



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS**

**FONTE USUAL DE CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGENS CONCEITUAIS E  
METODOLÓGICAS E FATORES DETERMINANTES ENTRE ADOLESCENTES  
ESCOLARIZADOS**

**SALVADOR – BA**

**2022**

**MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS**

**FONTE USUAL DE CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGENS CONCEITUAIS E  
METODOLÓGICAS E FATORES DETERMINANTES ENTRE ADOLESCENTES  
ESCOLARIZADOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup> Rosana Aquino

**SALVADOR – BA**

**2022**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

M386f Martins, Maísa Mônica Flores.

Fonte usual de cuidados em saúde: abordagens conceituais e metodológicas e fatores determinantes entre adolescentes escolarizados / Maísa Mônica Flores Martins. -- Salvador: M.M.F. Martins, 2022.

197f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Aquino Guimaraes Pereira.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Fonte Usual de Cuidado. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Adolescente. 4. Ações Intersetoriais. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDU 614.2

---



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

**MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS**

**FONTE USUAL DE CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGENS  
CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS E FATORES DETERMINANTES  
ENTRE ADOLESCENTES BRASILEIROS**

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

Data de defesa: 05 de setembro de 2022

Banca Examinadora:

*Ana Luiza Vilasbôas*

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

*Aylene Moraes Bousquat*

Aylene Emilia Moraes Bousquat – USP

*Elaine Tomasi*

Elaine Tomasi – UFPel

*Níliá Maria de Brito Lima Prado*

Níliá Maria de Brito Lima Prado – IMS/UFBA

*Rosana Aquino Guimarães Pereira*

Rosana Aquino Guimarães Pereira – ISC/UFBA (orientadora)

Salvador  
2022

## AGRADECIMENTOS

Sentir gratidão é relevar a bondade que vive no nosso coração, é aproveitar a oportunidade para espalhar o melhor de si. Ao finalizar esta tese e lembrar os cinco anos de doutorado, sendo que grande parte desse processo foi vivenciado em tempos de pandemia, há uma mistura de alegria e superação, e ao mesmo tempo um sentimento de solidão. Ao tempo que estive lutando sozinha, em isolamento domiciliar, buscando respostas e motivos pelos resultados e dificuldades encontrados, no desenvolvimento desta tese, bem como, de todos os sentimentos vivenciados em meio ao cenário de pandemia e político vivido, existia uma troca sensível e cuidadosa, o que torna este momento gratificante. Confesso que não foi nada fácil, diante de todas as condicionalidades impostas pelo momento, é um desafio enorme trabalhar e fazer um doutorado, foram anos de persistência e resistência.

Como acredito que toda conquista na vida existe a colaboração humana e sobrenatural, agradeço a cada um que incentivou e me ajudou de alguma forma, a cada um que esteve comigo neste processo, meu muito obrigada pelas trocas, estímulos e palavras de apoio.

Agradeço a Deus, por nunca ter desistido de mim, por ter cuidado e protegido 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.

À minha família, fonte inesgotável de zelo, amor, amizade, carinho e respeito. Aos meus pais, Eurivaldo exemplo de vida, caráter e dignidade, além da pessoa que mais acredita em meus sonhos, e minha mãe Izabel, minha fonte inesgotável de carinho e sensibilidade, meu muito obrigada pelo incentivo incondicional e exemplo de superação. As minhas irmãs, Gabi, pela sensibilidade, atenção, apoio moral e torcida incondicional, a Renata minha fonte de inspiração e por acreditar fervorosamente em todas as apostas feitas ao longo dessa jornada. O apoio de vocês me estimula a dar o melhor de me todos os dias de minha vida!

Agradeço a minha orientadora, prof<sup>a</sup> Rosana Aquino, pelo cuidado, acolhimento, sensibilidade, paciência e ensinamentos tão essenciais nesta caminhada. Obrigada pela disponibilidade de continuar minha orientadora, e pela confiança no mestrado e doutorado, te admiro muito por ser esta mulher arrojada, inteligente, competente e ao mesmo tempo tão sensível e humana.

Tenho uma gratidão imensa por tudo que aprendi, não apenas na pesquisa, mas pela sua capacidade didática de ensinar e ser professora!!

À Heckel, meu companheiro, amigo de todas as horas, agradeço pelo apoio em todas as decisões, pelas palavras de amor e incentivo nos momentos mais difíceis. Obrigada por vibrar e me apoiar em cada conquista.

À minha amiga Flávia Jôse, pela amizade, proteção e cuidado, pela presença constante em todos os momentos de desespero durante este doutorado. Amiga, você foi o melhor presente que o mestrado e o doutorado me deram. Obrigada por ser minha “coorientadora”, pelas orientações durante este percurso, pelo incentivo e acalento de sempre, e pela presença branda, calma e generosa.

Aos amigos do doutorado, Fabiane, Elvira e Vânio pelo afeto, troca e generosidade. Obrigada por fazer parte desta história.

Aos professores, colegas de trabalho, Cláudia Trindade, Davi Nascimento, Taciane Freitas, Alessivânia Mota, Daniela Vidal e Flávia Farias, as trocas atenciosas e afetivas tornou este processo mais leve e menos desgastante.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por ser este centro de excelência, fomentando o crescimento acadêmico e profissional. Ao corpo docente, em especial, as professoras, Ana Luiza Vilasbôas, Estela Aquino, Inês Dourado e Yukari Nise, grandes Mestres, sempre provocadoras, motivando nosso crescimento como sujeitos transformadores. Estendo este agradecimento a todos os professores e funcionários que tive a oportunidade de conhecer e dialogar durante todo o curso.

Aos professores, Adriano Maia e Leila Amorim que fizeram parte da banca de qualificação do projeto e Elaine Tomasi, Aylene Bousquat, Ana Luiza Vilasbôas e Nília Prado, membros da banca examinadora de defesa desta tese. Meu muito obrigada por todas as contribuições, certamente, o produto da minha tese terá um brilho maior devido as colaborações preciosas de cada um de vocês.

Aos Amigos do GRAB por todos o incentivo e colaboração, em especial, o meu agradecimento será direcionado a figura da nossa amiga Val, sempre presente e acolhedora. Saudades dos momentos de diversão e convivência com todos que fizeram e fazem parte deste espaço.

Aos adolescentes que fizeram parte da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015) subsidiando informações para que este trabalho fosse realizado. Estendo meus agradecimentos aos Pesquisadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que se mostraram solícitos nos momentos de dúvidas quanto a correção amostral.

Meu muito obrigada!!!

## RESUMO

**Introdução:** Ter uma fonte usual de cuidado (FUC) da Atenção Primária à Saúde (APS) pode melhorar a atenção à saúde de adolescentes brasileiros, e o acesso as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Dentre as ações preconizadas para serem desenvolvidas pelos profissionais da APS, destaca-se o Programa de Saúde da Escola (PSE), desenvolvido através de ações intersetoriais entre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e as unidades escolares da esfera pública. Estas ações podem favorecer uma relação de vínculo e confiabilidade entre os adolescentes e os serviços de APS, a partir da integração entre os setores da saúde e da educação, contribuindo para o reconhecimento da APS como sua FUC. Uma relação longitudinal, de responsabilização e confiança pode favorecer o acesso aos serviços de saúde da APS. Neste sentido, a adolescência é um período da vida considerado vulnerável devido a vivência de experiências que podem comprometer a integridade da saúde. Sendo necessário o desenvolvimento de estudos que possibilitam a compreensão dos fatores determinantes no acesso à saúde e práticas de cuidados em saúde que considerem as especificidades e singularidades desses indivíduos, de modo a favorecer aos adolescentes a inclusão, autonomia e participação social em seus processos de atenção à saúde. **Objetivo geral:** Analisar as abordagens conceituais e metodológicas e os fatores determinantes do reconhecimento de uma fonte usual de cuidado e sua associação com o acesso aos serviços de APS entre adolescentes brasileiros. **Objetivos Específicos:** Sistematizar na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de fonte usual do cuidado, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes evidenciados pelos estudos; Analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma fonte usual do cuidado, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros; Analisar a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS; e Analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS, segundo sexo, entre adolescentes brasileiros. **Metodologia:** A tese foi apresentada em quatro artigos segundo cada objetivo específico. Para execução do primeiro objetivo foi realizado um estudo de revisão de escopo, com artigo da literatura internacional, sendo desenvolvido com 41 artigos originais como amostra final. No segundo objetivo, foi conduzido um estudo transversal com 100.464 adolescentes brasileiros, por meio de uma amostragem complexa, por conglomerado, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015), tendo como variável dependente - Fonte Usual de Cuidado. Para a análise dos dados foram utilizados modelos de regressão logístico multinível, a partir da análise da Razão de Prevalência (RP), segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento de risco e de saúde, e estratificado por sexo. No terceiro objetivo, foi conduzido um estudo transversal com 97.903 adolescentes brasileiros, a partir do inquérito da PeSNE (2015) o qual considerou os adolescentes de escolas que referiram desenvolver ações intersetoriais entre a escola e serviços da APS. Para a análise estatística definiu como variável independente principal – ações intersetoriais e a variável dependente – Fonte Usual de Cuidado da APS, foram utilizados modelos de regressão logístico multinível sendo estimado a RP. No quarto objetivo, foi conduzido um estudo transversal, a partir do inquérito da PeNSE (2015) com 68.968 adolescentes brasileiros que procuraram os serviços de APS nos últimos 12 meses a entrevista. Considerou como variável independente principal – FUC APS e a variável dependente – Acesso aos serviços de saúde da APS. Foram estimadas RP a partir de modelos de regressão logístico multinível e ajustados por variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento de risco e de saúde, e estratificado por sexo. Para as análises foram realizadas as correções para amostragem complexa, multinível com uso do software stata 14 e uso do comando adjrr para



as estimativas da RP. **Resultados referentes ao primeiro objetivo:** Foram identificados 632 artigos, sendo que 291 foram excluídos por estarem repetidos nas bases de dados, tendo como amostra final 41 artigos que foram selecionados para a revisão após o processo de leitura e avaliação dos critérios de inclusão. Ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior renda e escolaridade e ter seguro saúde estiveram associados ao reconhecimento de uma FUC, a mesma associação foi observada para FUC APS, além de estudos destacarem a relação com raça/cor parda, menor nível de escolaridade e residir em zona rural. **Resultados referentes ao segundo objetivo:** O reconhecimento de uma FUC foi referido por 55,5% dos adolescentes brasileiros, sendo 58,6% para o sexo feminino e 51,4% para o sexo masculino. Na análise multivariada, as variáveis que apresentam desigualdades sociais, econômicas e de comportamento de risco demonstraram associações positivas para a FUC APS, para ambos os sexos (raça/cor preto/pardo/amarelo e indígena, baixo nível de escolaridade materna, ser estudante de escolas públicas, relação sexual desprotegida e ter sofrido violência física e sexual). Os demais tipos de FUC (consultório médico particular, hospital e emergência) as características demográficas e socioeconômicas quando associadas apresentaram associações negativas, sendo as associações positiva para as variáveis de comportamento de risco e condições de saúde. **Resultados referentes ao terceiro objetivo:** Dos adolescentes analisados 72,8% estudavam em escolas que desenvolviam ações intersetoriais com os serviços de APS. Entre os adolescentes estudantes de escolas que desenvolviam ações intersetoriais, observou-se associação entre o reconhecimento da FUC APS e ações intersetoriais (RP:1,11; IC95%: 1,08 – 1,15). Quando analisado o modelo multivariado para as variações da variável independente principal, observou-se associações positivas para ações do Programa Saúde na Escola (PSE) (RP:1,34; IC95%: 1,30 – 1,38), e o desenvolvimento de ações entre a escola e os serviços de APS (RP:1,10; IC95%: 1,06 – 1,14). **Resultados referentes ao quarto objetivo:** Dos adolescentes que procuraram os serviços de APS, 74,6% referiram acesso, sendo a maior proporção para o sexo feminino (79,3%). Na análise multivariada, entre o reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS observa-se associação positiva (RP: 1,25; IC95%: 1,24 – 1,26), e na estratificado por sexo, observou-se associações positivas para ambos os sexos, (RP: 1,30; IC95%: 1,28 – 1,31) para o sexo masculino e (RP: 1,21; IC95%: 1,20 – 1,23) para o sexo feminino. **Considerações finais:** Os resultados deste estudo mostraram que determinantes sociais, econômicos e de comportamento de risco, como, ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior nível de escolaridade e de renda, e a disponibilidade de seguro saúde, estão associados ao reconhecimento de uma FUC. Os achados entre os determinantes sociais e o reconhecimento da APS como FUC, demonstraram que os adolescentes em condições de maior vulnerabilidade social e econômica têm uma maior probabilidade de reconhecerem a APS como sua FUC. A FUC APS também apresentou associação com as ações intersetoriais, entre a saúde e educação. Em relação ao acesso aos serviços de APS, o presente estudo mostrou uma associação positiva entre o reconhecimento da FUC APS e o acesso aos serviços de APS, sendo que os indivíduos que vivenciam maiores desigualdades sociais, apesar de reconhecerem a APS como sua FUC tem menor probabilidade de acesso quando comparado aos adolescentes que não reconhecem a APS como sua FUC. Além disso, políticas sociais devem ser aprimoradas para ampliar a qualidade e o acesso aos serviços de APS e fortalecer as relações de vínculo e confiança.

**Palavras – chave:** Fonte Usual de Cuidado; Atenção Primária à Saúde; Adolescente; Ações intersetoriais; Acesso aos serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Having a usual source of care (FUC) from Primary Health Care (PHC) can improve health care for Brazilian adolescents, and access to health promotion and disease prevention actions. Among the recommended actions to be developed by PHC professionals, the School Health Program (PSE) stands out, developed through intersectoral actions between Primary Health Care services (PHC) and school units in the public sphere. These actions can favor a relationship of bond and reliability between adolescents and PHC services, based on the integration between the health and education sectors, contributing to the recognition of PHC as their FUC. A longitudinal relationship of accountability and trust can favor access to PHC health services. In this sense, adolescence is a period of life considered vulnerable due to the experience that can compromise the integrity of health. It is necessary to develop studies that make it possible to understand the determining factors in access to health and health care practices that consider the specificities and singularities of these individuals, in order to favor inclusion, autonomy and social participation in their care processes for adolescents. the health.

**General objective:** To analyze the conceptual and methodological approaches and the determining factors for the recognition of a usual source of care and its association with access to PHC services among Brazilian adolescents. **Specific Objectives:** Systematize in national and international scientific literature, the concepts of usual source of care, the methodological approaches used and the determining factors evidenced by the studies; To analyze the demographic, socioeconomic, health factors and risk behaviors associated with the recognition of a usual source of care, according to sex, among Brazilian adolescents; To analyze the association between the development of intersectoral actions between school/health services and the recognition of a usual source of PHC care; To analyze the association between the recognition of a usual source of PHC care and access to PHC services, according to sex, among Brazilian adolescents. **Methodology:** The thesis was presented in four articles according to each specific objective. To carry out the first objective, a scope review study was carried out, with an article from the international literature, being developed with 41 original articles as a final sample. In the second objective, a cross-sectional study was conducted with 100,464 Brazilian adolescents, using complex sampling by cluster, based on data from the National School Health Survey (2015), with the dependent variable - Usual Source of Care. For data analysis, multilevel logistic regression models were used, based on the analysis of the Prevalence Ratio (PR), adjusted for demographic, socioeconomic, risk behavior and health variables, and stratified by sex. In the third objective, a cross-sectional study was conducted with 97,903 Brazilian adolescents, based on the PeSNE survey (2015) which considered adolescents from schools who reported developing intersectoral actions between the school and PHC services. For the statistical analysis, defined as the main independent variable – intersectoral actions and the dependent variable – Usual Source of Care of PHC, multilevel logistic regression models were used, estimating the PR. In the fourth objective, a cross-sectional study was conducted, based on the PeNSE survey (2015) with 68,968 Brazilian adolescents who sought PHC services in the last 12 months after the interview. It considered as the main independent variable – FUC APS and the dependent variable – Access to PHC health services. PRs were estimated from multilevel logistic regression models and adjusted for demographic, socioeconomic, risk behavior and health variables, and stratified by sex. For the analyses, corrections were made for complex, multilevel sampling using the stata 14 software and the use of the `adjrr` command for PR estimates. **Results regarding the first objective:** 632 articles were identified, of which 291 were excluded because they were repeated in the databases, with a final sample of 41 articles that were selected for review after the process of reading and evaluating the inclusion criteria. Being female, white race/color, higher income and

education, and having health insurance were associated with the recognition of a FUC. The same association was observed for FUC APS, in addition to studies highlighting the relationship with mixed race/color, lower level of education and living in rural areas. **Results regarding the second objective:** The recognition of a FUC was mentioned by 55.5% of Brazilian adolescents, being 58.6% for females and 51.4% for males. In the multivariate analysis, the variables that present social, economic and risk behavior inequalities showed positive associations for FUC APS, for both sexes (race/black/childbirth/yellow and indigenous, low level of maternal education, being a high school student, public schools, unprotected sexual intercourse and having suffered violence). The other types of FUC (private practice, hospital and emergency), the demographic and socioeconomic characteristics when associated, showed negative associations, with positive associations for the variables of risk behavior and health conditions. **Results regarding the third objective:** Of the adolescents analyzed, 72.8% studied in schools that developed intersectoral actions with PHC services. Among the adolescent students from schools that developed intersectoral actions, an association was observed between the recognition of FUC APS and intersectoral actions (PR: 1.11; 95%CI: 1.08 – 1.15). When analyzing the multivariate model for the variations of the main independent variable, positive associations were observed for actions of the Health at School Program (PSE) (PR: 1.34; 95%CI: 1.30 – 1.38), and the development of actions between the school and PHC services (PR: 1.10; 95%CI: 1.06 – 1.14). **Results regarding the fourth objective:** Of the adolescents who sought PHC services, 74.6% reported access, with the highest proportion being female (79.3%). In the multivariate analysis, between the recognition of a FUC APS and access to PHC services, a positive association was observed (PR: 1.25; 95%CI: 1.24 – 1.26), and in the stratified by sex, it was observed that positive associations were found for both sexes, (PR: 1.30; 95%CI: 1.28 – 1.31) for males and (PR: 1.21; 95%CI: 1.20 – 1.23) for the female sex. **Final considerations:** The results of this study showed that social, economic and risk behavior determinants, such as being female, white race/color, higher level of education and income, and the availability of health insurance, are associated with the recognition of a FUC. The findings between the social determinants and the recognition of PHC as a FUC showed that adolescents in conditions of greater social and economic vulnerability are more likely to recognize PHC as a FUC. FUC APS also showed an association with intersectoral actions, between health and education. Regarding access to PHC services, the present study showed a positive association between the recognition of FUC APS and access to PHC services, with individuals experiencing less social inequalities, despite recognizing PHC as their FUC, they are less likely to access when compared to adolescents who do not recognize PHC as their FUC. In addition, social policies must be improved to expand the quality and access to PHC services and strengthen bonds and trust.

