora	____/____/2011 ____:____ h	
Nome do entrevistador		
SITUAÇÃO DA ENTREVISTA	MOTIVO DO NÃO PREENCHIMENTO	
Módulo familiar	Casa fechada/sem informações dos vizinhos	
Termo de consentimento	Casa fechada/vizinho informa que a casa não tem moradores	
Termo de consentimento pais	Sorteado ausente	
Medidas (peso, altura, cintura)	Sorteado menor de 18 anos presente sem termo de consentimento	
Entrega de termo de consentimento e carta de apresentação	Recusa	

Entrevistador: Após preenchimento do quadro, realize o **SORTEIO DO ENTREVISTADO**, seguindo os seguintes passos:

- 1º) Identifique os moradores com idade entre 15 e 24 anos, excluindo as gestantes e empregados domésticos deste domicílio, e marque com um X na coluna N° do Quadro 1.
- 2º) Separe as fichas do sorteio que correspondem ao número da ordem destes indivíduos e solicite ao entrevistado que retire uma ficha, sendo este, o número do entrevistado.

Agora, eu irei fazer um sorteio para identificar quem será entrevistado. Entram no sorteio as pessoas entre 15 e 24 anos que não estejam gestantes e que não sejam trabalhadores domésticos neste domicílio. Você poderia retirar uma destas fichas?

Membro da família sorteado para entrevista:

Nome:	Data de nascimento: ____/____/____
Escola:	Telefone: _____
Medidas antropométricas:	Data das medidas: ____/____/2011
PESO AUTO REFERIDO: _____ Kg	

Circunferência da cintura 1:	Peso:	Altura:	Circunferência da cintura 2:
Peça de roupa e tipo de tecido o entrevistado está usando:			

OBSERVAÇÃO:

Peça ao entrevistado para ficar descalço, antes da tomada de peso e altura. Tirar os adereços da cabeça (como presilhas, bonés, arcos, tranças etc.).

Data: ____/____/2011 Hora: _____

Parte III

Nome do entrevistado: _____ Nome do entrevistador: _____

As questões referentes à Parte III (sobre a família, o domicílio e a vizinhança) poderão ser respondidas pelo entrevistado sorteado ou por outro morador (maior de 18 anos).

ATENÇÃO: Leia e solicite assinatura do **TERMO DE CONSENTIMENTO**.

Agora, vamos fazer algumas questões sobre a PESSOA RESPONSÁVEL pela família. (Pessoa Responsável pelo domicílio é aquela que é reconhecida como tal pelos demais moradores. Censo 2010)

Quem é o responsável pela família?
Nome: _____

9. Qual foi a última série escolar que o Sr.(a) (nome do responsável) completou?

- | | |
|---|--|
| 0() Analfabeto | 4() Ensino médio completo (até o 3º ano/3 série) |
| 1() Ensino fundamental incompleto (da alfabetização até a 7ª série/8º ano) | 5() Ensino superior incompleto |
| 2() Ensino fundamental completo (até a 8ª série/9º ano) | 6() Ensino superior completo (concluiu a faculdade) |
| 3() Ensino médio incompleto (até o 2º ano) | 9() Não sabe informar |

10. Computador	0() não → (siga para Q.17)	1() sim
11. Computador com acesso a internet	0() não	1() sim
17. Algum morador deste domicílio tem carro de uso pessoal?	0() não	1() sim

Para responder às questões seguintes (Q 18) vamos usar as alternativas desta cartela (CARTELA 1).

Vou falar AFIRMAÇÕES a respeito de sua vizinhança e você responde ...

(1) Concordo

(2) Não concordo nem discordo

(3) Discordo

18. Na sua vizinhança....	Concordo	não concordo nem discordo	Discordo
1. Há muitos lugares para praticar atividades físicas, como praças, quadras de esportes, etc.	1()	2()	3()
2. É fácil ir a pé aos lugares.	1()	2()	3()
3. Frequentemente você vê outras pessoas praticando atividade física em sua vizinhança	1()	2()	3()
4. O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança.	1()	2()	3()
5. Você se sente seguro(a) andando de dia na sua vizinhança.	1()	2()	3()
6. Você se sente seguro(a) andando de noite na sua vizinhança.	1()	2()	3()
7. As ruas de sua vizinhança são iluminadas à noite.	1()	2()	3()
8. As pessoas se cumprimentam e geralmente param para conversar umas com as outras.	1()	2()	3()
9. Você pode pedir ajuda ou um favor aos seus vizinhos.	1()	2()	3()
10. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximos à sua casa.	1()	2()	3()
11. Existem muitas lanchonetes próximas à sua casa.	1()	2()	3()
12. Existem muitos bares próximos à sua casa.	1()	2()	3()
13. Existem locais que vendem cigarros próximos a sua casa.	1()	2()	3()

Agora não precisa mais olhar na cartela

19. Você ou outro morador de sua residência já sofreu alguma violência na sua vizinhança, como assalto, roubo, violência sexual ou sequestro, durante o tempo que você mora neste local?

0() não

1() sim

9() não sabe informar

As questões referentes à Parte IV SÓ PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADO SORTEADO.

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre você.

20. Há quanto tempo você mora neste domicílio? |__|__| anos |__|__| meses
21. Você frequenta a escola ou faculdade?
0() não → (siga para Q.23) 1() sim
22. Em que turno você estuda?
1() matutino 2() vespertino 3() noturno 8() não se aplica (não frequenta a escola)
23. Qual a série escolar que você cursa, ou caso não estuda, a última série que completou?
0() Analfabeto 4() Ensino médio completo (até o 3º ano/3 série)
1() Ensino fundamental incompleto (da alfabetização até a 7ª série/8º ano) 5() Ensino superior incompleto
2() Ensino fundamental completo (até a 8ª série/9º ano) 6() Ensino superior completo (concluiu a faculdade)
3() Ensino médio incompleto (até o 2º ano) 7() Ensino técnico incompleto
8() Ensino técnico completo
9() Não sabe informar
24. Você trabalha?
0() não 1() Sim. Qual a sua ocupação? _____ → (siga para Q.26) 9() não sabe informar
25. Se não trabalha, você é ... (LEIA AS ALTERNATIVAS)
1() Responsável pelo cuidado da casa, ou dona de casa 5() Apenas estudante
2() Desempregado a procura de trabalho 8() Não se aplica
3() Sem ocupação no momento 9() Não sabe informar
4() Aposentado ou afastado do trabalho por doença
→ (siga para Q.28)
26. Quantas horas por semana você trabalha nesta atividade?
|__|__| horas 8() não se aplica 9() não sabe informar
27. Você trabalha à noite?
0() não 1() sim 8() não se aplica
28. Em relação a sua raça ou cor, você se considera... LEIA AS ALTERNATIVAS
0() Branco 2() Pardo 4() Não se enquadra.
1() Negro 3() Índio ou amarelo Especifique: _____
-
29. Em relação a situação conjugal atual, você é... LEIA AS ALTERNATIVA
0() Casado ou mora junto 2() Divorciado 4() Viúvo
1() Solteiro 3() Separado
30. Você tem filhos?
0() não 1() sim Quantos? |__|__|
31. Quem são as pessoas que vivem com você em sua casa?
0() Ninguém, mora sozinho 5() Filho(a). Quantos: |__|__| 10() Empregados
1() Mãe |__|__|) Outro parente. Informe
2() Pai 6() Padrasto/namorado da relação de
3() Irmãos e irmãs. Quantos: mãe parentesco: _____
|__|__| 7() Madrasta/namorada do pai ____
4() Companheiro(a), 8() Avô
marido/esposa 9() Avó

Parte IV

Data: ____/____/2011

Hora:

Nome _____ do entrevistado: Nome _____ do entrevistador: _____

Data de nascimento: ____/____/____

) Outros. Especifique: _____

32. Você tem religião?

0() não → (siga para 1() sim Q.35)

33. Qual a sua religião?

1() Católica 3() Umbanda) Evangélico. Especifique: _____) não se aplica
2() Candomblé 4() Espiritismo 6() Outra. Especifique: _____

34. Você é praticante desta religião?

0() não 1() sim 8() não se aplica 9() não sabe informar

Agora vamos fazer algumas perguntas SOBRE A SUA SAÚDE

35. Sobre a sua situação de saúde, você considera LEIA AS ALTERNATIVAS

0() muito boa 1() boa 2() regular 3() ruim

36. Você apresenta alguma doença ou problema de saúde no momento?

0() não 1() sim. Qual? 9() não sabe informar

Para responder as questões seguintes (Q 37) vamos usar as alternativas da CARTELA 2.

Vou perguntar a frequência que você teve alguns problemas de saúde nos últimos 6 meses e você responde ...

(1) Quase todos os dias (2) Mais de uma vez por semana (3) Quase todas as semanas (4) Quase todos os meses (5) Raramente ou nunca

37. Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve...

LEIA AS ALTERNATIVAS	Quase todos os dias	Mais de 1 vez por semana	Quase todas as semanas	Quase todos os meses	Raramente ou nunca
1. Dor de cabeça	1()	2()	3()	4()	5()
2. Dor de estomago	1()	2()	3()	4()	5()
3. Dor no pescoço ou dor nos ombros	1()	2()	3()	4()	5()
4. Cansaço	1()	2()	3()	4()	5()
5. Tontura	1()	2()	3()	4()	5()
6. Desanimo/Tristeza	1()	2()	3()	4()	5()
7. Irritação	1()	2()	3()	4()	5()
8. Nervosismo	1()	2()	3()	4()	5()
9. Dificuldade de dormir	1()	2()	3()	4()	5()
10. Medo	1()	2()	3()	4()	5()

Para responder às questões seguintes (Q 38) vamos usar a cartela CARTELA 3. Vou perguntar se para você é fácil ou difícil falar sobre coisas que lhe incomodam ou lhe aborrecem com algumas pessoas e você responde ...

(1) Muito fácil (2) Fácil (3) Difícil (4) Muito difícil (5) Eu não vejo esta pessoa (6) Não existe esta pessoa

38. Para você é fácil ou difícil falar sobre coisas que lhe incomodam ou lhe aborrecem com as seguintes pessoas?

LEIA AS ALTERNATIVAS	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Eu não vejo esta pessoa	Não exist e esta pessoa
1.Mãe	1()	2()	3()	4()	5()	6()
2.Pai	1()	2()	3()	4()	5()	6()
3.Madrasta ou namorada do pai	1()	2()	3()	4()	5()	6()
4.Padrasto ou namorado da mãe	1()	2()	3()	4()	5()	6()
5.Irmã(s) mais velha(s)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
6.Irmão(s) mais velho(s)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
7.Namorado(a), esposo(a) ou companheiro(a)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
8.Amigo do mesmo sexo	1()	2()	3()	4()	5()	6()
9.Amigo do sexo oposto	1()	2()	3()	4()	5()	6()

39. Atualmente, quantos amigos ou amigas próximos você tem? |__|__|

Para responder às questões seguintes (Q 40) vamos usar as alternativas da cartela CARTELA 4. Vou falar diversas afirmações que descrevem sentimentos ou pensamentos e você responde ...
1()Discordo 2()Não discordo, nem concordo 3() Concordo