**Keywords:** Usual Source of Care; Primary Health Care; Adolescent; Intersectoral actions; Access to health services.

## LISTA DE FIGURAS

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 1.</b> Modelo teórico de Fonte Usual de Cuidado  | 24  |
| <b>Figura 1.</b> Diagrama de fluxo da seleção de artigos para a revisão sistemática. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.  | 30  |
| <b>Tabela 1.</b> Distribuição dos estudos selecionados segundo país de realização do estudo, período de publicação, tipo de estudo, população do estudo, tipo da variável FUC e informações sobre seguro saúde. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.   | 31  |
| <b>Quadro 1.</b> Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.  | 34  |
| <b>Quadro 2.</b> Estudos selecionados segundo a população-alvo de crianças e adolescentes, segundo as seguintes características: Autor/ano; Conceito de FUC; Operacionalização da pergunta da variável FUC. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.   | 39  |
| <b>Quadro 3.</b> Estudos selecionados segundo a população-alvo de adultos, segundo as seguintes características: Autor/ano; Definição da variável FUC; Operacionalização da pergunta da variável FUC. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.   | 43  |
| <b>Tabela 1.</b> Prevalência do reconhecimento de um Fonte Usual de cuidado segundo características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, estratificada por sexo. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.   | 67  |
| <b>Tabela 2.</b> Estimativas usando modelos multiníveis para a associação entre as variáveis dependentes de Tipos de FUCs (APS, Consultório médico particular, Hospital e Emergência) e as variáveis segundo as características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, segundo o sexo masculino. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. | 71  |
| <b>Tabela 3.</b> Estimativas usando modelos multiníveis para a associação entre as variáveis dependentes de Tipos de FUCs (APS, Consultório médico particular, Hospital e Emergência) e as variáveis segundo as características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, segundo o sexo feminino. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.  | 72  |
| <b>Tabela 1.</b> Distribuição dos adolescentes e características das escolas segundo desenvolvimento de ações intersetoriais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.   | 93  |
| <b>Tabela 2.</b> Razão de prevalência (RP) bruto e multivariado através de modelos logísticos multiníveis para a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais e o reconhecimento de uma FUC de APS. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.   | 93  |
| <b>Tabela 3.</b> Razão de prevalência (RP) multivariada através de modelos logísticos multiníveis para a associação entre o desenvolvimento de ações pelo PSE e o reconhecimento de uma FUC de APS. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.   | 95  |
| <b>Tabela 4.</b> Razão de prevalência (RP) multivariada através de modelos logísticos multiníveis para a associação entre ações intersetoriais desenvolvidas entre a Escola e os serviços de APS e o reconhecimento de uma FUC de APS. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.  | 96  |
| <b>Tabela 1.</b> Prevalência do acesso aos serviços de APS segundo características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.  | 114 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabela 2.</b> Prevalência do acesso aos serviços de APS segundo características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, estratificada por sexo. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.       | 115 |
| <b>Tabela 3.</b> Características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, de acordo com o motivo da procura dos serviços de APS. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.                          | 117 |
| <b>Tabela 4.</b> Estimativas usando modelos multiníveis para a associação entre a Fonte Usual de Cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS entre adolescentes. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.                 | 118 |
| <b>Tabela 5.</b> Razão de prevalência (RP) ajustada da associação entre a Fonte Usual de Cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS entre adolescentes, estratificado por sexo. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015. | 119 |

## **LISTAS DE SIGLAS E ABREVIACOES**

APS - Atenção Primária  Saúde

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FUC - Fonte Usual de Cuidado

FUC APS – Fonte Usual de Cuidados da Atenção Primária  Saúde

MeSH - Medical Subject Heading

PCMH - Patient-centered Medical Home

PENSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PSE - Programa de Saúde da Escola

RP - Razão de Prevalência

## APRESENTAÇÃO

Esta Tese, produto final do curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, buscou identificar e analisar os determinantes do reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados (FUC) e sua relação com o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) por adolescentes brasileiros. Partiu-se da premissa que o reconhecimento de um determinado tipo de FUC tem relação com características individuais e contextuais, como fatores demográficos, socioeconômicos, de comportamento e de saúde. Assim, nos interessou investigar a relação entre as ações intersetoriais e a FUC de APS, bem como a associação entre o reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS.

Esta tese é composta por uma introdução e um modelo teórico que o objeto de estudo e as relações teóricas, entre os quatro artigos que a compõem, seguidos das considerações finais que articulam os resultados e as conclusões de cada um dos estudos.

A primeira parte da tese é composta por um artigo de revisão de literatura, do tipo revisão de escopo, cujo objetivo foi sistematizar na literatura científica os conceitos de FUC, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados ao seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde, composta de estudos nacionais e internacionais.

A segunda, um artigo original de caráter exploratório, que teve como objetivo analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma FUC, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros. Os resultados indicam que o reconhecimento de uma FUC, segundo tipo tem uma relação muito importante com determinantes socioeconômicos e comportamentos de risco dos adolescentes brasileiros.

A terceira, apresenta-se sob a forma de um artigo original, cujo objetivo foi analisar a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde da APS e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS. Os resultados deste estudo demonstraram uma associação positiva entre as ações intersetoriais e o reconhecimento de uma FUC APS, especialmente, para as ações do Programa Saúde na Escola (PSE).

E a quarta parte, um artigo original que buscou analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS, entre adolescentes brasileiros. Seus resultados indicam as condições de acesso aos serviços de APS por adolescentes brasileiros e sua associação com o reconhecimento de uma FUC APS.

A síntese e articulação dos resultados apresentados nos artigos estão contempladas nas considerações finais.



## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>16</b>  |
| <b>2 MODELO TEÓRICO</b>  | <b>21</b>  |
| <b>3 OBJETIVOS</b>   | <b>25</b>  |
| <b>3.1 Objetivo geral</b>  | <b>25</b>  |
| <b>3.2 Objetivos Específicos</b>   | <b>25</b>  |
| <b>4 ARTIGO 1- FONTE USUAL DE CUIDADOS: IDENTIFICANDO CONCEITOS, MÉTODOS E OS FATORES DETERMINANTES PARA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE</b> | <b>26</b>  |
| <b>4.1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>27</b>  |
| <b>4.2 METODOLOGIA</b>   | <b>28</b>  |
| <b>4.3 RESULTADOS</b>  | <b>29</b>  |
| <b>4.3.1 Qual o Conceito e operacionalização do termo Fonte Usual de Cuidados (FUC)?</b>   | <b>31</b>  |
| <b>4.3.2 Os determinantes do reconhecimento de uma FUC</b>   | <b>38</b>  |
| <b>4.4 DISCUSSÃO</b>   | <b>47</b>  |
| <b>4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>53</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | <b>53</b>  |
| <b>5 ARTIGO 2 - FATORES DETERMINANTES NO RECONHECIMENTO DE UMA FONTE USUAL DE CUIDADO POR ADOLESCENTES BRASILEIROS</b>   | <b>59</b>  |
| <b>5.1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>60</b>  |
| <b>5.2 METODOLOGIA</b>   | <b>62</b>  |
| <b>5.2.1 Tipo de estudo</b>  | <b>62</b>  |
| <b>5.2.2 Local e população do estudo</b>   | <b>62</b>  |
| <b>5.2.3 Amostragem</b>  | <b>63</b>  |
| <b>5.2.4 Variáveis</b>   | <b>63</b>  |
| <b>5.2.5 Plano de análise</b>  | <b>64</b>  |
| <b>5.3 RESULTADOS</b>  | <b>65</b>  |
| <b>5.4 DISCUSSÃO</b>   | <b>74</b>  |
| <b>5.5 CONCLUSÃO</b>   | <b>78</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | <b>79</b>  |
| <b>6 ARTIGO 3 - AÇÕES INTERSETORIAIS E O RECONHECIMENTO DE UMA FONTE DE CUIDADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ADOLESCENTES BRASILEIROS</b>   | <b>86</b>  |
| <b>6.1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>87</b>  |
| <b>6.2 METODOLOGIA</b>   | <b>89</b>  |
| <b>6.3 RESULTADOS</b>  | <b>92</b>  |
| <b>6.4 DISCUSSÃO</b>   | <b>97</b>  |
| <b>6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>102</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | <b>103</b> |
| <b>7 ARTIGO 4 - FONTE USUAL DE CUIDADO E O ACESSO DE ADOLESCENTES BRASILEIROS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>   | <b>108</b> |
| <b>7.1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>109</b> |
| <b>7.2 METODOLOGIA</b>   | <b>111</b> |
| <b>7.3 RESULTADOS</b>  | <b>113</b> |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| <b>7.4 DISCUSSÃO</b>            | <b>120</b> |
| <b>7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> | <b>125</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>              | <b>125</b> |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>130</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>              | <b>134</b> |
| <b>PROJETO DE QUALIFICAÇÃO</b>  | <b>138</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Uma fonte usual de cuidado (FUC) é um elemento essencial de muitos sistemas prestadores de cuidados de saúde (MOY *et al.*, 1998), sendo os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) considerados imprescindíveis para a efetividade dos sistemas de saúde (CUNHA; GIOGANELLA, 2011), o impacto positivo da atenção primária sobre a saúde é resultado da comparação entre indivíduos que têm ou não a APS como sua FUC (AN *et al.*, 2016).

O reconhecimento de uma fonte usual de atenção à saúde deve estar associado ao uso dos serviços de saúde de forma mais consistente ao longo do tempo, melhores interações profissionais/usuários, e, conseqüentemente, pode estar associado a um melhor reconhecimento das necessidades para uso dos serviços; o que pode repercutir em melhor continuidade e coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

Ter a APS como FUC favorece o acesso continuado, a coordenação dos serviços e a responsabilização pelos resultados do cuidado prestado a população (MOY *et al.*, 1998), especialmente quando se trata de adolescentes que necessitam de um vínculo e um cuidado contínuo. O fato de os adolescentes reconhecerem uma FUC e procurá-la com regularidade, possibilita o acesso as ações e intervenções que podem alterar comportamentos prejudiciais à saúde e ter um impacto significativo na vida de um jovem (LAU *et al.*, 2013). Além disso, as visitas regulares em uma FUC são momentos ideais para as ações preventivas, de triagem e aconselhamento sobre os riscos à saúde (OZER *et al.*, 2011).

Segundo Kim & Cols (2017) uma fonte usual de cuidados na atenção primária possibilita melhores condições na qualidade do cuidado e pode resultar em melhorias para a saúde dos indivíduos. O acompanhamento dos usuários pelo mesmo serviço de saúde contribui para o maior estabelecimento de vínculo com a equipe, responsabilização, confiança, possibilidade de diagnóstico e tratamentos mais acurados, além de uma maior resolubilidade dos problemas de saúde (STARFIELD, 2002; FRANK *et al.*, 2015). Nesse sentido, a APS tem sido considerada como um nível assistencial indispensável para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de uma atenção mais adequada para a população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A atenção primária à saúde visa proporcionar um cuidado longitudinal para os problemas e necessidades de saúde dos indivíduos (STARFIELD, 1998). A efetividade da APS favorece a oferta de uma atenção integral e acesso às ações de prevenção e promoção da saúde, de forma ao prover o cuidado tanto no contexto individual como na comunidade, assim como, pela capacidade de coordenar a atenção para outros níveis do sistema (FRANK *et al.*, 2015).

Starfield (2002) destaca que a APS se diferencia dos demais níveis de atenção por apresentar quatro atributos essenciais, sendo importante destacar o compromisso do serviço de saúde com o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, atributos definidos como orientadores das melhores condições de acesso aos serviços da APS. Tais atributos mencionados anteriormente têm sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS em países das Américas, a exemplo, dos Estados Unidos e do Brasil (SHI, 2000; ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Dos atributos da atenção primária identificados por Starfield (2002), é importante destacar a longitudinalidade, definida como a presença de uma FUC observada através da identificação de um médico, de uma equipe, de profissionais de saúde ou um local específico de atenção (MACINKO; MENDONÇA, 2018). A abordagem desta temática é relevante, pois orientam os serviços de saúde a adequar seus processos de trabalho de modo a atender às demandas específicas de cada fase do ciclo de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em relação ao acesso, a literatura aponta alguns fatores que são intervenientes do acesso a serviços de saúde, como: nível socioeconômico do indivíduo, escolaridade, aspectos culturais, características do sistema, de acessibilidade sócio-organizacional e acessibilidade geográfica dos serviços, além da condição de pertencimento a algum grupo específico (CLARO *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2012; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Através desses fatores e de determinantes sociais da saúde é possível identificar situações de desigualdade no acesso (OLIVEIRA *et al.*, 2019; ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Estudos apontam barreiras de acesso aos serviços de APS enfrentadas pelos adolescentes, como: indisponibilidade de vaga ou senha, falta de médicos em atividades de atendimento, indisponibilidade do serviço ou profissional especializado para a demanda do adolescente, além do tempo de espera ser muito extenso, forçando a desistência para o atendimento (CLARO *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Observa-se que a forma como o adolescente é acolhido no serviço de saúde pode cativá-lo ou afastá-lo completamente da busca pelo atendimento (SANTOS; RESSEL, 2013). Nesta interrelação adolescente e serviço de saúde, é preciso haver privacidade, sigilo, confiança e confidencialidade, além disso, o processo de individualidade do sujeito precisa ser assegurado (LOCH; CLOTET; GOLDIM, 2007).

Apesar das conquistas alcançadas pela população brasileira, através de um sistema universal de saúde com vistas de um acesso igualitário, ainda são observados importantes condições de iniquidades, que levam a restrições de serviços essenciais, impedindo assim, a garantia da equidade à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2010). Estas condições de desigualdades

impactam diretamente os indivíduos em condições de maior vulnerabilidade social (DOURADO, AQUINO, MEDINA, 2016), pois verifica-se que essas desvantagens de acesso aos cuidados de saúde geram consequências no perfil de adoecimento e mortalidade quando comparado a outros grupos populacionais (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015; FAERSTEIN *et al.*, 2014).

Diante do exposto e considerando os adolescentes como um seguimento populacional vulnerável, devido a possibilidade da adoção de comportamentos de risco (SKEER; BALLARD, 2013), a relação dos adolescentes com a atenção à saúde apresenta características que os diferenciam de outros grupos populacionais, como a falta de adesão a tratamentos e ações preventivas (PALAZZO; BÉRIA; TOMASI, 2003; BOOTH *et al.*, 2004). Desse modo, faz-se necessário a adoção de estratégias capazes de atender às demandas deste grupo populacional e que priorizem ações intersetoriais entre os setores da saúde e educação (HIGA *et al.*, 2015).

A adolescência é um período de mudanças inerentes ao desenvolvimento físico, social, psicológico e cultural, além de uma fase que culmina com o alcance do processo maturativo do indivíduo (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010), sendo um momento de transição entre a infância e a vida adulta (SOUSA, 2017). Esse período não pode ser compreendido apenas como uma etapa impulsionada por transformações hormonais ou questões biológicas, mas diz respeito a um marco da vida que se configura de forma distinta entre os indivíduos de acordo com fatores históricos, contextuais e sociais (FONSECA *et al.*, 2013; CARVALHO; LOPES; URT, 2018).

Por muitos anos, os adolescentes foram considerados indivíduos com menor risco de adoecimento e morte, no entanto, há mais de três décadas observa-se um aumento considerável nos indicadores de morbimortalidade neste grupo populacional (SHENKMAN; YOUNGBLADE; NACKASHI, 2003). Além disso, estudos têm revelado que devido a comportamentos e hábitos de vida não saudáveis, quando instalados nesse período da vida (MARQUES *et al.*, 2020), constituem em fatores de risco para doenças e agravos, principalmente na vida adulta (CLARO *et al.*, 2006).

Neste sentido, torna-se necessário atuar na perspectiva da dimensão individual, social e programática, e, identificar as situações que aumentam as condições de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos (BRÊTAS, 2010), como: a relação ao consumo de álcool e outras drogas, sexo desprotegido, envolvimento em situações de violência, relação de gênero, raça/etnia, classe social, condições de vida e de saúde, acesso ou não a informações, indisponibilidade de políticas públicas de saúde e educação (MEDEIROS *et al.*, 2021; BRÊTAS, 2010).

A saúde do adolescente tem se tornado uma prioridade de atenção para as políticas públicas, especialmente, para os cuidados ofertados na atenção primária à saúde (APS) (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010). Desse modo, a atenção primária vem se constituindo como um serviço de referência para o cuidado da população de adolescentes (SILVA; MATSUKURA; FERIGATO; CID, 2019), devido as suas características sócio-organizacionais, e de grande complexidade relacional, além de ser considerado o serviço mais próximo das pessoas, famílias e comunidades (AQUINO *et al.*, 2014). Isso facilita a condução das ações de prevenção e promoção da saúde, assegura maior resolubilidade dos problemas de saúde, além de contribuir na construção de novos modos e práticas de atenção à saúde (SOUZA *et al.*, 2015).

Na busca da garantia de uma atenção integral, como claramente explicitada na Lei Orgânica da Saúde, é preciso assegurar que a organização dos serviços prestados seja capaz de considerar a singularidade dos sujeitos (SANTOS; RESSEL, 2013). Posto as garantias da Lei 8.080/90 e conforme as especificidades do público adolescente, o Programa de Saúde na Escola (PSE) é uma das principais políticas públicas para a infância e adolescência, que tem como objetivo oferecer um leque de ações de prevenção e promoção da saúde para estudantes de escolas públicas através da articulação intersetorial entre as escolas e os serviços de APS (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde na Escola (PSE) destaca-se dentre as políticas intersetoriais entre os Ministérios da Saúde e da Educação, e apresenta como eixos principais: avaliação das condições de saúde da população escolar, promoção de práticas em saúde e prevenção de doenças, capacitação continuada de educadores e profissionais da saúde, além do monitoramento das ações do programa tem como propósito melhorar a qualidade de vida de todos os segmentos populacionais que frequentam a rede de educação pública (HIGA *et al.*, 2015).

Através da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), a disponibilidade de dados a nível nacional possibilita conhecer se os adolescentes brasileiros apresentam comportamentos diferenciados na comparação do reconhecimento de uma FUC, entre os sexos. Além de ser fonte de dados para a vigilância das doenças crônicas não-transmissíveis, capaz de identificar os fatores de risco e de proteção, e de subsidiar mudanças na organização da assistência, o planejamento de programas e políticas voltadas para este público.

Apesar de crescentes, os estudos que apontam impactos importantes dos serviços de APS para a saúde da população, boa parte desses estudos identificaram inadequações na assistência, como: dificuldades de acesso, atenção fragmentada, baixa articulação com outros níveis de atenção, organização inadequadas dos serviços, e altos índices de utilização dos

serviços de urgência e emergência (MACINKO *et al.*, 2010; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; MACINKO; MENDONÇA, 2018; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

Diante desse cenário, em que a temática FUC e sua relação com o acesso aos serviços de APS são pouco frequentes tanto na literatura nacional como internacional, especialmente, quando se trata do público de adolescentes, não foram encontrados estudos na literatura pesquisada. Além da limitada disposição de estudos sobre a temática central, o reconhecimento da APS como fonte usual de cuidados por adolescentes, não há evidências de estudos na literatura que investigam a relação entre ações intersetoriais e o reconhecimento de uma FUC da APS por adolescentes brasileiros.

Esta pesquisa justifica-se ainda, pela necessidade de compreender o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado por parte de adolescentes brasileiros e sua influência no acesso aos serviços da APS. A disponibilidade de dados a nível de Brasil possibilita conhecer os determinantes sociais em saúde dos adolescentes brasileiros além da possibilidade de comparação do reconhecimento da sua fonte usual de cuidado, entre os sexos, uma vez que é evidenciado na literatura científica diferenças importantes para as questões de saúde/doença e a relação com os serviços de saúde. Além de subsidiar modificações na organização da assistência, e para o planejamento de programas e políticas para este ciclo de vida.

## 2 MODELO TEÓRICO

O modelo teórico do estudo buscou entender a relação entre os determinantes sociais da saúde e as condições de reconhecimento de uma fonte usual do cuidado (FUC) (Figura 1), identificando as associações com o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, e as características demográficas, socioeconômicas, necessidades de saúde, utilização dos serviços, comportamentos de risco e a disponibilidade de ações intersetoriais entre saúde e educação.

Em diferentes épocas têm sido construídos modelos da determinação social que buscam explicar a influência destes determinantes sociais no processo de saúde e doença dos indivíduos. Este modelo teórico foi elaborado fundamentado em uma revisão de literatura, tendo como hipóteses de investigação, a proposição de que os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco dos adolescentes estão associados ao reconhecimento de uma FUC. Como segunda proposição considerou-se que os adolescentes que estudavam em escolas que realizavam ações intersetoriais com os serviços de saúde associam-se a uma maior probabilidade de reconhecer os serviços de APS como sua FUC, comparado aos estudantes de instituições escolares que não dispõem dessas ações intersetoriais. A terceira proposição refere-se que, os adolescentes que reconheceram como sua FUC um serviço da APS associam-se a melhores condições de acesso a estes serviços, quando comparados àqueles sem uma FUC APS. Além disso, para o desenvolvimento de algumas destas hipóteses deste estudo considerou-se a possibilidade que haver diferenças entre os sexos para as proposições destacadas acima, para tanto, algumas hipóteses de associação foram analisadas através da estratificação por sexo.

No Brasil são inúmeras os fatores que contribuem para desigualdades e disparidades socioeconômicas no setor da saúde (SOLT, 2016; PNS, 2015), o que tem exigido desde sempre esforços adicionais por parte da população e do Estado para uma ampliação da proteção social para toda a população, com acesso aos serviços de saúde, especialmente, aos serviços de APS (ATUN *et al.*, 2015), além do desenvolvimento de vínculo e o reconhecimento de uma FUC, de modo a reduzir as situações de vulnerabilidade e garantir a população resolutividade para as necessidades e problemas de saúde.

Para a compreensão da importância e do papel de uma FUC e o acesso aos serviços de saúde há a necessidade de compreender vários fatores determinantes para este processo, a exemplo dos aspectos individuais, contextuais e da relação entre o indivíduo que procura a atenção e a equipe ou profissional de saúde que oferta a assistência (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ATUYAMBE *et al.*, 2008).