40. Em relação aos seus sentimentos...

LEIA AS ALTERNATIVAS	Discordo	não concordo, nem discordo	Concordo
1. Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas.	1()	2()	3()
2. Eu sinto vergonha de ser do jeito que eu sou	1()	2()	3()
3. Às vezes, eu penso que não presto para nada	1()	2()	3()
4. Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas.	1()	2()	3()
5. Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso.	1()	2()	3()
6. Às vezes, eu me sinto inútil.	1()	2()	3()
7. Eu acho que tenho muitas qualidades boas.	1()	2()	3()
8. Eu tenho motivos para me orgulhar na vida.	1()	2()	3()
9. De um modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	1()	2()	3()
10. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a).	1()	2()	3()

52. Quanto tempo você leva se for a pé da sua casa até a Unidade (de referência)_____?
- |____|____| minutos 88() Não se aplica 99 () Não sabe informar
53. Há transporte coletivo para o seu deslocamento do domicílio até a Unidade (de referência)_____?
- 0() não 1() sim 9 () Não sabe informar
54. Existem filas para marcação de consultas na Unidade (de referência)_____?
- 0() não 1() sim 9 () Não sabe informar
55. Existe dia específico para marcação de consultas na Unidade (de referência)_____?
- 0() não 1() sim 9 () Não sabe informar
56. No último ano, você participou de alguma atividade coletiva (tais como palestras, oficinas, grupos ou feiras de saúde) realizada por profissionais de saúde na Unidade (de referência)_____?
- 0() não 1() sim. Qual? 9 () Não sabe informar
57. Você sabe o nome do seu Agente Comunitário de Saúde?
- 0() não 1() sim. Qual? 9 () Não sabe informar
58. Algum Agente Comunitário de Saúde visita a sua casa / acompanha a sua família?
- 0() não → (siga para Q.60) 1() sim. 9 () Não sabe informar
59. Quando foi a última vez em que este agente de saúde visitou a sua família?
- 0() Há menos de 30 dias 2() Há mais de 60 dias 88() não se aplica
1() De 30 a 60 dias 9() não sabe informar
60. Você tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público? LEIA AS ALTERNATIVAS
- 0() Não → (siga para Q.62) 2() Sim, apenas plano odontológico
1() Sim, apenas plano médico 3() Sim, plano médico e odontológico
61. Há quanto tempo tem direito a esse plano de saúde sem interrupção?
- 0() Até 6 meses 2() Mais de 1 ano até 2 anos 8() não se aplica (não tem plano)
1() Mais de 6 meses até 1 ano 3() Mais de 2 anos 9() não sabe informar

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seus HÁBITOS ALIMENTARES. Para responder, por favor, pense na sua alimentação nos últimos seis meses. Lembre-se de todas as refeições - café da manhã, almoço, jantar e lanches, que você faz em casa ou fora de casa.

62. Pense na sua rotina semanal. LEIA AS ALTERNATIVAS
Você costuma..... Não _____ Se sim, onde?

		em casa	escola/trabalho	outro lugar
1 Tomar café da manhã?	0()	1()	2()	3()
2 Fazer o lanche da manhã?	0()	1()	2()	3()
3 Almoçar?	0()	1()	2()	3()
4 Fazer um lanche ou café da tarde?	0()	1()	2()	3()
5 Jantar ou tomar café da noite?	0()	1()	2()	3()
6 Lanchar antes de dormir?	0()	1()	2()	3()

Para responder às questões seguintes (Q 63) vamos usar as alternativas da CARTELA 5. Vou ler uma lista de alimentos e vou perguntar a frequência que você normalmente consome e você responde ...

0() Todos os dias da semana
 2() 3 a 4 dias da semana
 3() 1 a 2 dias por semana
 5() menos de 1 vez por mês ou NÃO CONSUME
 1() 5 a 6 dias da semana
 4() 1 a 3 vezes por mês

63. Com que frequência você normalmente consome?

	Semanal					Mensal	63.2. No dia que você consome, quantas vezes consome?
	todos os dias	5-6 dias	3-4 dias	1-2 dias	1-3 por mês	menos de 1 vez por mês ou NÃO CONSUME	
1. Frutas ou sucos feitos da própria fruta ou polpa	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
2. Alimentos como batata (sem ser frita), banana-da-terra, batata-doce, aipim, inhame ou farinha de mandioca.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
3. Alimentos como pão, macarrão, arroz, lasanha ou bolachas de sal.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
4. Hortaliças como alface, brócolis, couve, agrião couve-flor, espinafre ou repolho etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
5. Legumes como abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura ou quiabo, não inclua batata.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
6. Alimentos como feijão de qualquer tipo, lentilha, ervilha ou grão de bico.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
7. Alimentos como queijo, requeijão ou iogurte	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
8. Leite (lembre-se do achocolatado, mingau ou vitaminas preparadas com leite).	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
9. Carne vermelha	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
10. Frango	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
11. Peixe	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
12. Ovos	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_
13. Miúdos como moela, coração de galinha ou fígado etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	_

5. Televisão / rádio/ jornal	0() não	1() sim	8() não se aplica
6. Grupos comunitários	0() não	1() sim	8() não se aplica
7. Outros. Qual: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

70. Quem lhe deu esta orientação? Esta questão aceita mais de uma resposta.

1 Médico	0() não	1() sim	8() não se aplica
2 Enfermeiro	0() não	1() sim	8() não se aplica
3 Dentista	0() não	1() sim	8() não se aplica
4 Nutricionista	0() não	1() sim	8() não se aplica
5 Agente comunitário de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
6 Professor	0() não	1() sim	8() não se aplica
7 Parente, amigo ou vizinho	0() não	1() sim	8() não se aplica
8 Outros. Quem: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9 Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

71. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

72. Você tem interesse em mudar seus hábitos alimentares?

0() não 1() sim

Agora, vou lhe perguntar sobre as ATIVIDADES FÍSICAS que você pratica no seu dia-a-dia. Para responder às perguntas pense nas suas atividades de uma semana normal que você faz na escola, no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, ou como parte das suas atividades em casa.

73. Em quantos dias de uma semana normal você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos, como forma de transporte para ir de um lugar para outro ou como forma de exercícios?

|_| dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.75)

74. Nos dias em que você CAMINHA, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Horas: |_|_| Minutos: |_|_| 8() Não se aplica

Agora vamos utilizar A CARTELA 6.

Atividades físicas MODERADAS fazem você suar LEVE ou aumentam UM POUCO sua respiração ou batimentos do coração. Exemplos: serviços de casa, varrer, subir escadas, lavar ou passar roupa, carregar peso leve, andar de bicicleta e dançar. POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA.

75. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar?

|_| dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.77)

76. Nos dias em que você faz essas atividades MODERADAS, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: |_|_| Minutos: 8() Não se aplica
|_|_|

Para responder às questões seguintes vamos usar a definição e exemplos da CARTELA 7 Atividades físicas VIGOROSAS fazem você suar BASTANTE ou aumentam MUITO sua respiração ou batimentos do coração. Exemplos: correr, jogar bola, carregar peso pesado, fazer musculação.

77. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar?

|_| dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.79)

78. Nos dias em que você faz essas atividades VIGOROSAS, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: |_|_| Minutos: 8() Não se aplica
|_|_|

79. Você costuma fazer atividade física de recreação, de esporte ou de lazer como por exemplo fazer ginástica, jogar futebol ou dançar?

0() não 1() sim

80. Que tipo de atividade física você realiza com mais frequência? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() Atividade como forma de deslocamento 2() Atividades domésticas 4() Outra
1() Atividades do trabalho 3() Lazer ou esporte atividade

81. Em um dia de semana normal, em média, quanto tempo você Total de horas : |_|_|
horas |_|_| minutos

1. Assiste televisão? |_|_| horas |_|_| minutos
2. Joga videogame ou jogar no celular? |_|_| horas |_|_| minutos
3. Fica no computador? |_|_| horas |_|_| minutos