Partindo de diferentes contextos sociais, diversos teóricos em diferentes momentos históricos veem destacando a determinação social de classe, renda, trabalho, condições de vida e escolaridade (ALMEIDA-FILHO, 2004), adicionado a estes fatores é necessário destacar os determinantes biológicos como sexo e idade, e comportamentais como o hábito de fumar, uso de bebida alcóolica, hábitos alimentares e a prática de atividade física, todos estes aspectos influenciam nos problemas de saúde da população (OMS, 2019).

Quando as ações são voltadas para o público adolescentes, a educação é um dos parâmetros analisados na determinação social, uma vez que o ato de educar repercute diretamente na construção de redes culturais e comportamentais. Para tanto, faz-se necessário a valorização de ações de caráter intersetorial a fim de extrapolar a setorialização, ou seja, de modo a articular com diversos setores sociais na mediação de experiências e saberes (HIGA *et al.*, 2015). Tendo o ambiente escolar como um espaço potencial para o desenvolvimento de valores e pensamentos críticos a respeito da realidade social e dos estilos de vida, além da aquisição de aprendizagens ao longo da vida que poderão definir comportamentos e favorecer o empoderamento para a promoção da saúde (BRASIL, 2010; FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A literatura demonstra que os motivos e o comportamento para busca pelo serviço de saúde se diferem entre os sexos no grupo populacional de adolescentes (PINHEIRO *et al.*, 2002; BRISCOE, 1978; CLARO *et al.*, 2006). Diante dessas peculiaridades desse grupo etário, para alcançar o propósito de proteção para a saúde dos adolescentes, é preciso estabelecer relações intersetoriais e intra setoriais. De modo que haja articulação entre os serviços, da conexão entre profissionais, ações, programas e projetos de redes de interdependência e coresponsabilização a fim de garantir a integralidade do cuidado (FERRO *et al.*, 2014).

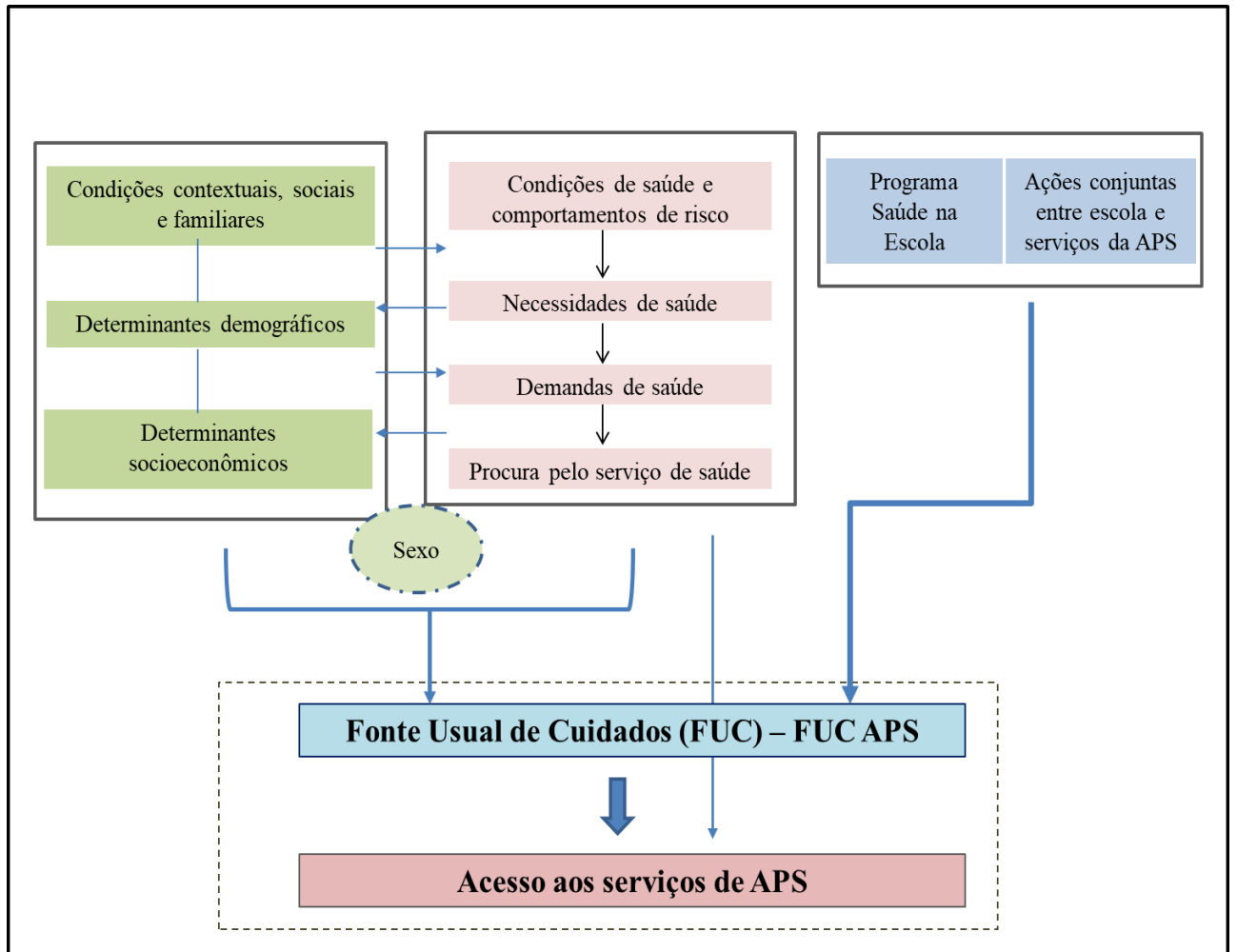
Com este propósito de articulação intersetorial, de forma a proporcionar ao adolescente ações de prevenção e promoção da saúde tem-se disponível os serviços da APS, através de ações articuladas com as instituições escolares, por meio do PSE, e na estruturação de ações programáticas de modo a atender as necessidades dos adolescentes, além de favorecer o diálogo entre os diferentes setores (HIGA *et al.*, 2015). Vale ressaltar ainda que, os serviços da APS têm como atributo a longitudinalidade do cuidado, ou seja, é um serviço que visa ser a FUC dos usuários através da manutenção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, além de favorecer a cooperação mutua e que os usuários não busquem os serviços apenas em situações de problema de saúde (NÓBREGA *et al.*, 2015).

Diante dessas diversidades que compõem o país, abordar questões sobre a saúde dos adolescentes brasileiros, seus aspectos demográficos, econômicos, familiares, contextos

sociais, comportamentos de risco e hábitos de vida (IBGE, 2013) são informações que poderão subsidiar mudanças de práticas ou a elaboração de políticas públicas capazes de atender as demandas dessa população (MARTINS *et al.*, 2019). Uma vez que os comportamentos de risco para à saúde adquiridos na adolescência geralmente se perpetuam para as fases subsequentes da vida do indivíduo, com sérias consequências para a saúde e a qualidade de vida (GROWING, 2016).

Para o delineamento deste estudo a proposta partiu da disposição de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), considerando as questões teóricas e empíricas para a investigação. Diversos fatores descritos na literatura nacional e internacional apresentam a probabilidade de associação com os desfechos de interesse, a fonte usual de cuidados e o acesso aos serviços de saúde da APS, para isso, foram definidos os seguintes blocos analíticos:

- a) Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos e das famílias – no qual serão destacadas as informações do contexto sociodemográfico e econômico individual e familiar, como - faixa etária, raça/cor, defasagem escolar, escolaridade materna, recebimento de remuneração por atividade laboral, região de residência, tipo de dependência escolar.
- b) Necessidades de saúde e utilização dos serviços de saúde – nesta proposta serão consideradas as necessidades e comportamentos de risco dos indivíduos, como – as considerações pela autoavaliação do estado de saúde, satisfação com imagem corporal, a exposição do tabagismo, uso de drogas, consumo abusivo de álcool, prática sexual, comportamento sexual, e exposição a situação de violência física e sexual. Tais condições podem gerar demandas de saúde, as quais poderão levar o indivíduo a procurar ou não os serviços de saúde.
- c) Com relação as ações intersetoriais - saúde e educação – serão consideradas a adesão e implementação das escolas dos adolescentes às ações do Programa de Saúde na Escola (PSE), e do desenvolvimento de ações conjuntas entre as escolas e os serviços da APS.



**Figura 1.** Modelo teórico de Fonte Usual de Cuidado.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar as abordagens conceituais e metodológicas e os fatores determinantes do reconhecimento de uma fonte usual de cuidado e sua associação com o acesso aos serviços de APS entre adolescentes brasileiros.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Sistematizar na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de fonte usual do cuidado, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes evidenciados pelos estudos;
- Analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma fonte usual do cuidado, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros;
- Analisar a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS;
- Analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS, segundo sexo, entre adolescentes brasileiros.

#### **4 ARTIGO 1- FONTE USUAL DE CUIDADOS: IDENTIFICANDO CONCEITOS, MÉTODOS E OS FATORES DETERMINANTES PARA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

##### **RESUMO**

**Introdução:** O reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidado (FUC) na atenção primária está associado com a melhoria da qualidade do cuidado, além de contribuir para o fortalecimento do vínculo e de confiança entre usuários e equipe de saúde. **Objetivo:** Sistematizar na literatura científica nacional e internacional os conceitos de FUC, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados ao seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de escopo. A busca foi realizada nas bases de dados Web of Science, Scopus, Science Direct e Pubmed, sem restrição de período de publicação e idiomas, entretanto foram incluídos somente os artigos publicados em inglês. Foram critérios de elegibilidade: estudos originais que respondiam à pergunta de investigação definida previamente e disponíveis nas bases de dados destacadas anteriormente. **Resultados:** Foram identificados 632 artigos, sendo que 291 foram excluídos por estarem repetidos nas bases de dados, tendo como amostra final 41 artigos que foram selecionados para a revisão após o processo de leitura e avaliação dos critérios de inclusão. Ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior renda, escolaridade e ter seguro saúde estiveram associados ao reconhecimento de uma FUC. A mesma associação foi observada para FUC APS, além de estudos destacarem a relação com raça/cor parda, menor nível de escolaridade e residir em zona rural. **Considerações finais:** Observou-se a partir dos determinantes, desigualdades no reconhecimento de uma FUC na maioria dos países, variando em relação aos contextos organizacionais dos sistemas de saúde, o qual evidencia que os sistemas universais são favoráveis para o reconhecimento de uma FUC.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Fonte Usual de Cuidados; Sistemas de Saúde.

##### **ABSTRACT**

**Introduction:** The recognition of a Usual Source of Care (FUC) in primary care is associated with improving the quality of care, in addition to contributing to the strengthening of the bond and trust between users and the health team. **Objective:** To systematize in national and international scientific literature the concepts of FUC, the methodological approaches used and the determining factors related to its recognition by users of health services. **Methodology:** This is a scoping review. The search was performed in the Web of Science, Scopus, Science Direct and Pubmed databases, without restriction of publication period and languages, however, only articles published in English were included. Eligibility criteria were: original studies that answered the research question previously defined and available in the databases highlighted above. **Results:** 632 articles were identified, of which 291 were excluded because they were repeated in the databases, with a final sample of 41 articles that were selected for review after the process of reading and evaluating the inclusion criteria. Being female, white race/color, higher income, education and having health insurance were associated with the recognition of a FUC. The same association was observed for FUC APS, in addition to studies highlighting the relationship with mixed race/color, lower level of education and living in rural areas. **Final considerations:** It was observed from the determinants, inequalities in the recognition of a FUC in most countries, varying in relation to the organizational contexts of the health systems, which shows that universal systems are favorable for the recognition of a FUC.

**Descriptors:** Primary Health Care; Usual Source of Care; Health Systems.

## 4.1 INTRODUÇÃO

Uma Fonte Usual de Cuidados (FUC) é definida como um provedor ou um estabelecimento de saúde como um consultório médico ou um serviço de saúde, que normalmente o indivíduo procura quando está doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde (STEWART *et al.*, 2019; TSAI *et al.*, 2010; DU *et al.*, 2015; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; STRANSKY, 2017; SUNG; LEE, 2019). O reconhecimento de uma FUC pelos usuários tem sido objeto de análise na literatura internacional (BERK; BERNSTEIN, 1982; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; DEVOE; SAULTZ; KROIS, 2009; DEVOE *et al.*, 2011; DU *et al.*, 2015; STEWART *et al.*, 2019), e estudos tem apontado a sua associação com o aumento das taxas de acesso e da satisfação dos usuários com os serviços de saúde (DEVOE; SAULTZ; KROIS, 2009), sendo também utilizada como uma medida de acesso (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004).

Os sistemas universais de saúde, principalmente aqueles baseados em serviços de atenção primária à saúde (APS) que buscam assegurar o acesso e o primeiro contato apresentam resultados promissores para a saúde dos indivíduos e demandam menos dos demais níveis de atenção (MENDES, 2011). Na APS, a manutenção de uma relação contínua do usuário com um serviço ou um provedor individual, é considerado um forte indicador de acesso e tem sido associado com aumento de serviços preventivos, redução no uso dos serviços de emergências, e redução do tempo de internação hospitalar (WEBER *et al.*, 2005; XU, 2002; PIEHL; CLEMENS; JOINES, 2000; RYAN *et al.*, 2001; KIRAN *et al.*, 2018; DEVOE; PETERING; KROIS, 2008; DEVOE; SAULTZ; KROIS, 2009). Além disso, os indivíduos que têm uma fonte usual de APS durante sua vida, apresentam maior satisfação com a atenção à saúde recebida (MENDES, 2011).

O reconhecimento pelos usuários de uma FUC na atenção primária está associado com a melhoria da qualidade do cuidado e, por conseguinte, com as condições de saúde dos indivíduos, uma vez que, contribui para o fortalecimento dos vínculos da relação de responsabilização e de confiança entre usuários e equipe de saúde; aumenta a possibilidade de diagnóstico e tratamentos mais acurados, além de uma maior resolubilidade dos problemas de saúde (KIM; JEON; LEE, 2017; STARFIELD, 2002; FRANK *et al.*, 2015). Dos atributos da atenção primária identificados por Starfield (2002), a longitudinalidade é parte crucial para os serviços da APS, sendo definido como a presença de uma fonte usual de cuidado observada através da identificação de um médico, de uma equipe, de profissionais de saúde ou um local específico de atenção (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Entretanto, o termo FUC é pouco utilizado na literatura nacional e, tampouco há um consenso quanto a sua forma de definição e abordagem metodológica nos estudos internacionais. Assim, conhecer os conceitos empregados e sua operacionalização, bem como, os determinantes individuais e contextuais que influenciam neste reconhecimento, é de grande relevância para a avaliação da atenção à saúde, posto que tem uma forte relação com a avaliação do atributo da longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, com a efetividade da atenção à saúde. Sendo assim, este estudo tem por objetivo sistematizar na literatura científica nacional e internacional os conceitos de FUC, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes relacionados ao seu reconhecimento pelos usuários dos serviços de saúde.

#### 4.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo, uma estratégia metodológica amplamente empregada em revisões que buscam mapear as evidências de um objeto, a fim de subsidiar estudos mais aprofundados sobre a temática (PETERS *et al.*, 2020). Foi elaborada segundo o método proposto pelo Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (JBI, 2015; PETERS *et al.*, 2021) e que tem como base as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, 2018) Extension for Scoping Reviews, com as seguintes perguntas de investigação: Quais os conceitos e métodos de pesquisa utilizados pela literatura para investigar o reconhecimento de uma FUC? E quais os fatores determinantes para o reconhecimento de uma FUC?

Foram realizadas buscas eletrônicas de artigos nas bases de dados: Web of Science, Scopus, Science Direct e Pubmed, sendo considerado os seguintes descritores: “*Primary Health Care, Primary Care, e Usual Source of Care*”. Os descritores foram definidos mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH) e “*Usual Source of Care*” foi utilizado como termo por não existir registro nas bases consultadas. Para a pesquisa bibliográfica foram utilizadas as seguintes estratégias de busca: a) na base Pubmed: ((“Primary Health Care” [Title/Abstract] OR “Primary Care” [Title/Abstract])) AND “Usual Source of Care” [Title/Abstract]; b) na base Scopus foi através da busca por: Article title, Abstract, Keywords: (“Atenção primária à saúde” OU “Atenção primária”) AND (“Fonte habitual de cuidados” )); c) na base Web of Science a busca foi orientada pela chave: Tópico (TS)= (“Primary Health Care” OR “Primary Care”) AND (“Usual Source of Care”)); e d) na base Science Direct, Find articles with these terms: “Primary Health Care” AND “Usual Source of Care”.

Como critérios de elegibilidade foram considerados estudos originais que respondiam às perguntas de investigação definidas previamente e disponíveis nas bases de dados destacadas anteriormente. Com o propósito de conhecer a totalidade dos artigos existentes não houve restrição para grupos populacionais de interesse, também não foi estabelecido limites quanto ao idioma do estudo, tipo, local de realização do estudo ou ano de publicação. Estudos realizados em grupos populacionais específicos, como: portadores de doenças crônicas e em cuidados paliativos, foram excluídos da seleção. Além disso, foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica e de relato de casos e documentos no formato de teses, dissertações, monografias e editoriais. Todas as buscas foram realizadas no dia 06 de fevereiro de 2020.

As bases de dados foram consultadas e os artigos transferidos para o software *Endnote online*. Após o armazenamento, foram removidos os registros de duplicidade e duas pesquisadoras independentes selecionaram os artigos através da leitura de títulos e resumos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Os casos em desacordo foram resolvidos por consenso ou decisão de um terceiro pesquisador.

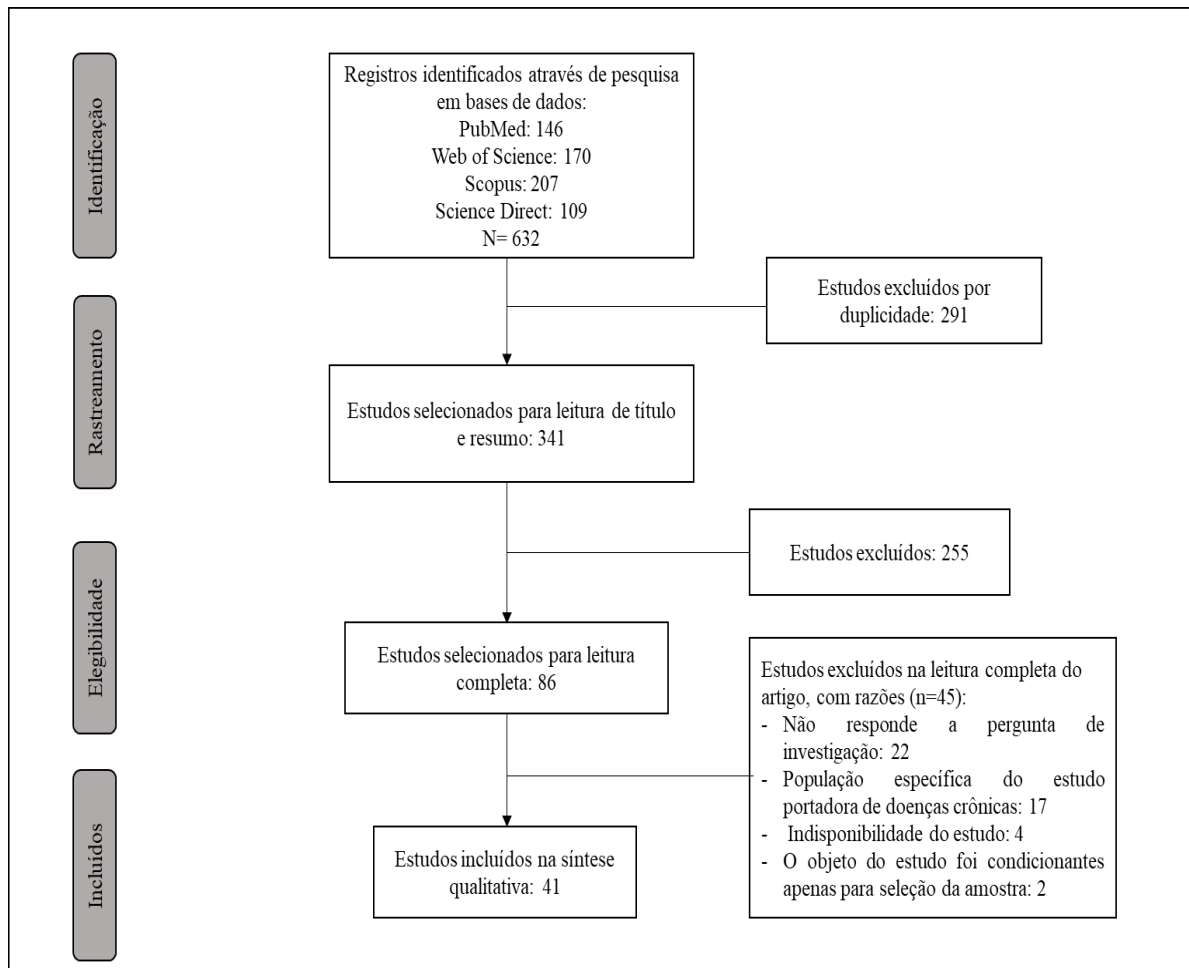
Em seguida, os textos completos foram reunidos para avaliação. Os seguintes dados foram extraídos dos estudos: autor, ano de publicação, país de realização do estudo, período de realização do estudo, fonte de dados, tipo do estudo, população-alvo, seguro saúde, conceito de FUC, forma de operacionalização do questionamento de FUC, tipo da variável FUC, fatores determinantes de FUC e base de dados.