82. No final de semana, em média, quanto tempo por dia você Total de horas : |_|_| horas
|_|_| minutos

1. Assiste televisão? |_|_| horas |_|_| minutos
2. Joga videogame ou jogar no celular? |_|_| horas |_|_| minutos
3. Fica no computador? |_|_| horas |_|_| minutos

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

83. Você recebeu algum tipo de orientação sobre atividade física desde novembro do ano passado até agora?

0() não → (siga para Q.87) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q.87)

84. Onde foi que você recebeu estas orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade	de	saúde	Qual?
1. Unidade de saúde de referência		0() não 1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde		0() não 1() sim	8() não se aplica

3. Escola	0() não	1() sim	8() não se aplica	
4. Casa	0() não	1() sim	8() não se aplica	
5. Televisão / rádio/ jornal	0() não	1() sim	8() não se aplica	
6. Grupos comunitários	0() não	1() sim	8() não se aplica	
7. Outros.	Qual:	0() não	1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica	

85. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

1 Médico	0() não	1() sim	8() não se aplica	
2 Enfermeiro	0() não	1() sim	8() não se aplica	
3 Dentista	0() não	1() sim	8() não se aplica	
4 Nutricionista	0() não	1() sim	8() não se aplica	
5 Agente comunitário de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica	
6 Professor	0() não	1() sim	8() não se aplica	
7 Parente, amigo ou vizinho	0() não	1() sim	8() não se aplica	
8 Outros.	Quem:	0() não	1() sim	8() não se aplica
9 Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica	

86. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

87. Você tem interesse em mudar seus hábitos de atividade física?

0() não 1() sim

97. Onde você recebeu orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade	de	saúde	Qual?
1. Unidade de saúde de referência		0() não 1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde		0() não 1() sim	8() não se aplica
3. Escola		0() não 1() sim	8() não se aplica
4. Casa		0() não 1() sim	8() não se aplica
5. Televisão / rádio/ jornal		0() não 1() sim	8() não se aplica
6. Grupos comunitários		0() não 1() sim	8() não se aplica
7. _____	Outros.	Qual: 0() não 1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra		0() não 1() sim	8() não se aplica

98. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

1 Médico		0() não 1() sim	8() não se aplica
2 Enfermeiro		0() não 1() sim	8() não se aplica
3 Dentista		0() não 1() sim	8() não se aplica
4 Nutricionista		0() não 1() sim	8() não se aplica
5 Agente comunitário de saúde		0() não 1() sim	8() não se aplica
6 Professor		0() não 1() sim	8() não se aplica
7 Parente, amigo ou vizinho		0() não 1() sim	8() não se aplica
8 _____	Outros.	Quem: 0() não 1() sim	8() não se aplica
9 Não se lembra		0() não 1() sim	8() não se aplica

99. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve, ou seja, não é fumante → (siga para Q.101) 8() não se aplica

100 Você tem interesse em mudar seus hábitos em relação ao uso de cigarro?

0() não 1() sim 8() não é fumante ou não se aplica

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de BEBIDAS ALCOOLICAS.

101 Você já experimentou algum tipo de bebida alcoólica?

0() não → (siga para Q.113) 1() sim

102 Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez bebida alcoólica?

|_|_| anos

8() Não se aplica

9() não se lembra

Para as próximas perguntas considere os últimos 12 meses

103 Com qual frequência você utiliza bebida alcoólica?

- 0() não bebe → (siga para Q 2() 2 a 4 vezes ao mês (até 1 vez por 4() 4 vezes por
111) semana) semana
1() mensalmente ou menos 3() 2 a 3 vezes por semana 5() 5 ou mais vezes
por semana
8() não se aplica

Para responder a próxima questão, utilize a CARTELA 8 que corresponde a doses de bebidas alcoólicas. Uma dose pode ser 1 dose de bebidas destiladas como vodka, uísque, gin e cachaça OU quase um copo cheio de vinho OU uma lata média de cerveja.