### **4.3 RESULTADOS**

Foram identificados 632 artigos, sendo que 291 foram excluídos por estarem repetidos nas bases de dados. Após análise dos títulos e resumos, 255 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Foram selecionados 86 para leitura e análise na íntegra e, destes, 45 artigos foram excluídos: 22 estudos por não responderem às perguntas de investigação; 17 por terem como população específica do estudo indivíduos portadores de doenças crônicas; 04 pela indisponibilidade de acesso do texto completo e, 02 estudos, a FUC foi apenas condicionante para seleção da amostra. A amostra final foi composta por 41 artigos (Figura 1).



**Figura 1.** Diagrama de fluxo da seleção de artigos para a revisão sistemática.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Em relação à distribuição dos estudos segundo o país de origem, 80,5% dos estudos foram conduzidos nos Estados Unidos, seguindo da Coréia do Sul (9,8%), China e Brasil, ambos com 4,9%. Os estudos foram publicados desde o ano de 1982 até 2019, sendo que cerca de 70,7% foram publicados nos últimos dez anos (Tabela 1).

Quando analisado o tipo de estudo ou metodologia utilizada, verificou-se que 80,5% dos estudos foram conduzidos através de um desenho epidemiológico transversal, sendo que cinco destes estudos (12,1%) utilizaram o método transversal seriado, 14,6% foram estudos longitudinais e apenas um estudo que se baseou em uma abordagem quali-quantitativa (2,4%). Com relação a população dos estudos, 58,5% dos estudos tiveram como população-alvo, os indivíduos adultos, 19,5% crianças, e 9,8% para adolescentes ou idosos. Quanto às características de definição e análise dos estudos foi possível verificar uma importante concentração do emprego da variável FUC como variável dependente (desfecho) (63,4%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos estudos selecionados segundo país de realização do estudo, período de publicação, tipo de estudo, população do estudo, tipo da variável FUC e informações sobre seguro saúde.

| <b>Características dos estudos</b>       | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Local do estudo (países)</b>          |          |          |
| Estados Unidos                           | 33       | 80,5     |
| Coréia do Sul                            | 4        | 9,8      |
| China                                    | 2        | 4,9      |
| Brasil                                   | 2        | 4,9      |
| <b>Período de Publicação dos Estudos</b> |          |          |
| Década de 1980                           | 1        | 2,4      |
| Década de 1990                           | 4        | 9,8      |
| Década de 2000                           | 7        | 17,1     |
| Década de 2010                           | 29       | 70,7     |
| <b>Tipo de Estudo</b>                    |          |          |
| Transversais                             | 34       | 82,9     |
| Longitudinais                            | 6        | 14,6     |
| Quali-quantitativo                       | 1        | 2,4      |
| <b>População de estudo</b>               |          |          |
| Crianças                                 | 8        | 19,5     |
| Adolescentes                             | 4        | 9,8      |
| Adultos jovens                           | 1        | 2,4      |
| População adulta                         | 24       | 58,5     |
| Idosos                                   | 4        | 9,8      |
| <b>Tipo da variável FUC</b>              |          |          |
| Dependente                               | 26       | 63,4     |
| Independente Principal                   | 12       | 29,3     |
| Co-variável                              | 3        | 7,3      |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

#### 4.3.1 Qual o Conceito e operacionalização do termo Fonte Usual de Cuidados (FUC)?

No Quadro 1, buscou-se sistematizar os conceitos empregados e a forma de operacionalização da pergunta utilizada para a investigação de FUC pelos estudos selecionados. Conforme a literatura investigada cerca de 14 estudos não apresentaram um conceito estabelecido para FUC (NEWACHECK *et al.*, 1998; MOY *et al.*, 1998; KLEIN *et al.*, 1999; WILSON; KLEIN, 2000; MCKEE; FLETCHER, 2006; MARTIN; SHI; WARD, 2009; DEVOE *et al.*, 2011; DEVOE *et al.*, 2012; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; SHI *et al.*, 2013; HALL *et al.*, 2015; ARNETT *et al.*, 2016; NOTHELLE *et al.*, 2018; CHAIYACHATI *et al.*, 2019). Dentre os conceitos/definições utilizados houve uma maior predominância, em torno de

13 estudos, que definiram FUC como um provedor ou lugar em particular quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisando de cuidados médicos (GUENDELMAN; WYN; TSAI, 2000; DEVOE *et al.*, 2012a; JERANT *et al.*, 2013; AN *et al.*, 2016; KHAN; THAPA; ZHANG, 2017; KIM; JEON; LEE, 2017; LIAW *et al.*, 2018; CHAIYACHATI *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2019; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; STRANSKY, 2017; SUNG; LEE, 2019; STEWART *et al.*, 2019) (Quadro 1).

Outros estudos deram enfoque especificamente a um lugar/serviço de saúde, sendo então definido como consultório médico específico, clínica, centro de saúde ou outro lugar para onde o indivíduo costuma ir quando está doente, precisando de conselhos de saúde ou de cuidados primários (STOCKWELL *et al.*, 2010; DAVIS *et al.*, 2017; BERK; BERNSTEIN, 1982; REW; RESNICK; BEUHRING, 1999; TSAI *et al.*, 2010; DU *et al.*, 2015) (Quadro 1).

Além dessas definições, cinco estudos referiram como um indicador que avalia acesso, sendo que o acesso foi definido como a capacidade de um indivíduo obter serviços de saúde quando necessário (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; DEVOE; PETERING; KROIS, 2008; DEVOE *et al.*, 2009; CHOI, 2011; CUNNINGHAM, 2015; CROSS; KELLY, 2015), e um estudo como um facilitador para o indivíduo obter cuidados de saúde quando necessários (HAMMOND; MATTHEWS; SMITH, 2010). Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos destacou FUC como um componente do conceito de casa médica (Patient-centered Medical Home (PCMH)), amplamente utilizado para melhorar a qualidade do atendimento (LAU *et al.*, 2013) (Quadro 1).

Com relação as formas de operacionalização da pergunta para investigar a existência ou o reconhecimento de uma FUC, observou-se variabilidade nas questões com diferenças pouco substanciais. Cerca de 20 estudos utilizaram o questionamento baseado na existência de um local, o que reflete o conceito da maioria deles. Destes 13 estudos operacionalizaram a pergunta da seguinte forma: “Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?” (MOY *et al.*, 1998; WILSON; KLEIN, 2000; MCKEE; FLETCHER, 2006; DEVOE *et al.*, 2012; ARNETT *et al.*, 2016; CHAIYACHATI *et al.*, 2019; AN *et al.*, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; CHAIYACHATI *et al.*, 2017; STRANSKY, 2017; LIAW *et al.*, 2018; KIM *et al.*, 2019; DAVIS *et al.*, 2017) (Quadro 1).

Dois estudos investigaram FUC considerando apenas a existência de um profissional médico ou um outro profissional de saúde, a exemplo, há algum médico que você considera seu médico regular, isto é, um médico que você costuma consultar quando está doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde? (KLEIN *et al.*, 1999; NOTHELLE *et al.*, 2018),

ou há um médico ou outro profissional de saúde que você costuma ir quando está doente? (DU *et al.*, 2015), entre outras abordagens que consideram FUC apenas como a figura de um profissional de saúde (Quadro 1).

Enquanto que oito estudos consideram a existência do profissional médico e do local de saúde, como: Existe um médico ou lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisando de conselhos sobre sua saúde? (GUENDELMAN; WYN; TSAI, 2000; JERANT *et al.*, 2013; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; KHAN; THAPA; ZHANG, 2017; SUNG; LEE, 2019; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; CROSS; KELLY, 2015; TSAI *et al.*, 2010) (Quadro 1).

Três estudos questionam apenas a disponibilidade de uma FUC, como: Você tem uma FUC? (CHOI, 2011; MARTIN; SHI; WARD, 2009; DEVOE *et al.*, 2011), um outro estudo relaciona a presença de uma FUC com a cobertura de seguro saúde (DEVOE *et al.*, 2012a). E apenas um estudo não apresentou um questionamento definido (SHI *et al.*, 2013) (Quadro 1).

O conceito e a forma de operacionalização da pergunta para avaliar a disponibilidade ou reconhecimento de uma FUC não apresentaram diferenças ou especificidades quando observado por população etária.

**Quadro 1.** Sistematização dos conceitos e a operacionalização da pergunta sobre a existência ou reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidados.

| Referência  | Conceito                       | Número de artigos | Referência   | Formas de operacionalização  | Número de artigos |
|---|--------------------------------|-------------------|--|--|-------------------|
| Newacheck et al., 1998; Moy et al, 1998; Klein et al., 1999; Wilson; Klein, 2000; Mckee; Fletcher, 2006; Martin; Shi; Ward, 2009; Devoe et al., 2011; Devoe et al., 2012; Macinko; Lima-Costa, 2012; Shi et al., 2013; Hall et al., 2015; Arnett et al., 2016; Nothelle et al., 2018; Chaiyachati et al., 2019. | Não apresenta conceito de FUC. | 14                | Newacheck et al., 1998.  | A criança teve contato com médico, e qual o número de contatos no último ano?  | 1                 |
|   |                                |                   | Moy et al., 1998; Wilson; Klein, 2000; Mckee; Fletcher, 2006; Devoe et al., 2012; Arnett et al., 2016; Chaiyachati et al., 2019. | Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisando de aconselhamento sobre sua saúde?                              | 6                 |
|   |                                |                   | Martin; Shi; Ward, 2009.   | Você tem FUC?  | 1                 |
|   |                                |                   | Devoe et al., 2011.  | A criança e/ou ambos os pais têm uma FUC?, A criança tem uma FUC e/ou ambos os pais não têm FUC?, A criança não tem FUC e/ou ambos os pais têm FUC, e nem o filho nem os pais têm uma FUC?   | 1                 |
|   |                                |                   | Macinko; Lima-Costa, 2012.   | Você tende a procurar os serviços de saúde no mesmo local?   | 1                 |
|   |                                |                   | Hall et al., 2015.   | Com que frequência, em média, vocês (mulheres) haviam consultado um profissional de saúde nos últimos cinco anos e que tipo de estabelecimento de saúde haviam visitado com mais frequência? | 1                 |

|  |  |    |   |   |   |
|--|--|----|---|---|---|
|  |  |    | Klein et al., 1999; Nothelle et al., 2018.  | Há algum médico que você considera seu médico regular, isto é, um médico que você costuma consultar quando está doente e precisa de aconselhamento sobre sua saúde?                           | 2 |
|  |  |    | Shi et al., 2013.   | O questionamento não foi definido.  | 1 |
| Guendelman; Wyn; Tsai, 2000; Devoe et al., 2012a; Jerant et al., 2013; An et al., 2016; Khan; Thapa; Zhang, 2017; Kim; Jeon; Lee, 2017; Liaw et al., 2018; Chaiyachati et al., 2017; Kim et al., 2019; Dourado; Medina; Aquino, 2016; Stransky, 2017; Sung; Lee, 2019; Stewart et al., 2019. | Um provedor ou lugar em particular quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisa de cuidados médicos. | 13 | Guendelman; Wyn; Tsai, 2000.  | A criança tem uma pessoa ou lugar em particular que geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou precisando de cuidados médicos de prevenção e de rotina?        | 1 |
|  |  |    | Devoe et al., 2012a.  | A criança tinha cobertura de seguro saúde e/ou FUC no mesmo período durante o ano?  | 1 |
|  |  |    | Jerant et al., 2013; Dourado; Medina; Aquino, 2016; Khan; Thapa; Zhang, 2017; Sung; Lee, 2019.                        | Você costuma ir ao mesmo lugar, ao mesmo médico ou serviço de saúde quando precisa de cuidados de saúde?  | 4 |
|  |  |    | An et al., 2016; Kim; Jeon; Lee, 2017; Chaiyachati et al., 2017; Stransky, 2017; Liaw et al., 2018; Kim et al., 2019. | Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde ou precisando fazer um check up? | 6 |
|  |  |    | Stewart et al., 2019.   | Você sabe onde seu tio vai ao médico?   | 1 |

|  |  |   |   |   |   |
|--|--|---|---|---|---|
| Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; Devoe; Petering; Krois, 2008; Devoe et al., 2009; Choi, 2011; Cunningham, 2015; Cross; Kelly, 2015.              | Refere-se a um indicador que avalia acesso, sendo que o acesso foi definido como a capacidade de um indivíduo obter serviços de saúde quando necessário.                               | 6 | Rohrer; Kruse; Zhang, 2004.                       | Você tem um local de atendimento usual, e um médico pessoal ou enfermeira?  | 1 |
|  |  |   | Devoe; Petering; Krois, 2008; Devoe et al., 2009. | Onde costumam ir ou leva seus filhos quando estão doentes ou precisam de cuidados de saúde?   | 2 |
|  |  |   | Choi, 2011.                                       | Você tem FUC?   | 1 |
|  |  |   | Cross; Kelly, 2015.                               | Há algum médico ou clínica particular que você costuma ir quando está doente ou para obter conselhos sobre sua saúde?   | 1 |
|  |  |   | Cunningham, 2015.                                 | Há um determinado provedor de cuidados de saúde (diferente de um hospital de emergência) a quem geralmente procura quando está doente ou precisando de aconselhamentos sobre saúde?           | 1 |
| Stockwell <i>et al.</i> , 2010; Davis et al., 2017; Berk; Bernstein, 1982; Rew; Resnick; Beuhring, 1999; Tsai et al., 2010; Du et al., 2015. | Consultório médico específico, clínica, centro de saúde ou outro lugar para onde o indivíduo costuma ir quando está doente, precisando de conselhos de saúde ou de cuidados primários. | 6 | Stockwell <i>et al.</i> , 2010.                   | Por que hoje você não levou seu filho para o seu médico regular?, O que fez você hoje vir para a sala de emergência em vez de ir para o médico de cuidados primários da criança?              | 1 |
|  |  |   | Davis et al., 2017.                               | Há algum consultório médico, clínica, centro de saúde ou outro lugar que você geralmente vai se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde ou precisando fazer um check up? | 1 |

|                                 |  |   |  |  |   |
|---------------------------------|--|---|--|--|---|
|                                 |  |   | Tsai et al., 2010.                                   | Existe um médico ou lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisar conselhos sobre sua saúde?, Existe um médico ou lugar que conhece você melhor como pessoa?, e Há um médico ou lugar que é o mais responsável pelos seus cuidados de saúde? | 1 |
|                                 |  |   | Berk; Bernstein, 1982; Rew; Resnick; Beuhring, 1999. | Onde costumam ir ou leva seus filhos quando estão doentes ou precisando de cuidados de saúde?  | 2 |
|                                 |  |   | Du et al., 2015.                                     | Tem um médico ou outro profissional de saúde que você costuma ir quando está doente?   | 1 |
| Hammond; Matthews; Smith, 2010. | Constitui um facilitador significativo de agendamento e recebimento de exames de saúde de rotina.  | 1 | Hammond; Matthews; Smith, 2010.                      | No ano passado, você marcou alguma consulta com um médico ou outro provedor de saúde para cuidados de saúde de rotina ou regulares?  | 1 |
| Lau et al., 2013.               | É um componente do conceito de casa médica (Patient-centered Medical Home (PCMH), amplamente utilizado para melhorar a qualidade do atendimento para adolescentes em idade de transição. | 1 | Lau et al., 2013.                                    | Há algum lugar que você costuma ir se estiver doente ou precisar de aconselhamento sobre sua saúde?  | 1 |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



### 4.3.2 Os determinantes do reconhecimento de uma FUC

Dos estudos analisados, 12 deles investigaram como população-alvo, crianças e adolescentes, sendo observado fatores determinantes para o reconhecimento da existência de uma FUC, dentre as características demográficas destacaram-se, idade mais jovens (KLEIN *et al.*, 1999; DEVOE *et al.*, 2009; DEVOE *et al.*, 2011), e ser do sexo feminino (REW; RESNICK; BEUHRING, 1999; KLEIN *et al.*, 1999). Dentre os fatores socioeconômicos, observou-se raça/cor branca (KLEIN *et al.*, 1999) e não-hispânicos (DEVOE *et al.*, 2009), maior nível de escolaridade (DEVOE *et al.*, 2011; DEVOE *et al.*, 2012), pai empregado (GUENDELMAN; WYN; TSAI, 2000), e boas condições de renda (DEVOE *et al.*, 2011; DEVOE *et al.*, 2012; DEVOE *et al.*, 2012a).

O seguro saúde foi utilizado pela grande maioria dos estudos para avaliar o reconhecimento de uma FUC, comparando a condição de segurado (sim ou não) ou o tipo de seguro (público ou privado). Observa alta concentração de estudos comparando as condições de indivíduos segurados e não-segurados (58,5%). Entre os estudos que avaliaram crianças e adolescentes, seis estudos analisaram a variável seguro saúde, como um determinante para o reconhecimento de uma FUC, sendo que dois dos estudos indicam seguro privado ou público (DEVOE *et al.*, 2012; DEVOE *et al.*, 2012a), dois estudos seguro privado (NEWACHECK *et al.*, 1998; GUENDELMAN; WYN; TSAI, 2000), e dois estudos seguro público (DEVOE; PETERING; KROIS, 2008; DEVOE *et al.*, 2009) (Quadro 2).

O reconhecimento de uma FUC entre as crianças e adolescentes esteve associado com fatores relacionados ao estado de saúde, hábitos e comportamentos de vida, como a atividade sexual ativa (MCKEE; FLETCHER, 2006) e estado de saúde bom ou excelente (KLEIN *et al.*, 1999); e com relação aos serviços de saúde, com a confiança no profissional de saúde (MCKEE; FLETCHER, 2006), acesso as ações preventivas e necessidades atendidas (DEVOE *et al.*, 2011) (Quadro 2).

Apenas três estudos avaliaram o tipo de FUC, entre as crianças e adolescentes, sendo que o sexo feminino esteve associado a FUC APS (KLEIN *et al.*, 1999), Para a FUC de emergência observou associação com indivíduos do sexo masculino (KLEIN *et al.*, 1999), raça/cor afro-americanos, menor escolaridade dos pais, residentes na zona rural e não disponibilidade de um seguro saúde (WILSON; KLEIN, 2000), e confiança dos pais no pediatra da emergência (STOCKWELL *et al.*, 2010) (Quadro 2).

**Quadro 2.** Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de crianças e adolescentes.

| Reconhecimento de uma FUC    |   |                   |   | Tipo de FUC  |                             |                   |                     |
|------------------------------|---|-------------------|---|--|-----------------------------|-------------------|---------------------|
| Fatores determinantes        | Categoria com maior chance de referir uma FUC | Número de artigos | Referências   | Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo |                             | Número de artigos | Referências         |
|                              |   |                   |   | APS  | Emergência                  |                   |                     |
| <i>Demográficos</i>          |   |                   |   |  |                             |                   |                     |
| <b>Idade</b>                 | Mais jovens                                   | 3                 | Klein et al., 1999; Devoe et al., 2009; Devoe et al., 2011  |  |                             |                   |                     |
| <b>Sexo</b>                  | Feminino                                      | 2                 | Rew; Resnick; Beuhring, 1999; Klein et al., 1999            | Feminino   | Masculino                   | 1                 | Klein et al., 1999  |
| <i>Socioeconômicos</i>       |   |                   |   |  |                             |                   |                     |
| <b>Raça/cor</b>              | Branços                                       | 1                 | Klein et al., 1999  |  | Afro-americanos             | 1                 | Wilson; Klein, 2000 |
|                              | Não-hispânico                                 | 1                 | Devoe et al., 2009  |  |                             |                   |                     |
| <b>Escolaridade</b>          | Maior escolaridade                            | 2                 | Devoe et al., 2011; Devoe et al., 2012                      |  | Menor escolaridade dos pais | 1                 | Wilson; Klein, 2000 |
| <b>Ocupação</b>              | Pai empregado                                 | 1                 | Guendelman; Wyn; Tsai, 2000                                 |  |                             |                   |                     |
| <b>Condições financeiras</b> | Boas condições de renda                       | 3                 | Devoe et al., 2011; Devoe et al., 2012; Devoe et al., 2012a |  |                             |                   |                     |
| <b>Local de residência</b>   |   |                   |   |  | Residir na zona rural       | 1                 | Wilson; Klein, 2000 |

|   |                                    |   |   |  |                                     |   |                        |
|---|------------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|---|------------------------|
| <b>Seguro saúde</b>                                     | Seguro (privado ou público)        | 2 | Devoe et al., 2012; Devoe et al., 2012a             |  |                                     |   |                        |
|   | Seguro privado                     | 2 | Newacheck et al., 1998; Guendelman; Wyn; Tsai, 2000 |  |                                     |   |                        |
|   | Seguro público                     | 2 | Devoe; Petering; Krois, 2008; Devoe et al., 2009    |  | Falta de seguro Saúde               | 1 | Wilson; Klein, 2000    |
| <b><i>Estado de saúde, hábitos e comportamentos</i></b> |                                    |   |   |  |                                     |   |                        |
| Comportamentos de vida                                  | Atividade sexual ativa             | 1 | Mckee; Fletcher, 2006                               |  |                                     |   |                        |
| Estado de saúde   | Bom ou excelente                   | 1 | Klein et al., 1999                                  |  |                                     |   |                        |
| <b><i>Serviço de saúde</i></b>                          |                                    |   |   |  |                                     |   |                        |
| Vínculo profissiona l e paciente                        | Confiança no profissional de saúde | 1 | Mckee; Fletcher, 2006                               |  | Confiança no pediatra da emergência | 1 | Stockwell et al., 2010 |
| Ações ofertadas   | Acesso a ações preventivas         | 1 | Devoe <i>et al.</i> , 2011                          |  |                                     |   |                        |
| Satisfação do usuário                                   | Necessidades atendidas             | 1 | Devoe <i>et al.</i> , 2011                          |  |                                     |   |                        |

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

Nos estudos que tiveram como população-alvo, adultos, idosos e população em geral (29 estudos) foram observados como fatores determinantes mais frequentes no reconhecimento e disponibilidade de uma FUC: sete estudos identificaram a idade mais avançada (acima de 60 anos) (BERK; BERNSTEIN, 1982; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; AN *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; KIM *et al.*, 2019; SUNG; LEE, 2019), oito estudos ser do sexo feminino (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; TSAI *et al.*, 2010; JERANT *et al.*, 2013; AN *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; DAVIS *et al.*, 2017; KIM; JEON; LEE, 2017; SUNG; LEE, 2019), estado civil casado (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004), e divorciados/separados ou viúvos (AN *et al.*, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; SUNG; LEE, 2019) (Quadro 3).

Quanto as características socioeconômicas, houve associação com as características de raça/cor branca (BERK; BERNSTEIN, 1982; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; DAVIS *et al.*, 2017), e não hispânicos (MOY *et al.*, 1998; JERANT *et al.*, 2013; LIAW *et al.*, 2018), com maior nível de escolaridade (MOY *et al.*, 1998; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; JERANT *et al.*, 2013; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), bem como, para o baixo nível de escolaridade (AN *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; SUNG; LEE, 2019), boas condições de renda (MOY *et al.*, 1998; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; JERANT *et al.*, 2013; CUNNINGHAM, 2015) e de moradia, sendo quatro dos estudos que ressaltaram o local de residência, indicaram a área urbana como fator favorável para o reconhecimento de uma FUC (MOY *et al.*, 1998; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; JERANT *et al.*, 2013; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). Ainda com relação as características socioeconômicas observam-se que cerca de sete estudos ressaltaram essa associação com a disponibilidade do seguro saúde (CHOI, 2011; SHI *et al.*, 2013; KIM; JEON; LEE, 2017; STRANSKY, 2017; LIAW *et al.*, 2018; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012) (Quadro 3).

Outras características encontradas nos estudos com população de adultos e idosos foi a condição do estado de saúde, hábitos de vida e problemas de saúde, sendo considerados como determinantes um bom estado de saúde (MOY *et al.*, 1998; CUNNINGHAM, 2015; KIM *et al.*, 2019; CHAIYACHATI *et al.*, 2019), não ser fumante (JERANT *et al.*, 2013), apresentar doença física ou mental (TSAI *et al.*, 2010), e cerca de cinco estudos destacaram a presença de doenças crônicas (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; AN *et al.*, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; STRANSKY, 2017; KIM *et al.*, 2019) (Quadro 3).

Com relação as características dos serviços de saúde que favorecem o reconhecimento de uma FUC pelos adultos e idosos, destacam-se a facilidade de agendamento, a realização de exames de rotina (HAMMOND; MATTHEWS; SMITH, 2010) e a confiança (STEWART *et al.*, 2019) (Quadro 3).

Para a população de adultos e idosos, cerca de oito estudos analisaram o reconhecimento de uma FUC segundo o tipo, sendo identificado como fatores associados com maior frequência a FUC de APS, a idade com 45 anos ou mais (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), ser do sexo feminino (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), solteiro (HALL *et al.*, 2015), raça/cor branca (ARNETT *et al.*, 2016; HALL *et al.*, 2015), e pardos ou indígenas (ARNETT *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), menor nível de escolaridade (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), desempregada (HALL *et al.*, 2015), crescimento econômico dos pobres (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012), residir na zona rural (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; HALL *et al.*, 2015), e ter seguro privado de saúde (DAVIS *et al.*, 2017). Dentre os fatores determinantes associados ao reconhecimento de uma FUC de emergência identifica-se ser afro-americanos/não-brancos (BERK; BERNSTEIN, 1982), o crescimento econômico de grupos populacionais considerados ricos (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012), e relação de desconfiança entre usuário/profissional (ARNETT *et al.*, 2016). Para a FUC, consultório com especialista, destaca-se como determinantes mais frequentes, ser da faixa etária mais jovens (HALL *et al.*, 2015), do sexo feminino (HALL *et al.*, 2015), da raça/cor branca (HALL *et al.*, 2015; ARNETT *et al.*, 2016), com boas condições de renda (HALL *et al.*, 2015) e disponibilidade de seguro privado de saúde (HALL *et al.*, 2015) (Quadro 3).

**Quadro 3.** Distribuição dos fatores determinantes no reconhecimento de uma FUC e o tipo de FUC segundo a população-alvo de adultos.

| Reconhecimento de uma FUC |   |                   |   | Tipo de FUC  |                     |              |                   |  |
|---------------------------|---|-------------------|---|--|---------------------|--------------|-------------------|--|
| Fatores determinantes     | Categoria com maior chance de referir uma FUC | Número de artigos | Referências   | Categoria com maior chance de referir uma FUC segundo tipo |                     |              | Número de artigos | Referências                                      |
|                           |   |                   |   | APS  | Emergência/hospital | Especialista |                   |  |
| <i>Demográficos</i>       |   |                   |   |  |                     |              |                   |  |
| <b>Idade</b>              | Mais Jovens                                   | 3                 | Jerant et al., 2013; Cunningham, 2015; Davis et al., 2017   |  |                     | Mais jovens  | 1                 | Hall et al., 2015                                |
|                           | Mais velhas (acima de 60 anos)                | 7                 | Berk; Bernstein, 1982; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; An et al., 2016; Dourado; Medina; Aquino, 2016; Kim; Jeon; Lee, 2017; Kim et al., 2019; Sung; Lee, 2019                    | 45 anos ou mais  |                     |              | 1                 | Dourado; Medina; Aquino, 2016                    |
| <b>Sexo</b>               | Feminino                                      | 8                 | Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; Tsai et al., 2010; Jerant et al., 2013; An et al., 2016; Dourado; Medina; Aquino, 2016; Davis et al., 2017; Kim; Jeon; Lee, 2017; Sung; Lee, 2019 | Feminino   |                     | Feminino     | 2                 | Hall et al., 2015; Dourado; Medina; Aquino, 2016 |
|                           | Masculino                                     | 3                 | Hammond; Matthews; Smith, 2010; Kim et al., 2019  |  |                     |              |                   |  |
| <b>Estado civil</b>       | Casado  | 1                 | Rohrer; Kruse; Zhang, 2004  | Solteiro   |                     |              | 1                 | Hall et al., 2015                                |
|                           | Divorciado/separado/viúvo                     | 3                 | An et al., 2016; Kim; Jeon; Lee, 2017; Sung; Lee, 2019  |  |                     |              |                   |  |
| <i>Socioeconômicos</i>    |   |                   |   |  |                     |              |                   |  |

|                              |                             |   |  |                                      |                             |                         |   |  |
|------------------------------|-----------------------------|---|--|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---|--|
| <b>Raça/cor</b>              | Não - hispânico             | 3 | Moy et al., 1998; Jerant et al., 2013; Liaw et al., 2018   | Mesma raça do usuário e profissional |                             |                         | 1 | Martin; Shi; Ward, 2009  |
|                              | Branco                      | 4 | Berk; Bernstein, 1982; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; Dourado; Medina; Aquino, 2016; Davis et al., 2017           | Branca                               |                             | Branca                  | 2 | Arnett et al., 2016; Hall et al., 2015                                     |
|                              | Negros                      | 1 | Jerant et al., 2013  | pardos ou indígenas                  | Afro-americanos/não brancos |                         | 3 | Berk; Bernstein, 1982; Arnett et al., 2016; Dourado; Medina; Aquino, 2016; |
|                              | Grupos não minorias raciais | 1 | Cunningham, 2015   |                                      |                             |                         | 1 | Hall et al., 2015  |
| <b>Escolaridade</b>          | Maior escolaridade          | 4 | Moy et al., 1998; Macinko; Lima-Costa, 2012; Jerant et al., 2013; Dourado; Medina; Aquino, 2016                |                                      |                             |                         |   |  |
|                              | Baixo nível de escolaridade | 4 | An et al., 2016; Dourado; Medina; Aquino, 2016; Kim; Jeon; Lee, 2017; Sung; Lee, 2019                          | Menor escolaridade de                |                             |                         | 1 | Dourado; Medina; Aquino, 2016  |
| <b>Ocupação</b>              |                             |   |  | Desempregada                         |                             |                         | 1 | Hall et al., 2015  |
| <b>Condições financeiras</b> | Boas condições de renda     | 5 | Moy et al., 1998; Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; Macinko; Lima-Costa, 2012; Jerant et al., 2013; Cunningham, 2015 | Pró-pobre                            | Pró-rico                    | Boas condições de Renda | 2 | Macinko; Lima-Costa, 2012; Hall et al., 2015                               |

|  |                                     |   |   |               |  |                |   |  |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------|--|----------------|---|--|
|  | Baixo nível de renda                | 2 | An et al., 2016; Kim; Jeon; Lee, 2017   |               |  |                | 1 | Hall et al., 2015                                |
| <b>Local de Residência</b>                       | área urbana                         | 4 | Moy et al., 1998; Macinko; Lima-Costa, 2012; Jerant et al., 2013; Dourado; Medina; Aquino, 2016     | Zona Rural    |  |                | 2 | Hall et al., 2015; Dourado; Medina; Aquino, 2016 |
|  | área rural                          | 1 | Davis et al., 2017  |               |  |                |   |  |
| <b>Seguro saúde</b>                              | Seguro (privado ou público)         | 5 | Choi, 2011; Shi et al., 2013; Kim; Jeon; Lee, 2017; Stransky, 2017; Liaw et al., 2018               |               |  |                |   |  |
|  | Seguro privado                      | 2 | Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; Macinko; Lima-Costa, 2012   | Plano privado |  | Seguro privado | 2 | Hall et al., 2015; Davis et al., 2017            |
| <i>Estado de saúde, hábitos e comportamentos</i> |                                     |   |   |               |  |                |   |  |
| <b>Hábitos de saúde</b>                          | Não fumante                         | 1 | Jerant et al., 2013   |               |  |                |   |  |
| <b>Estado de saúde</b>                           | Melhor estado de saúde              | 4 | Moy et al., 1998; Cunningham, 2015; Kim et al., 2019; Chaiyachati et al., 2019                      |               |  |                |   |  |
|  | Estado de saúde ruim                | 1 | Sung; Lee, 2019   |               |  |                |   |  |
| <b>Problema de saúde</b>                         | Portador de doença física ou mental | 1 | Tsai et al., 2010   |               |  |                |   |  |
|  | Portador de doenças crônicas        | 5 | Rohrer; Kruse; Zhang, 2004; An et al., 2016; Kim; Jeon; Lee, 2017; Stransky, 2017; Kim et al., 2019 |               |  |                |   |  |
| <i>Serviço de saúde</i>                          |                                     |   |   |               |  |                |   |  |



|  |                              |   |                                |                          |              |  |   |                          |
|--|------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|--------------|--|---|--------------------------|
| <b>Organização dos serviços de saúde</b> | Facilidade de agendamento    | 1 | Hammond; Matthews; Smith, 2010 | Baixa oferta de serviços |              |  | 1 | Chaiyachati et al., 2019 |
|  | Exames de rotina             | 1 | Hammond; Matthews; Smith, 2010 |                          |              |  |   |                          |
|  | Alcance dos atributos da APS | 1 | Du et al., 2015                |                          |              |  |   |                          |
| <b>Relação Usuário/profissional</b>      | Confiança                    | 1 | Stewart et al., 2019           |                          |              |  |   |                          |
|  |                              |   |                                |                          | Desconfiança |  | 1 | Arnett et al., 2016      |

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

#### 4.4 DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão oferecem um panorama sobre a aplicabilidade do termo FUC na literatura internacional desde a década de 1980, destacando-se as questões conceituais, a forma de operacionalização da pergunta de investigação, bem como os fatores determinantes do reconhecimento de uma FUC. A revisão proporcionou uma diversidade de cenários de investigação, análises e realidades demográficas, socioeconômicas e organizacionais de diferentes sistemas de saúde.

A análise das categorias e contextos envolvidos com a temática FUC revelou uma visão ampla de questões e desafios pouco explorados no Brasil, especialmente, com o uso da terminologia FUC, mas também evidenciou a importância de alguns fatores determinantes para a disponibilidade de uma FUC (SHI *et al.*, 2013; DU *et al.*, 2015; CROSS; KELLY, 2015; CUNNINGHAM, 2015).

Ressalta-se que, a bibliografia revisada apresentou algumas variações na forma de definição e operacionalização do termo FUC, sendo utilizadas referências a um local, ou um profissional de saúde, especialmente, o médico, ou estudos que consideram ambas as informações. É importante ressaltar que apesar do período de publicação dos estudos ser consideravelmente dilatado, em torno de quase 40 anos, não foi possível verificar nenhuma tendência temporal no tipo de questões utilizadas, havendo uma variabilidade na literatura, que pode estar relacionado com o tipo de dado utilizado, uma vez que muitos estudos utilizaram dados em painéis ou inquéritos a partir de dados secundários.

Na literatura não existe um consenso entre as características que influenciam no reconhecimento de uma FUC. Os determinantes associados entre os grupos populacionais apresentam semelhanças para os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde, havendo uma preponderância de características que ressaltam maior atenção à saúde ou melhores condições sociais e econômicas, como; ser do sexo feminino, raça/cor branca, maior nível de escolaridade, boas condições de renda e de moradia, ter seguro saúde, e um bom estado de saúde.

Dentre as divergências dos determinantes entre os grupos etários, destaca-se para as crianças e adolescentes, a idade mais jovem (KLEIN *et al.*, 1999; DEVOE *et al.*, 2009; DEVOE *et al.*, 2011), atividade sexual ativa (MCKEE; FLETCHER, 2006), confiança no profissional de saúde (MCKEE; FLETCHER, 2006; STOCKWELL *et al.*, 2010) e o acesso às ações preventivas (DEVOE *et al.*, 2011). Enquanto que, para os adultos e idosos, foram observadas; a idade mais avançada (BERK; BERNSTEIN, 1982; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; AN

*et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; KIM *et al.*, 2019; SUNG; LEE, 2019), para alguns estudos o baixo nível de escolaridade (AN *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; SUNG; LEE, 2019), estado civil solteiro/divorciado/viúvo (AN *et al.*, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; SUNG; LEE, 2019), presença de doença crônica (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; AN *et al.*, 2016; KIM; JEON; LEE, 2017; STRANSKY, 2017; KIM *et al.*, 2019), física e mental (TSAI *et al.*, 2010), e não ter o hábito de fumar (JERANT *et al.*, 2013).

As desigualdades demográficas e socioeconômicas que influenciam no reconhecimento de uma FUC estão relacionadas às características individuais, que afetam a busca por serviços de saúde por cada sujeito, e está associado também às características e formas de organização do sistema de saúde. Além disso, estes determinantes podem aumentar ou mitigar as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2000; TRAVASSOS; CASTRO, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Na análise dos determinantes conforme tipo de FUC, os estudos demonstram algumas divergências entre os grupos etários. Quando observado os fatores que favorecem o reconhecimento da APS como FUC, a única semelhança é ser do sexo feminino (KLEIN *et al.*, 1999; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). Entretanto, a população de adultos e idosos demonstram outros fatores que facilitam o reconhecimento da FUC APS, como; idade mais avançada (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), estado civil solteiro (HALL *et al.*, 2015), raça branca (ARNETT *et al.*, 2016; HALL *et al.*, 2015), enquanto outros estudos destacam a raça/cor parda e indígenas (ARNETT *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), menor nível de escolaridade (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), residir na zona rural (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; HALL *et al.*, 2015), e ter seguro saúde (DAVIS *et al.*, 2017). Já a FUC de emergência, as semelhanças foram observadas para a raça afro-americana (BERK; BERNSTEIN, 1982), e a relação de desconfiança entre usuário e profissional (ARNETT *et al.*, 2016). Na FUC de emergência, para as crianças e adolescentes, observou ainda ser do sexo masculino (KLEIN *et al.*, 1999), menor nível de escolaridade dos pais, não ter seguro e residir na área rural (WILSON; KLEIN, 2000). Por fim, a FUC consultório com especialista foi identificada apenas nos estudos conduzidos com populações de adultos e idosos, tendo os seguintes determinantes associados, ser da faixa etária jovem (HALL *et al.*, 2015), do sexo feminino (HALL *et al.*, 2015), raça/cor branca (HALL *et al.*, 2015; ARNETT *et al.*, 2016), boas condições de renda, e disponibilidade de seguro privado de saúde (HALL *et al.*, 2015).

Esta revisão apontou o quanto os contrastes sociais e econômicos (MOY *et al.*, 1998; STEWART *et al.*, 2019) são barreiras determinantes para o reconhecimento de uma FUC e, conseqüentemente, para o acesso a cuidados adequados de saúde. Um estudo conduzido nos Estados Unidos destaca as dificuldades de os americanos acessarem um serviço de cuidados primários de qualidade, especialmente, as pessoas em condições de vulnerabilidade, como as minorias étnicos/raciais e os não segurados (SHI *et al.*, 2013). Os estudos selecionados demonstraram diferentes formas de financiamento dos sistemas de saúde (sistema universal público, seguro – saúde: público ou privado) - essa conformação do sistema de saúde pode favorecer um maior acesso para o indivíduo capaz de custear o uso dos serviços ou dispor de plano de saúde, o que pode aumentar as iniquidades na utilização dos serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Conforme os determinantes observados, a literatura destaca que os indivíduos com melhores condições de renda e residentes na área urbana estavam associados ao aumento da utilização de serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2002; SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR; DAMACENA, 2010). Em termos operacionais, FUC tem sido utilizada muitas vezes para a mensuração de acesso aos serviços de saúde (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; MARTIN; SHI; WARD, 2009; SHI *et al.*, 2013; CROSS; KELLY, 2015; CUNNINGHAM, 2015). Além disso, um estudo ressaltou que a associação entre FUC e acesso já era bem estabelecida em diferentes populações etárias (CHOI, 2011).

A disponibilidade de uma FUC favorece aos indivíduos o acesso aos cuidados de saúde (KHAN; THAPA; ZHANG, 2017), a avaliação da qualidade do atendimento (TSAI *et al.*, 2010; DU *et al.*, 2015; KHAN; THAPA; ZHANG, 2017), o agendamento de consultas e recebimento de exames de rotina (HAMMOND; MATTHEWS; SMITH, 2010), o aumento do uso dos serviços preventivos, diminuição dos serviços de emergência e menor tempo de internação hospitalar (DEVOE; PETERING; KROIS, 2008; DEVOE *et al.*, 2009).