104 Quando você bebe, comumente, quantas doses de bebidas alcoólicas você costuma tomar?

- 0() 1 ou 2 2() 5 ou 6 4() 10 ou mais
1() 3 ou 4 3() 7 ou 9 8() não se aplica

Para as próximas perguntas considere os últimos 12 meses e utiliza a CARTELA 9 para ver as opções de respostas

105 Com que frequência você toma 6 ou mais doses em uma única ocasião?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase
1() menos que 1 vez no 3() semanalmente todos os dias
mês 8() não se aplica

106 Quantas vezes ao longo do último ano você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase
1() menos que 1 vez no 3() semanalmente todos os dias
mês 8() não se aplica

107 Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo por causa da bebida?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase
1() menos que 1 vez no 3() semanalmente todos os dias
mês 8() não se aplica

108 Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase
1() menos que 1 vez no 3() semanalmente todos os dias
mês 8() não se aplica

109 Com que frequência no último ano você sentiu remorso ou arrependimento após beber?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase
1() menos que 1 vez no 3() semanalmente todos os dias
mês 8() não se aplica

110 Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar o que aconteceu na noite anterior pela bebida?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase
1() menos que 1 vez no 3() semanalmente todos os dias
mês 8() não se aplica

Para as próximas perguntas considere qualquer momento de sua vida.

111 Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?

- 0() não 2() sim, mas não no último ano 4() sim, no último ano 8() não se aplica

112 Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito ou sugeriu que você parasse de beber?

0() não 2() sim, mas não no último ano 4() sim, no último ano 8() não se aplica

113 Você acha que alguém na sua família bebe demais? LEIA AS ALTERNATIVAS

1 pai 0() não 1() sim
 2 mãe 0() não 1() sim
 3 irmão(a) 0() não 1() sim
 4 outro 0() não 1() sim

Para responder as questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

114 Você recebeu orientação sobre os riscos do consumo de bebida alcoólica desde novembro do ano passado até agora?

0() não → (siga para Q.118) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q. 118)

115 Onde você recebeu orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade	de	saúde	Qual?
1. Unidade de saúde de referência		0() não 1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde		0() não 1() sim	8() não se aplica
3. Escola		0() não 1() sim	8() não se aplica
4. Casa		0() não 1() sim	8() não se aplica
5. Televisão / rádio/ jornal		0() não 1() sim	8() não se aplica
6. Grupos comunitários		0() não 1() sim	8() não se aplica
7. Outros.	Qual:	0() não 1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra		0() não 1() sim	8() não se aplica

116 Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de resposta positiva

1 Médico		0() não 1() sim	8() não se aplica
2 Enfermeiro		0() não 1() sim	8() não se aplica
3 Dentista		0() não 1() sim	8() não se aplica
4 Nutricionista		0() não 1() sim	8() não se aplica
5 Agente comunitário de saúde		0() não 1() sim	8() não se aplica
6 Professor		0() não 1() sim	8() não se aplica
7 Parente, amigo ou vizinho		0() não 1() sim	8() não se aplica
8 Outros.	Quem:	0() não 1() sim	8() não se aplica
9 Não se lembra		0() não 1() sim	8() não se aplica

117 Esta orientação lhe ajudou a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

118 Você tem interesse em mudar seus hábitos em relação ao uso de bebidas alcoólicas?

0() não 1() sim 2() não consome bebidas alcóolicas

**Agora, para finalizar a entrevista, observe as figuras na CARTELA 10 para responder as questões a seguir.
A figura apresenta diversas imagens com silhuetas jovens. Você deve indicar um número de acordo com a pergunta.**

ATENÇÃO: Se o entrevistado for homem, entregue a **CARTELA 10 – HOMENS** e se for mulher, a **CARTELA 10 - MULHERES**.

119 O seu corpo se parece mais com qual destas imagens?

|_|_|

120 Qual destas imagens mostra como você gostaria de se parecer?

|_|_|