As disparidades no acesso e uso de serviços de atenção primária à saúde atingem, especialmente, os indivíduos das minorias raciais/étnicas, bem como, dos desfavorecidos economicamente (MOY *et al.*, 1998; WILSON; KLEIN, 2000 DEVOE *et al.*, 2009; DEVOE *et al.*, 2011; JERANT *et al.*, 2013). Desse modo, uma das estratégias para promover cuidados de saúde apropriado e oportuno seria através do estabelecimento de uma FUC que promova cuidados de saúde coordenados e centrados no paciente para atender às suas necessidades (STEWART *et al.*, 2019).

No Brasil, os indivíduos desfavorecidos economicamente referem ter um serviço de APS como sua FUC (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). Diante dos diferentes

contextos analisados, faz-se necessário o fortalecimento dos serviços de APS, através da expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da família (ESF) (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). A Pesquisa Nacional de Saúde buscou avaliar a disponibilidade de uma FUC e identificou que a procura regular é maior entre os indivíduos cadastrados na ESF, com redução significativa para os não cadastrados (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Ter uma FUC de APS está associado a um maior acesso as ações de educação em saúde, maior uso de serviços preventivos, redução no uso de cuidados de emergência, melhora do estado de saúde e maior satisfação com os cuidados recebidos (SUNG; LEE, 2019). A existência de uma FUC pode não apenas melhorar a qualidade do cuidado ofertado pela atenção primária, mas possibilita aos gestores o monitoramento em saúde, o planejamento e implementação de intervenções de políticas de saúde, especialmente, para alguns grupos populacionais, com os pacientes portadores de doenças crônicas (DU *et al.*, 2015; MENDES, 2011).

Com fins de mitigar os problemas de acesso a cuidados de saúde, e que os usuários recebam um cuidado oportuno, contínuo e resolutivo, faz-se necessário políticas públicas que disponibilizem e fortaleçam os serviços de atenção primária (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; SUNG; LEE, 2019; AN *et al.*, 2016). Neste sentido, um estudo conduzido no Brasil destacou que a ESF consolidada foi associada ao reconhecimento da APS como FUC e ao menor uso de serviços de emergência (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). Esses são achados que indicam não apenas a importância da APS em relação à ESF no Brasil, mas a necessidade de consolidação desse tipo de serviços saúde em todo o país (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

A redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde está relacionada com o aumento da oferta de serviços de atenção primária. No Brasil, através da expansão da ESF a partir dos anos 2000, resultou no aumento de utilização/acesso desses serviços pelos indivíduos mais pobres (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012). Estudo que analisou a Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, identificou que as famílias cobertas pela ESF apresentaram maior probabilidade de ter uma FUC, comparado a outros grupos, exceto os moradores urbanos mais ricos com planos de saúde privados. O desempenho da ESF como FUC pode aumentar tanto a equidade como tornar-se cada vez mais universal (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

Desse modo, vale ressaltar a importância de sistemas de acesso universal de saúde. Estudo conduzido na Coreia ressalta que um sistema universal de saúde é capaz de favorecer ao usuário a escolha de uma FUC de atenção à saúde (SUNG; LEE, 2019). Este mesmo estudo

destaca a fragilidade do sistema de saúde local da Coreia diante dos serviços de atenção primária, o que demonstra a necessidade do fortalecimento deste sistema devido à alta prevalência do setor privado, que acaba negligenciando políticas deste nível de atenção (SUNG; LEE, 2019). Além dos problemas de cobertura dos serviços de saúde do referido país, outros países apresentam especificidades, a exemplo dos Estados Unidos, em que parcela significativa de indivíduos indicam os serviços hospitalares com sua FUC (KIM *et al.*, 2019).

Diante da organização do sistema de saúde dos Estados Unidos, baseado em seguros de saúde, muitos americanos sem condições econômicas para o custeio de cuidados ficam à margem de um atendimento adequado de saúde, sendo restrito a avaliação de forma adequada a disponibilidade de uma FUC (SHI *et al.*, 2013; SUNG; LEE, 2019). Desse modo, o país disponibiliza serviços através dos centros de saúde que apresentam as seguintes características: localização ou prestação de serviços de saúde para comunidades de elevada necessidade de cuidados de saúde e que têm sérios problemas de acesso a cuidados médicos; sendo ofertados serviços de atenção primária e que facilitam o acesso a atendimento através de serviços de apoio; e provêm serviços com taxas baseadas na capacidade de pagamento (SHI *et al.*, 2013).

No estabelecimento de uma FUC, a confiança pode ser um meio de superação de barreiras de acesso a cuidados de saúde (STEWART *et al.*, 2019) para a melhor adesão dos pacientes ao plano de cuidados e obviamente sucesso do tratamento (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). No entanto, esta relação de confiança estabelecida entre paciente e prestador de cuidados/profissional necessita de um tempo para se desenvolver (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

Estudo destaca que independente da FUC ser uma instalação/serviço ou um profissional de saúde, se ela consegue cumprir atributos essenciais da APS, como atenção de primeiro contato, continuidade do cuidado, abrangência e coordenação da atenção, além de reduzir custos, melhora a saúde da população, a experiência de atendimento, além de permitir uma continuidade de cuidados com provedores individuais (LIAW *et al.*, 2018). No Brasil, a maioria dos cuidados primários do serviço público é fornecida por uma equipe multiprofissional de saúde, o que favorece o aumento da resolubilidade da APS, aumento do escopo das práticas profissionais, além de possíveis estratégias para alcance de melhor coordenação do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Ainda com relação aos atributos da APS, estudo conduzido na Coreia destaca a necessidade de as pessoas receberem atendimento abrangente e coordenado pelo médico de primeiro contato em sua própria comunidade, destacando a evidência de que no referido país melhorar a APS é fundamental para garantir a qualidade da atenção (AN *et al.*, 2016). Devido

a desarticulação do sistema de saúde para os serviços de atenção primária na Coreia, os pacientes portadores de doenças crônicas apresentam uma baixa coordenação do cuidado, ameaçando assim a qualidade e a eficiência do sistema, levando a custos desnecessários (AN *et al.*, 2016).

Desse modo, para que a APS cumpra seu propósito faz-se necessário a disponibilidade ou reconhecimento de uma fonte usual de cuidados, a fim de fornecer continuidade, coordenar os serviços e ser responsável pelos resultados do cuidado (MOY *et al.*, 1998). Ainda assim, é importante que faça parte de um sistema de referência integrado com uma equipe multiprofissional da atenção primária que atuam como FUC, o que pode ajudar na redução de despesas, bem como melhorar a qualidade das experiências dos cuidados médicos (TSAI *et al.*, 2010).

Quando analisado pela ótica dos modelos de atenção à saúde, a expansão e consolidação de cuidados primários pode aumentar o acesso a uma FUC com prestadores de APS, assegurando aos usuários um melhor acompanhamento, monitoramento das condições crônicas e atendimento às necessidades gerais de saúde do paciente (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

Os resultados desta revisão reiteram a importância da APS na equidade do acesso, reduzindo as diferenças socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde, especialmente, para os indicadores entendidos como proxy de vulnerabilidade social, além de favorecer a longitudinalidade e continuidade do cuidado (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Os estudos analisados podem ter sofrido algum viés de informação, uma vez que a grande maioria se baseou em autorrelato e podem superestimar os valores reais de uma FUC. Uma outra questão que pode ser uma limitação é o desenho de estudo, a maioria dos artigos tiveram como desenhos metodológicos transversais, o que os impedem de determinar as relações causais nas associações observadas entre a variável exposição e o desfecho.

Com base nesta revisão é possível indicar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que encorajem os indivíduos a terem uma FUC, especialmente, a nível de prevenção primária, a fim de reduzir despesas médicas e promover a utilização desejável de uma atenção à saúde (KIM *et al.*, 2019), além de melhoraria na qualidade da APS e a aplicação de recursos de saúde (DU *et al.*, 2015). Vale ressaltar ainda, a importância de análise do indicador de FUC no contexto brasileiro, uma vez que estão sendo investigados por grandes pesquisas nacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) (BRASIL, 2016) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2015).

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto as especificidades contextuais e os sistemas de saúde de cada país, convém considerar limites para a generalização dos resultados. Novos estudos com desenhos de revisão sistemática podem ser mais adequados para extrapolar as especificidades das informações acerca do problema de pesquisa, tratados aqui de forma abrangente pelos propósitos da revisão de escopo.

Ainda assim, a revisão permitiu traçar um panorama bastante amplo de desafios para a avaliação da disponibilidade ou reconhecimento de uma FUC, especialmente da APS. Essa compreensão abrangente sobre a temática FUC expressa pela diversidade de contextos organizacionais dos sistemas de saúde, o qual evidencia que os sistemas universais de saúde são favoráveis para o reconhecimento de uma FUC, em contraponto, países como os Estados Unidos, que a disponibilidade de uma FUC depende da condição financeira do indivíduo capaz de assegurar o custeio de um seguro saúde.

Este trabalho colabora com o entendimento dos determinantes que mais influenciam no reconhecimento de uma FUC, bem como, dos desafios para efetivação do atributo da longitudinalidade do cuidado, sendo de extrema relevância a consolidação e expansão da APS de forma homogênea nos territórios. Além disso, os resultados deste estudo têm implicações importantes para o modelo de atenção à saúde no Brasil e em outros países, especialmente para aqueles que baseiam fortemente seus sistemas de saúde em serviços na atenção primária.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev Saude Publica**. v. 51:50, p. 1 - 15 2017.

ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [online]. v.42, n. spe1, pp.244-260, 2018.

AN, A. R.; KIM, K.; LEE, J. H.; SUNG, N. J. LEE, S. I.; HYUN, M. K. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea Health Panel Survey. **BMC Fam Pract**, 17, n. 1, p. 167, Nov 29 2016.

ARNETT, M. J.; THORPE, R. J., JR.; GASKIN, D. J.; BOWIE, J. V. LAVEIST, T. A. Race, Medical Mistrust, and Segregation in Primary Care as Usual Source of Care: Findings from the Exploring Health Disparities in Integrated Communities Study. **J Urban Health**, 93, n. 3, p. 456-467, Jun 2016.

BERK, M. L.; BERNSTEIN, A. B. Regular source of care and the minority aged. **J Am Geriatr Soc**. Apr; v. 30, n. 4, p. 251-4, 1982.



BRASIL. 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.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

CHAIYACHATI, K. H.; HOM, J. K.; HUBBARD, R. A.; WONG, C. GRANDE, D. Evaluating the association between the built environment and primary care access for new Medicaid enrollees in an urban environment using Walk and Transit Scores. **Preventive Medicine Reports**, 9, p. 24-28, 2017.

CHAIYACHATI, K. H.; HOM, J. K.; WONG, C.; NASSEH, K.; CHEN, X.; BEGGIN, A. ZYGMUNT, E.; VUJICIC, M.; GRANDE, D. Access to Primary and Dental Care Among Adults Newly Enrolled in Medicaid. **American Journal of Managed Care**, 25, n. 3, p. 135-139, Mar 2019.

CHOI, S. Longitudinal changes in access to health care by immigrant status among older adults: The importance of health insurance as a mediator. **Gerontologist**, 51, n. 2, p. 156-169, 2011.

CROSS, S.; KELLY, P. Access to care based on state nurse practitioner practice regulation: secondary data analysis results in the Medicare population. **J Am Assoc Nurse Pract**, 27, n. 1, p. 21-30, Jan 2015.

CUNNINGHAM, P. J. Many Medicaid Beneficiaries Receive Care Consistent With Attributes Of Patient-Centered Medical Homes. **Health Aff (Millwood)**, 34, n. 7, p. 1105-1112, Jul 2015.

DAVIS, M. A.; GUO, C.; TITLER, M. G.; FRIESE, C. R. Advanced practice clinicians as a usual source of care for adults in the United States. **Nursing Outlook**, 65, n. 1, p. 41-49, Jan-Feb 2017.

DEVOE, J. E.; PETERING, R.; KROIS, L. A usual source of care: Supplement or substitute for health insurance among low-income children? **Medical Care**, 46, n. 10, p. 1041-1048, 2008.

DEVOE, J. E.; SAULTZ, J. W.; KROIS, L. A Medical Home versus Temporary Housing: The Importance of a Stable Usual Source of Care Among Low-Income Children. **Pediatrics**. v. 124, n. 5, p. 1363–1371, 2009.

DEVOE, J. E.; SAULTZ, J. W.; KROIS, L.; TILLOTSON, C. J. A medical home versus temporary housing: The importance of a stable usual source of care. **Pediatrics**, 124, n. 5, p. 1363-1371, 2009.

DEVOE, J. E.; TILLOTSON, C. J.; WALLACE, L. S.; ANGIER, H. et al. Parent and Child Usual Source of Care and Children's Receipt of Health Care Services. **Annals of Family Medicine**, 9, n. 6, p. 504-513, Nov-Dec 2011.

DEVOE, J. E.; TILLOTSON, C. J.; WALLACE, L. S.; LESKO, S. E.; PANDHI, N. Is health insurance enough? A usual source of care may be more important to ensure a child receives preventive health counseling. **Matern Child Health J**, 16, n. 2, p. 306-315, Feb 2012.

DEVOE, J. E.; TILLOTSON, C. J.; WALLACE, L. S.; LESKO, S. E.; ANGIER, H. The Effects of Health Insurance and a Usual Source of Care on a Child's Receipt of Health Care. **Journal of Pediatric Health Care**, 26, n. 5, p. e25-e35, 2012a.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **Int J Equity Health**, 15, n. 1, p. 151, Nov 17 2016.

DU, Z.; LIAO, Y.; CHEN, C. C.; HAO, Y. *et al.* Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. **Int J Equity Health**, 14, p. 60, Jul 31 2015.

FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**; Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, 2015.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, Supl. 1, p. 2543-2556, 2021.

GUENDELMAN, S.; WYN, R.; TSAI, Y. W. Children of working low-income families in California: does parental work benefit children's insurance status, access, and utilization of primary health care? **Health Serv Res**, 35, n. 2, p. 417-441, Jun 2000.

HALL, K. S.; PATTON, E. W.; CRISSMAN, H. P.; ZOCHOWSKI, M. K. DALTON, V. K. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 213, n. 3, p. 352.e351-352.e314, 2015.

HAMMOND, W. P.; MATTHEWS, D.; SMITH, G. C. Psychosocial factors associated with routine health examination scheduling and receipt among African American men. **J Natl Med Assoc.** Apr; v. 102, n. 4, p. 276-89, 2010.

JBI. JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Reviewer's manual: 2015 edition/supplement. The University of Adelaide, Austrália: JBI; 2015.

JERANT, A.; BERTAKIS, K. D.; FENTON, J. J.; FRANKS, P. Gender of physician as the usual source of care and patient health care utilization and mortality. **Journal of the American Board of Family Medicine**, 26, n. 2, p. 138-148, 2013.

KHAN, A.; THAPA, J. R.; ZHANG, D. Preventive Dental Checkups and Their Association With Access to Usual Source of Care Among Rural and Urban Adult Residents. **Journal of Rural Health**, 33, n. 4, p. 419-426, 2017.

KIM, K. M.; JEON, H.; LEE, J. H. Having a Physician Rather than a Place as a Usual Source of Care Would Be Better - from 2012 Korea Health Panel Data. **Journal of Korean Medical**

*Science*, 32, n. 1, p. 4-12, Jan 2017.

KIM, D.; KIM, S.; PARK, H. K.; HA, I. H. JUNG, B.; RYU, W. H.; LEE, S. I.; SUNG, N. J. Effect of Having a Usual Source of Care on Medical Expenses - Using the Korea Health Panel Data. **Journal of Korean Medical Science**, 34, n. 35, Sep 2019.

KLEIN, J. D.; WILSON, K. M.; MCNULTY, M.; KAPPAHN, C. COLLINS, K. S. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. **Journal of Adolescent Health**, 25, n. 2, p. 120-130, 1999.

KIRAN, T. et al. Emergency Department Use and Enrollment in a Medical Home Providing After-Hours Care. **Annals of family medicine**, v. 16, n. 5, 2018.

KLEIN, J. D.; WILSON, K. M.; MCNULTY, M.; KAPPAHN, C. COLLINS, K. S. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. **Journal of Adolescent Health**, 25, n. 2, p. 120-130, 1999.

LAU, J. S.; ADAMS, S. H.; IRWIN JR, C. E.; OZER, E. M. Receipt of preventive health services in young adults. **Journal of Adolescent Health**, 52, n. 1, p. 42-49, 2013.

LIAW, W.; JETTY, A.; PETERSON, S.; BAZEMORE, A.; GREEN, L. Trends in the Types of Usual Sources of Care: A Shift from People to Places or Nothing at All. **Health Services Research**, 53, n. 4, p. 2346-2367, Aug 2018.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **Int J Equity Health**, 11, p. 33, Jun 21 2012.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambul Care Manage.** v. 40(2 Suppl): S4-S11, 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**; v. 42, n. esp 1, p. 18-37, 2018.

MARTIN, B. C.; SHI, L.; WARD, R. D. Race, gender, and language concordance in the primary care setting. **Int J Health Care Qual Assur**, 22, n. 4, p. 340-352, 2009.

MCKEE, M. D.; FLETCHER, J. Primary care for urban adolescent girls from ethnically diverse populations: Foregone care and access to confidential care. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 17, n. 4, p. 759-774, Nov 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** /Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MOY, E.; BARTMAN, B. A.; CLANCY, C. M.; CORNELIUS, L. J. Changes in usual sources of medical care between 1987 and 1992. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 9, n. 2, p. 126-139, 1998.

NOTHELLE, S. K.; BOYD, C.; SHEEHAN, O.; WOLFF, J. L. Factors associated with loss

of usual source of care among older adults. **Annals of Family Medicine**, 16, n. 6, p. 538-545, 2018.

NEWACHECK, P. W.; STODDARD, J. J.; HUGHES, D. C.; PEARL, M. Health insurance and access to primary care for children. **N Engl J Med**, 338, n. 8, p. 513-519, Feb 19 1998.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A.C.; KHALIL, H. Capítulo 11: Revisões do escopo (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

PETERS M. D. J. *et al.* Updated Methodological Guidance for the Conduct of Scoping Reviews. **JBI Evidence Implementation**. v.19, p. 3-10, 2021.

PIEHL, M. D.; CLEMENS, C. J.; JOINES, J. D. “Narrowing the gap”: decreasing Emergency Department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. v. 154, p. 791–795, 2000.

PRISMA. Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. [Internet] 2018 [cited 2019 Jan 19]; 169(7):467-473. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30178033>

REW, L.; RESNICK, M.; BEUHRING, T. Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. **Journal of Adolescent Health**, 25, n. 6, p. 407-413, 1999/12/01/ 1999.

ROHRER, J. E.; KRUSE, G.; ZHANG, Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. **Journal of Community Health**, 29, n. 1, p. 1-13, 2004.

RYAN, S.; RILEY, A.; KANG, M.; STARFIELD, B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. 2001.

SHI, L. Y.; LEBRUN-HARRIS, L. A.; DALY, C. A.; SHARMA, R.; SRIPATANA, A.; HAYASHI, A. S. NGO-METZGER, Q. Reducing Disparities in Access to Primary Care and Patient Satisfaction with Care: The Role of Health Centers. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 24, n. 1, p. 56-66, Feb 2013.

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

STOCKWELL, M. S.; FINDLEY, S. E.; IRIGOYEN, M.; MARTINEZ, R. A.; SONNETT, M. Change in Parental Reasons for Use of an Urban Pediatric Emergency Department in the Past Decade. **Pediatric Emergency Care**, 26, n. 3, p. 181-185, Mar 2010.

SUNG, N. J.; LEE, J.H. Association between Types of Usual Source of Care and User Perception of Overall Health Care Service Quality in Korea. **Korean J Fam Med**. May; v. 40, n. 3, p. 143-150, 2019.

STEWART, K. A.; RISTVEDT, S.; BROWN, K. M.; WATERS, E. A. *et al.* Giving Voice to Black Men: Guidance for Increasing the Likelihood of Having a Usual Source of Care. **Am J**

**Mens Health**, 13, n. 3, p. 1557988319856738, May-Jun 2019.

STOCKWELL, M. S.; FINDLEY, S. E.; IRIGOYEN, M.; MARTINEZ, R. A.; SONNETT, M. Change in Parental Reasons for Use of an Urban Pediatric Emergency Department in the Past Decade. **Pediatric Emergency Care**, 26, n. 3, p. 181-185, Mar 2010.

STRANSKY, M. L. Two-year stability and change in access to and reasons for lacking a usual source of care among working-age US adults. **Public Health Reports**, 132, n. 6, p. 660-668, 2017.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequities in the use of outpatient services in Brazil according to healthcare need: evidence from the World Health Survey. **BMC Health Serv Res**. v. 10:217, 2010.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde**. In: Giovanella L, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008. p.215-46.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, p. 365 – 373, 2002.

TSAI, J. *et al.* Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese Community. **Med Care**. Jul; v. 48, n. 7, p. 628-34, 2010.

WEBER, E. J. *et al.* Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. **Annals of Emergency Medicine**. v. 45, n. 4, p. 4–12, 2005.

WILSON, K. M.; KLEIN, J. D. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 154, n. 4, p. 361-365, Apr 2000.

XU, K. T. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. **Health Services Research**. v. 37, n. 6, p. 1509–1529, 2002.

## 5 ARTIGO 2 - FATORES DETERMINANTES NO RECONHECIMENTO DE UMA FONTE USUAL DE CUIDADO POR ADOLESCENTES BRASILEIROS

### RESUMO

**Introdução:** Ter uma fonte usual de cuidado (FUC) de Atenção Primária à Saúde (APS) pode melhorar a atenção à saúde de adolescentes brasileiros, e o acesso as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Objetivo:** Analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma FUC, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015) realizado com 100.464 adolescentes brasileiros. Variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento de risco e condições de saúde foram utilizadas para descrição da população, segundo FUC. Foram estimadas por meio da razão de prevalência (RP), com uso do modelo de regressão logística multinível no Stata 14 associações para cada tipo de FUC (APS, Consultório Particular, Hospital e Emergência), estratificado por sexo. **Resultados:** O reconhecimento de uma FUC foi referido por 55,5% dos adolescentes brasileiros, sendo 58,6% para o sexo feminino e 51,4% para o sexo masculino. Na análise multivariada, as variáveis que apresentam desigualdades sociais, econômicas e de comportamento de risco demonstraram associações positivas para a FUC APS, para ambos os sexos (raça/cor preto/parto/amarelo e indígena, baixo nível de escolaridade materna, e ser estudante de escolas públicas, relação sexual desprotegida e ter sofrido violência). Os demais tipos de FUC (Consultório Médico Particular, Hospital e Emergência) as características demográficas e socioeconômicas quando associadas apresentaram associações negativas, sendo as associações positiva para as variáveis de comportamento de risco e condições de saúde. **Considerações finais:** Os resultados deste estudo mostraram que a APS é o serviço com maior reconhecimento dos adolescentes em condições de vulnerabilidade social. O que reforça a necessidade de consolidação da APS a fim de favorecer a atenção à saúde dos adolescentes, no estabelecimento de vínculo e o acesso às ações de prevenção e promoção da saúde.

**Descritores:** Fonte Usual de Cuidados; Adolescente; Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** Having a usual source of care (FUC) APS can improve the health care of Brazilian adolescents, and the access to health promotion and disease prevention actions. **Objective:** To analyze the demographic, socioeconomic, health factors and risk behaviors associated with the recognition of a FUC, according to sex, among Brazilian adolescents. **Methodology:** This is a cross-sectional study, based on the National School Health Survey (2015) carried out with 100,464 Brazilian adolescents. Demographic, socioeconomic, risk behavior and health conditions variables were used to describe the population, according to FUC. 14 associations were estimated using the prevalence ratio (PR), using the multilevel logistic regression model in Stata, for each type of FUC (PHC, Private Practice, Hospital and Emergency), stratified by sex. **Results:** The recognition of a FUC was mentioned by 55.5% of Brazilian adolescents, 58.6% for females and 51.4% for males. In the multivariate analysis, the variables that present social, economic and risk behavior inequalities showed positive associations for FUC APS, for both sexes (race/color black/childbirth/yellow and indigenous, low level of maternal education, and being a student from public schools, unprotected sexual intercourse and having suffered violence). The other types of FUC (private practice, hospital and emergency), the demographic and socioeconomic characteristics when associated, showed negative associations, with positive associations for the variables of risk behavior and health

conditions. **Final considerations:** The results of this study showed that PHC is the service with greater recognition of adolescents in conditions of social vulnerability. This reinforces the need to consolidate PHC in order to favor health care for adolescents, in the establishment of bonds and access to prevention and health promotion actions.

**Descriptors:** Usual Source of Care; Adolescent; Primary Health Care.

## 5.1 INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada como um período da vida de aquisição de novas condutas e comportamento sociais, bem como, da exposição a fatores de risco à saúde (QUEIROZ *et al.*, 2021). Estes comportamentos podem representar consequências negativas sobre a saúde destes indivíduos, a curto ou longo prazo (PERES; ROSENBERG, 1998). Os adolescentes formam um grupo populacional que representa cerca de 36,9% da população brasileira (IBGE, 2010), e constituem um grupo prioritário para ações de promoção da saúde devido as intensas transformações e condições de vulnerabilidades que estão expostos (BRASIL, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2017; BARBIANI *et al.*, 2020).

A adolescência representa um momento estratégico para investir em uma atenção integral, baseada em ações de promoção da saúde (SILVA; ENGSTROM, 2020; BHUTTA *et al.*, 2008), que deve ir além de prevenção de comportamentos de risco, envolvendo aspectos relacionados à satisfação pessoal, qualidade de vida, proteção contra uso de drogas e violência, desenvolvimento de aspectos sociais, e acesso a serviços básicos, como, saúde, moradia, educação e lazer (SENNA; DESSEN, 2015).

Diante das especificidades apresentadas por este grupo populacional faz-se necessário a construção de uma relação de vínculo e confiança entre os adolescentes e serviços de saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012). Neste sentido, a organização dos serviços de saúde deve oferecer uma escuta ativa, acolhedora, que favoreça a procura regular de cuidados (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Uma fonte usual de cuidados (FUC) é definida como a existência de um profissional ou um local de saúde específico para os indivíduos se consultarem quando estiverem doentes ou necessitando de aconselhamento sobre sua saúde (STRANSKY, 2017; CARPENTER, *et al.*, 2009). Uma FUC está diretamente relacionada a longitudinalidade, um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS) que pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e uma relação pessoal de confiança e de longa duração entre usuários e profissionais de saúde (STARFIELD, 2002; HARZHEIM *et al.*, 2016). Além disso, ter uma FUC é um importante indicador de acesso (STARFIELD, 2002; DEVOE; PETERING; KROIS, 2008), qualidade do atendimento e efetividade da assistência à saúde (AN *et al.*, 2016).

No Brasil, um estudo de abrangência nacional destacou altas taxas de reconhecimento de uma FUC pela população, sendo que mais de um terço têm a APS, como sua FUC (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), o que demonstra a importância do fortalecimento da APS, através da consolidação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MACINKO; MENDONÇA, 2018), cumprindo sua função de ordenadora e coordenadora do sistema de saúde, além de solucionar boa parte dos problemas de saúde de uma dada população (AQUINO *et al.*, 2014).

Os estudos evidenciam uma maior prevalência de reconhecimento da FUC por adolescentes mais jovens (REW; RESNICK; BEUHRING, 1999), o que pode ser explicado pela associação entre a existência de uma FUC pelos pais com a disponibilidade e o reconhecimento pelos filhos (DEVOE *et al.*, 2011). Com relação ao tipo de FUC, aqueles adolescentes com menos condições financeiras e pais com baixa escolaridade foram mais propensos a referir os serviços de emergência como sua FUC (WILSON; KLEIN, 2000).

Face à complexidade do tema e das necessidades apresentadas por este grupo etário, a disponibilidade de uma FUC possibilita a existência do registro de informações dos indivíduos, o que facilita o diagnóstico e tratamento mais acurados, bem como, o reconhecimento das necessidades e problemas de saúde (STARFIELD, 2002; FRANK *et al.*, 2015). Ter uma FUC como um serviço de atenção primária pode garantir uma atenção mais adequada para a população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), e está associado ao aumento do uso dos serviços preventivos (STARFIELD, 2004; ALLRED; WOOTEN; KONG, 2007; SMITH *et al.*, 2005), e redução das urgências e emergências (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997).

Além disso, a questão de confidencialidade é determinante para o paciente se sentir mais confortável em relatar informações relevantes e aderir as recomendações (STARFIELD, 2002; REW; RESNICK; BEUHRING, 1999). Caso não haja este vínculo longitudinal, a atenção à saúde para os cuidados preventivos pode ser reduzida para os adolescentes (DEMPSEY; FREED, 2010). As diferenças entre os sexos têm sido destacadas em estudos na literatura, tanto para o reconhecimento de uma FUC (REW; RESNICK; BEUHRING, 1999; VINGILIS; WADE; SEELEY, 2007; DEMPSEY; FREED, 2010; WILSON; KLEIN, 2000; SCHAPPERT, 1997), bem como, para a exposição a fatores de risco (COUTINHO *et al.*, 2016; PINTO; ASSIS, 2013; MOREIRA *et al.*, 2008; BENETTI *et al.*, 2006), uma vez que a exposição a determinados fatores não afeta de forma homogênea os milhões de adolescentes brasileiros (UNICEF, 2011).

Ante a tais considerações, é importante ressaltar ainda que os adolescentes não são prioridades para os serviços de saúde, e por muitas vezes os profissionais que atuam na APS



não estão suficientemente preparados para oferecerem a atenção necessária a este público (BARROS *et al.*, 2021). Desse modo, percebe-se a necessidade de conhecer os fatores determinantes que podem influenciar na exposição e na ocorrência de problemas de saúde (CONILL *et al.*, 2018), assim como, na relação de vínculo e confiança com estes serviços de saúde. Certamente, os achados emergentes deste estudo ampliarão o conhecimento sobre a temática, podendo contribuir na melhoria da relação entre os adolescentes e serviços de APS, bem como, no acesso a cuidado de saúde. Portanto, este estudo tem por objetivo analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma FUC, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros.

## **5.2 METODOLOGIA**

### **5.2.1 Tipo de estudo**

Estudo do tipo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada no ano 2015, disponíveis no site do IBGE e de domínio público (IBGE, 2020). A PeNSE é um inquérito periódico, com três edições até o momento (2009, 2012 e 2015), realizado por meio do convênio celebrado com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de uma amostragem probabilística de escolares brasileiros, com o objetivo de conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde desse grupo populacional.

### **5.2.2 Local e população do estudo**

Segundo dados do Ibge, o Brasil, em 2020, tinha população estimada de 211.755.692 habitantes e de 27.469.558 de adolescentes entre 12 e 19 anos, sendo 50,6% do sexo masculino e 49,4% do sexo feminino (IBGE, 2020).

A população do estudo<sup>1</sup> foi constituída por adolescentes matriculados no 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas, situadas nas áreas urbanas e rurais de todo o território nacional (BRASIL, 2016).

### **5.2.3 Amostragem**

---

<sup>1</sup> Os manuais oficiais e publicações que caracterizam a PeNSE (2015) destacam como população de estudo, os adolescentes matriculados no 9º ano do ensino fundamental (BRASIL, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017), entretanto, o banco e o dicionário de códigos dispõem de informações a partir do 6º ano escolar até o 3º ano do ensino médio, correspondendo a 1,5%, e indivíduos com idade menor ou igual a 11 anos (0,02%), do total da amostra.

No inquérito de 2015 foram realizadas duas amostras, mas para a realização deste estudo foi considerada apenas a amostra 1, que considera os adolescentes do 9º ano do ensino fundamental. Participaram da terceira edição da PeNSE, um total de 102.301 estudantes brasileiros, sendo registrados 102.072 questionários válidos. Para o presente estudo, foram excluídos 1.608 adolescentes que não responderam à pergunta sobre o reconhecimento de ter uma FUC, resultando em uma amostra de 100.464 adolescentes brasileiros, em 3.040 escolas e 203 estratos de alocação.

Para execução do inquérito foram selecionadas escolas, com pelos menos 15 adolescentes na série estabelecida e com idade aproximada de 13 a 15 anos como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o levantamento das condições de saúde de adolescentes. Foram considerados válidos os questionários que os alunos informaram sua idade e sexo, além de concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no *Smartphone*. Para a seleção da amostra utilizou-se a relação das escolas de ensino fundamental listadas no Censo Escolar de 2013 realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (BRASIL, 2016).

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para fornecer estimativas de prevalências em cada estrato geográfico (municípios das capitais, Distrito Federal, e outras unidades da federação), com um erro de aproximadamente 3% ao nível de confiança de 95%, considerando uma prevalência de 50%, sendo o primeiro estágio da amostragem constituído das escolas, e o segundo estágio, das turmas elegíveis nas escolas selecionadas do 9º ano do ensino fundamental (BRASIL, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017). As especificações de como foi realizado o processo amostral considerando a estratificação do território e uma amostra por conglomerado encontra-se disponível no livro da “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015” (BRASIL, 2016).

#### 5.2.4 Variáveis

No presente estudo, as seguintes variáveis foram utilizadas para compreender o objeto de pesquisa, o reconhecimento de ter uma FUC por escolares brasileiros.

##### *Variáveis dependentes*

A variável FUC foi definida a partir do conceito de Starfield, como ter um profissional de saúde específico ou lugar onde o indivíduo sempre procura quando está doente ou quando necessita de cuidados de saúde (STARFIELD, 2002), sendo construída a partir das questões da PeNSE: “Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” e “Nos últimos 12 meses, qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência?”. Foi considerado como ter uma FUC nos casos em que o indivíduo respondeu afirmativamente a primeira pergunta e referiu o tipo de serviço na

segunda questão, exceto quando foi referido que sempre procurava uma farmácia, sendo considerado como não ter uma FUC.

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

#### *Variáveis independentes*

As variáveis utilizadas na análise foram organizadas em dois blocos:

- *Aspectos sociodemográficos e econômicos*: Faixa etária ( $\leq 14$  anos, 15 a 19 anos); Raça/cor (Preto, Pardo, Amarelo e Indígena, Branco); Trabalho remunerado (Não, Sim); Defasagem Escolar (Não, Sim); Escolaridade materna (Até o ensino médio incompleto, Ensino médio completo ao superior completo); Dependência Administrativa da Escola (Privada, Pública).
- *Hábitos comportamentais e Condições de saúde*: Tabagismo nos últimos 30 dias (Não, Sim – ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos 30 dias); Uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc) (Não, Sim - ter usado drogas ilícitas pelo menos um dia nos últimos 30 dias); Uso de álcool nos últimos 30 dias (Não, Sim – ter consumido pelo menos um copo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias); Relação Sexual (Não, Sim); Última relação sexual desprotegida (Não, Sim (Ter praticado a última relação sexual sem camisinha)); Violência física nos últimos 12 meses (Não, Sim); Violência sexual nos últimos 12 meses (Não, Sim); Considera estado de saúde (Regular/Ruim/Muito ruim, Bom/Muito bom); Satisfação da Imagem Corporal (Indiferente/insatisfeito/muito insatisfeito, Satisfeito/Muito satisfeito).

### **5.2.5 Plano de análise**

Foi realizada análise descritiva do reconhecimento de uma FUC segundo as variáveis independentes, com apresentação de suas correspondentes frequências absolutas e relativas, estas análises foram mensuradas pelo teste  $\chi^2$  de Pearson. Além disso, foi realizada uma análise descritiva entre FUC e as variáveis independentes, estratificada por sexo. Essas análises bivariadas foram calculadas através do teste  $\chi^2$  de Pearson, com correção de Rao-Scott de segunda ordem para o desenho amostral (RAO; SCOTT, 1981; RAO; SCOTT, 1984)

considerando a estrutura de conglomerados dos dados. A análise foi realizada com base no comando `svy: tabulate` do software Stata 14.0 (<https://www.stata.com>). Para todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância.

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

Para definição da modelagem multivariada, inicialmente foi realizada uma análise de colinearidade. Após esta etapa, para realização do diagnóstico do modelo todas as variáveis pré-selecionadas foram incluídas no modelo, através dos critérios de Informações bayesiana de Akaike e Schwarz, verificou-se que o modelo melhor ajustado, foi o modelo completo.

O cálculo das RP foi estimado através do modelo de regressão logística multinível, por meio do uso do pacote `adjrr` do software Stata 14. Todas as análises foram realizadas usando Stata versão 14, com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa.

Este estudo por tratar de dados de domínio público (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-desaude-do-escolar.html?=&t=microdados>) não foi necessário a submissão para apreciação de um comitê de ética. A PeNSE 2015 foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer CONEP no 1.006.467, de 30 de março de 2015.

### **5.3 RESULTADOS**

Foram elegíveis para o estudo, 100.464 adolescentes escolarizados. destes, 55.783 (55,5%) dos adolescentes referiram reconhecer uma FUC de atenção. Sendo observadas maiores proporções entre os indivíduos do sexo feminino (58,6%), na faixa etária menor ou igual a 14 anos (56,5%) e raça/cor autorreferida branca (57,8%). Com relação as características socioeconômicas dos adolescentes e familiares verificou-se a maior referência de FUC entre adolescentes que não trabalhavam (55,1%), não apresentavam defasagem escolar (55,4%), com mães com escolaridade de ensino médio a ensino superior completo (62,1%), e entre estudantes de escolas privadas (67,7%). Com relação aos comportamentos e situações de risco, a proporção dos adolescentes com uma FUC foi maior entre aqueles que não fizeram uso de tabaco (55,2%), fizeram uso de drogas ilícitas (56,7%), e de bebida alcóolica (57,3%), nos últimos 30 dias; nunca tiveram relações sexuais (55,2%), tiveram a última relação sexual desprotegida (57,6%),

sofreram violência física (61,2%) e violência sexual (63,4%) nos últimos 12 meses. No que diz respeito as características de saúde, a proporção de adolescentes com FUC foi maior entre os que referiram que sua saúde era regular/ruim ou muito ruim (55,2%), e que eram indiferentes/insatisfeitos ou muito insatisfeitos quanto a imagem corporal (57,7%). Diferenças estatisticamente significantes a um valor de p de 5% foram observadas para as variáveis, sexo, faixa etária, raça/cor, defasagem escolar, escolaridade materna, dependência administrativa, uso de álcool nos últimos 30 dias, relação sexual desprotegida, violência física e violência sexual nos últimos 12 meses, e satisfação com a imagem corporal (Tabela 1).

Na análise de prevalência no reconhecimento de uma FUC, estratificado por sexo, observa-se diferenças estatisticamente significantes para ambos os sexos, para as seguintes características: idade mais jovem, raça/cor branca, maior escolaridade materna, estudante de escola privada, relação sexual desprotegida, e ter sofrido violência física nos últimos 12 meses. Dentre as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significantes apenas para os adolescentes do sexo masculino, destaca-se as seguintes características: não apresentar defasagem escolar, ter sofrido violência sexual nos últimos 12 meses, e indiferente a muito insatisfeito com a imagem corporal, enquanto que, entre as adolescentes do sexo feminino verificou-se diferenças apenas para a início da prática sexual (Tabela 1).

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

| Variáveis                                   | Amostra |      | Fonte Usual de Cuidado |         |            |                      |            |                     |            |
|---|---------|------|------------------------|---------|------------|----------------------|------------|---------------------|------------|
|   | N       | %    | N                      | Sim (%) | Valor de p | Masculino<br>Sim (%) | Valor de p | Feminino<br>Sim (%) | Valor de p |
| <b>Sexo</b>                                 |         |      |                        |         | 0,00       |                      |            |                     |            |
| Masculino                                   | 48.232  | 48,0 | 48.232                 | 51,4    |            |                      |            |                     |            |
| Feminino                                    | 52.232  | 52,0 | 52.232                 | 58,6    |            |                      |            |                     |            |
| <b>Faixa etária</b>                         |         |      |                        |         | 0,00       |                      | 0,00       |                     | 0,01       |
| 11 a 14 anos                                | 67.937  | 67,6 | 67.937                 | 56,5    |            | 53,3                 |            | 59,2                |            |
| 15 a 19 anos                                | 32.527  | 32,4 | 32.527                 | 51,9    |            | 47,9                 |            | 57,0                |            |
| <b>Raça/cor</b>                             |         |      |                        |         | 0,00       |                      | 0,00       |                     | 0,00       |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena              | 67.099  | 66,8 | 67.099                 | 53,6    |            | 50,0                 |            | 56,9                |            |
| Branco                                      | 33.272  | 33,2 | 33.272                 | 57,8    |            | 53,6                 |            | 62,0                |            |
| <b>Trabalho remunerado</b>                  |         |      |                        |         | 0,91       |                      | 0,08       |                     | 0,66       |
| Não   | 87.842  | 87,5 | 87.842                 | 55,1    |            | 51,0                 |            | 58,5                |            |
| Sim   | 12.565  | 12,5 | 12.407                 | 55,0    |            | 52,9                 |            | 59,1                |            |
| <b>Defasagem escolar</b>                    |         |      |                        |         | 0,00       |                      | 0,00       |                     | 0,29       |
| Não   | 88.150  | 87,8 | 88.150                 | 55,4    |            | 51,9                 |            | 58,5                |            |
| Sim   | 12.296  | 12,2 | 12.296                 | 52,9    |            | 47,8                 |            | 59,8                |            |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                  |         |      |                        |         | 0,00       |                      | 0,00       |                     | 0,00       |
| Até ensino médio incompleto                 | 35.516  | 47,0 | 35.516                 | 53,5    |            | 49,7                 |            | 56,7                |            |
| Do ensino médio ao superior completo        | 40.138  | 53,0 | 40.138                 | 62,1    |            | 58,1                 |            | 66,0                |            |
| <b>Dependência administrativa da escola</b> |         |      |                        |         | 0,00       |                      | 0,00       |                     | 0,00       |
| Privada                                     | 20.722  | 20,6 | 20.722                 | 67,7    |            | 64,7                 |            | 70,6                |            |
| Pública                                     | 79.742  | 79,4 | 79.742                 | 53,0    |            | 49,1                 |            | 56,6                |            |
| <b>Tabagismo nos últimos 30 dias</b>        |         |      |                        |         | 0,31       |                      | 0,67       |                     | 0,28       |

|   |        |      |        |      |      |      |      |
|---|--------|------|--------|------|------|------|------|
| Não   | 95.137 | 94,7 | 95.137 | 55,2 | 51,4 | 58,7 |      |
| Sim   | 5.282  | 5,3  | 5.282  | 53,6 | 50,5 | 56,7 |      |
| <b>Uso de drogas nos últimos 30 dias</b>            |        |      |        |      | 0,29 | 0,12 | 0,99 |
| Não   | 96.603 | 96,2 | 96.603 | 55,0 | 51,2 | 58,6 |      |
| Sim   | 3.835  | 3,8  | 3.835  | 56,7 | 55,1 | 58,6 |      |
| <b>Uso de álcool nos últimos 30 dias</b>            |        |      |        |      | 0,00 | 0,00 | 0,10 |
| Não   | 78.140 | 77,8 | 78.140 | 54,4 | 50,5 | 58,2 |      |
| Sim   | 22.249 | 22,2 | 22.249 | 57,3 | 54,3 | 59,8 |      |
| <b>Relação sexual</b>                               |        |      |        |      | 0,68 | 0,89 | 0,01 |
| Não   | 72.232 | 72,0 | 72.232 | 55,2 | 51,4 | 58,1 |      |
| Sim   | 28.040 | 28,0 | 28.040 | 54,9 | 51,5 | 60,8 |      |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>           |        |      |        |      | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Não   | 91.051 | 91,6 | 81.719 | 54,6 | 50,4 | 58,0 |      |
| Sim   | 8.330  | 8,4  | 18.627 | 57,6 | 54,5 | 62,9 |      |
| <b>Sofreu violência física nos últimos 12 meses</b> |        |      |        |      | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Não   | 82.220 | 82,0 | 82.220 | 53,8 | 49,5 | 57,7 |      |
| Sim   | 17.996 | 18,0 | 17.996 | 61,2 | 59,6 | 63,0 |      |
| <b>Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses</b> |        |      |        |      | 0,00 | 0,00 | 0,14 |
| Não   | 96.248 | 96,0 | 96.248 | 54,8 | 50,8 | 58,5 |      |
| Sim   | 4.055  | 4,0  | 4.055  | 63,4 | 66,2 | 61,2 |      |
| <b>Considera o estado de saúde</b>                  |        |      |        |      | 0,90 | 0,88 | 0,13 |
| Regular a muito ruim                                | 71.744 | 71,5 | 28.625 | 55,2 | 51,3 | 57,8 |      |
| Bom/Muito bom                                       | 28.625 | 28,5 | 71.744 | 55,1 | 51,4 | 59,0 |      |
| <b>Satisfação da imagem corporal</b>                |        |      |        |      | 0,00 | 0,00 | 0,34 |
| Indiferente a Muito insatisfeito                    | 17.846 | 19,9 | 17.846 | 57,7 | 54,6 | 59,1 |      |
| Satisfeito  | 71.676 | 80,1 | 71.676 | 54,0 | 50,2 | 58,2 |      |

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

As tabelas 2 e 3 apresentam os modelos de regressão logístico multinível multivariado por tipo de FUC, estratificados por sexo.

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

Para a análise do reconhecimento da FUC Consultório Médico Particular, as variáveis que associaram positivamente em ambos os sexos estão relacionadas a diferentes comportamentos de risco. Para o sexo masculino, destaca-se: ter praticado a última relação sexual desprotegida (RP: 1,24; IC95%: 1,13 – 1,37), ter sofrido violência física nos últimos 12 meses (RP: 1,10; IC95%: 1,03 – 1,17) e violência sexual nos últimos 12 meses (RP: 1,21; IC95%: 1,05 – 1,39), e para o sexo feminino, o uso de álcool nos últimos 30 dias (RP: 1,16; IC95%: 1,10 – 1,23). Menores probabilidades de reconhecer uma FUC Consultório Médico Particular foram observadas entre os adolescentes de ambos os sexos, como: idade de 15 a 19 anos (RP: 0,91; IC95%: 0,85 – 0,98, sexo masculino e RP: 0,93; IC95%: 0,87 – 0,99, sexo feminino); raça/cor pretos/pardos/amarelos ou indígenas (RP: 0,85; IC95%: 0,81 – 0,90, sexo masculino e RP: 0,85; IC95%: 0,81 – 0,89, sexo feminino), mães com menor nível de escolaridade (RP: 0,63; IC95%: 0,59 – 0,67, sexo masculino e RP: 0,58; IC95%: 0,55 – 0,61, sexo feminino), estudantes de escolas públicas (RP: 0,37; IC95%: 0,35 – 0,39, sexo masculino e RP: 0,38; IC95%: 0,37 – 0,41, sexo feminino). E apenas para o sexo masculino, o estado de



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

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

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

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

|   | Tipo de FUC              |               |                               |               |          |               |            |               |
|---|--------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|----------|---------------|------------|---------------|
|   | Atenção Primária à Saúde |               | Consultório Médico Particular |               | Hospital |               | Emergência |               |
|   | RP                       | IC(95%)       | RP                            | IC(95%)       | RP       | IC(95%)       | RP         | IC(95%)       |
| <b>Faixa etária</b>                         |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| 15 a 19 anos                                | 1,01                     | (0,96 - 1,06) | 0,91*                         | (0,85 - 0,98) | 0,85*    | (0,75 - 0,97) | 1,02       | (0,83 - 1,27) |
| <b>Raça/cor</b>                             |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena              | 1,13*                    | (1,08 - 1,18) | 0,85*                         | (0,81 - 0,90) | 0,94     | (0,86 - 1,04) | 1,01       | (0,85 - 1,21) |
| <b>Trabalho remunerado</b>                  |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 1,04                     | (0,99 - 1,09) | 0,98                          | (0,91 - 1,05) | 1,00     | (0,88 - 1,14) | 1,11       | (0,89 - 1,39) |
| <b>Defasagem escolar</b>                    |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 1,04                     | (0,98 - 1,11) | 0,96                          | (0,86 - 1,06) | 1,11     | (0,94 - 1,31) | 0,89       | (0,66 - 1,19) |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                  |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Até ensino médio incompleto                 | 1,26*                    | (1,21 - 1,32) | 0,63*                         | (0,59 - 0,67) | 0,75*    | (0,67 - 0,83) | 0,85       | (0,70 - 1,01) |
| <b>Dependência administrativa da escola</b> |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Pública                                     | 2,67*                    | (2,46 - 2,89) | 0,37*                         | (0,35 - 0,39) | 0,66*    | (0,60 - 0,74) | 1,12       | (0,90 - 1,39) |
| <b>Tabagismo nos últimos 30 dias</b>        |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 0,99                     | (0,90 - 1,09) | 0,97                          | (0,84 - 1,12) | 0,99     | (0,78 - 1,27) | 0,74       | (0,49 - 1,13) |
| <b>Uso de drogas nos últimos 30 dias</b>    |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 0,92                     | (0,82 - 1,03) | 1,05                          | (0,91 - 1,22) | 0,66*    | (0,49 - 0,90) | 1,98*      | (1,35 - 2,91) |
| <b>Uso de álcool nos últimos 30 dias</b>    |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 0,96                     | (0,90 - 1,01) | 1,03                          | (0,96 - 1,11) | 1,10     | (0,98 - 1,24) | 1,11       | (0,89 - 1,39) |
| <b>Relação sexual</b>                       |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 0,95                     | (0,89 - 1,01) | 0,94                          | (0,85 - 1,03) | 0,78*    | (0,66 - 0,92) | 0,63*      | (0,46 - 0,87) |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>   |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim   | 1,20*                    | (1,12 - 1,28) | 1,24*                         | (1,13 - 1,37) | 1,18     | (0,99 - 1,40) | 1,35       | (0,98 - 1,86) |

|   |       |               |       |               |       |               |       |               |  |
|---|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|--|
| <b>Sofreu violência física nos últimos 12 meses</b> |       |               |       |               |       |               |       |               |  |
| Sim   | 1,06* | (1,01 - 1,12) | 1,10* | (1,03 - 1,17) | 1,41* | (1,27 - 1,58) | 1,48* | (1,21 - 1,81) |  |
| <b>Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses</b> |       |               |       |               |       |               |       |               |  |
| Sim   | 1,19* | (1,08 - 1,31) | 1,21* | (1,05 - 1,39) | 0,79  | (0,59 - 1,06) | 0,82  | (0,51 - 1,33) |  |
| <b>Considera o estado de saúde</b>                  |       |               |       |               |       |               |       |               |  |
| Regular a muito ruim                                | 0,92* | (0,88 - 0,97) | 0,89* | (0,84 - 0,96) | 1,10  | (0,98 - 1,22) | 1,28* | (1,06 - 1,55) |  |
| <b>Satisfação da imagem corporal</b>                |       |               |       |               |       |               |       |               |  |
| Indiferente a Muito insatisfeito                    | 0,88* | (0,82 - 0,94) | 1,05  | (0,97 - 1,13) | 0,90  | (0,78 - 1,02) | 1,13  | (0,89 - 1,42) |  |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015. \*Corresponde aos valores com diferenças estatisticamente significantes.

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

|                                | Tipo de FUC              |               |                               |               |          |               |            |               |
|--------------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|----------|---------------|------------|---------------|
|                                | Atenção Primária à Saúde |               | Consultório Médico Particular |               | Hospital |               | Emergência |               |
|                                | RP                       | IC(95%)       | RP                            | IC(95%)       | RP       | IC(95%)       | RP         | IC(95%)       |
| <b>Faixa etária</b>            |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| 15 a 19 anos                   | 1,05*                    | (1,00 - 1,10) | 0,93*                         | (0,87 - 0,99) | 0,94     | (0,84 - 1,06) | 1,07       | (0,89 - 1,29) |
| <b>Raça/cor</b>                |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena | 1,14*                    | (1,09 - 1,19) | 0,85*                         | (0,81 - 0,89) | 0,97     | (0,88 - 1,06) | 0,94       | (0,81 - 1,08) |
| <b>Trabalho remunerado</b>     |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim                            | 1,08*                    | (1,02 - 1,15) | 1,01                          | (0,93 - 1,10) | 1,14     | (0,99 - 1,31) | 0,71*      | (0,54 - 0,94) |
| <b>Defasagem escolar</b>       |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Sim                            | 1,09*                    | (1,02 - 1,16) | 1,03                          | (0,93 - 1,14) | 1,03     | (0,87 - 1,22) | 0,79       | (0,59 - 1,06) |
| <b>Escolaridade da mãe</b>     |                          |               |                               |               |          |               |            |               |
| Até ensino médio incompleto    | 1,34*                    | (1,28 - 1,39) | 0,58*                         | (0,55 - 0,61) | 0,88*    | (0,81 - 0,97) | 0,72*      | (0,62 - 0,84) |

|   |       |               |       |               |       |               |       |               |
|---|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|
| <b>Dependência administrativa da escola</b>         |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Pública   | 2,88* | (2,66 - 3,11) | 0,38* | (0,37 - 0,41) | 0,82* | (0,74 - 0,91) | 1,17  | (0,97 - 1,40) |
| <b>Tabagismo nos últimos 30 dias</b>                |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 0,85* | (0,77 - 0,94) | 0,93  | (0,81 - 1,06) | 1,02  | (0,82 - 1,27) | 0,91  | (0,64 - 1,29) |
| <b>Uso de drogas nos últimos 30 dias</b>            |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 0,93  | (0,83 - 1,05) | 1,07  | (0,93 - 1,23) | 0,81  | (0,62 - 1,07) | 1,29  | (0,89 - 1,86) |
| <b>Uso de álcool nos últimos 30 dias</b>            |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 0,97  | (0,93 - 1,02) | 1,16* | (1,10 - 1,23) | 1,12* | (1,01 - 1,24) | 1,07  | (0,90 - 1,27) |
| <b>Relação sexual</b>                               |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 1,05  | (0,98 - 1,13) | 0,96  | (0,87 - 1,07) | 0,86  | (0,71 - 1,04) | 1,17  | (0,89 - 1,54) |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>           |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 1,11* | (1,03 - 1,20) | 1,08  | (0,96 - 1,21) | 1,27* | (1,04 - 1,55) | 0,98  | (0,73 - 1,32) |
| <b>Sofreu violência física nos últimos 12 meses</b> |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 1,03  | (0,98 - 1,08) | 0,96  | (0,90 - 1,02) | 1,10  | (0,99 - 1,23) | 1,62* | (1,38 - 1,90) |
| <b>Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses</b> |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Sim   | 1,07  | (0,98 - 1,16) | 0,87* | (0,76 - 0,99) | 1,24* | (1,03 - 1,50) | 0,90  | (0,65 - 1,26) |
| <b>Considera o estado de saúde</b>                  |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Regular a muito ruim                                | 0,95* | (0,91 - 0,99) | 1,00  | (0,95 - 1,05) | 1,20* | (1,10 - 1,31) | 1,53* | (1,33 - 1,77) |
| <b>Satisfação da imagem corporal</b>                |       |               |       |               |       |               |       |               |
| Indiferente a Muito insatisfeito                    | 0,87  | (0,83 - 0,91) | 0,96  | (0,92 - 1,01) | 0,98  | (0,89 - 1,07) | 1,03  | (0,88 - 1,20) |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015. \*Corresponde aos valores com diferenças estatisticamente significantes.

## 5.4 DISCUSSÃO

Os dados deste estudo apontaram que mais da metade dos adolescentes brasileiros reconheceram um serviço de saúde como sua FUC nos últimos 12 meses a entrevista, sendo que a maior frequência foi verificada entre as adolescentes do sexo feminino.

Nos modelos multivariados segundo o tipo de FUC, as características demográficas e socioeconômicas que demonstram maior vulnerabilidade social e econômicas dos adolescentes aumentam a probabilidade do reconhecimento da FUC APS para ambos os sexos. Diferente da FUC APS, as análises da FUC Consultório Médico Particular e Hospital demonstraram que os fatores que caracterizaram maior vulnerabilidade social e econômica dos adolescentes reduzem a probabilidade do reconhecimento dessas FUCs. Características semelhantes de redução da probabilidade foram encontradas apenas para o sexo feminino no reconhecimento da FUC Emergência. Com relação as características de comportamentos de risco observam-se que para todos os tipos de FUC analisados (APS, Consultório Médico Particular, Hospital e Emergência) apresentaram associações positivas.

O desenvolvimento de estudos que permitem a identificação do perfil de usuários de serviços de saúde e dos fatores que favorecem o reconhecimento desses serviços como sua fonte cuidadora é de extrema relevância, pois além de contribuir no reconhecimento da demanda, pode subsidiar a avaliação das ações e das políticas públicas, bem como, a tomada de decisão para o planejamento e gestão dos serviços de saúde (MORAES; LOPES; FREITAS, 2014).

No presente estudo, as maiores prevalência do reconhecimento de uma FUC foram observadas para o sexo feminino, o que confirmam resultados semelhantes apontados pela literatura, em que estes determinantes individuais interferem de forma significativa no reconhecimento de uma FUC (KLEIN *et al.*, 1999; REW; RESNICK; BEUHRING, 1999; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; TSAI *et al.*, 2010; JERANT *et al.*, 2013; AN *et al.*, 2016; DAVIS *et al.*, 2017; KIM; JEON; LEE, 2017; SUNG; LEE, 2019). Além disso, os resultados se assemelham a estudos que avaliaram a procura e uso por serviços de saúde (NUNES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015; ARAÚJO *et al.*, 2017), bem como aos que avaliaram a condição de ter uma FUC por diferentes grupos populacionais (KLEIN *et al.*, 1999; TSAI *et al.*, 2010; JERANT *et al.*, 2013; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; KIM; JOEN; LEE, 2017), confirmando a hipótese de uma maior atenção à sua própria saúde pelo sexo feminino, esses achados indicam que tal prática ocorre desde a fase da adolescência (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A literatura sobre o reconhecimento de uma FUC evidencia a existência de uma relação que depende das necessidades individuais, sendo na maioria das vezes, determinadas por fatores

demográficos, econômicos, sociais, estado de saúde e comportamentos de risco (KLEIN *et al.*, 1999; DEVOE *et al.*, 2011; DEVOE *et al.*, 2012; SUNG; LEE, 2019; MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016), além de questões relacionadas a organização dos serviços de saúde, como a acessibilidade organizacional (MULLACHERY; SILVER; MACINKO, 2016; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013), relação usuário/profissional, aceitabilidade, estabelecimento de vínculo e adequação dos serviços (STARFIELD, 2002; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012).

O reconhecimento da existência de uma fonte usual de atenção e/ou de um serviço de referência favorece a construção de vínculo e da longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; KESSLER *et al.*, 2019), especialmente, na APS, implicando em resultados mais satisfatórios para a saúde dos indivíduos (STARFIELD; SHI, 2004). Apesar de uma parcela importante dos adolescentes indicarem os serviços de APS como sua FUC, a implementação desse modelo de atenção é heterogênea no território nacional (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013), essa heterogeneidade reflete as desigualdades podendo ser um fator que explicaria os resultados encontrados.

A consolidação da APS no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido associado a resultados benéficos na equidade de acesso aos serviços de saúde, apesar de se concentrarem na oferta de serviços a grupos populacionais mais pobres (MACINKO; MENDONÇA, 2018), trata-se de um importante desafio a ser enfrentado para alcançar a classe média e os grandes centros urbanos, onde os serviços de APS ainda apresentam coberturas limitadas (SANTOS *et al.*, 2012; GIOVANELLA *et al.*, 2010; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O presente estudo observou na análise por tipo de FUC, que os adolescentes que enfrentam desigualdades sociais e iniquidades de acesso aos cuidados de saúde, reconhecem a APS, como sua FUC, dentre as características que apresentaram associações positivas, destaca-se, raça/cor preta/parda/amarelo ou indígena, baixo nível de escolaridade materna, e ser estudante de escola pública, que aumenta quase três vezes a probabilidade de referir a APS como sua FUC. Estudos demonstram a partir dos dados de pesquisas nacionais, um aumento na utilização dos serviços de saúde, e uma redução nas desigualdades de acesso por meio da atenção primária (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; ANDRADE *et al.*, 2013; POLITI, 2014). Considerando tais características como uma proxy de renda, verifica-se a persistência das desigualdades de acesso (OLIVIERA *et al.*, 2018).

Com relação aos determinantes associados ao tipo de FUC, foi possível observar diferenças para ambos os sexos. Especialmente para a FUC APS, em que as adolescentes do

sexo feminino apresentaram um número maior de características sociais e econômicas desfavoráveis, que aumentam a probabilidade de reconhecimento da APS como sua FUC, como; o trabalho remunerado e defasagem escolar. O trabalho remunerado na adolescência, pode indicar aumento da autoestima e o sentimento de responsabilidade (RIZZO; CHAMON, 2010), fato que pode estar relacionado às condições de saúde das adolescentes do sexo feminino, aumentando a atenção a própria saúde. Entretanto, adolescentes trabalhadores podem apresentar prejuízos por falta de tempo para estudar e para o desenvolvimento de atividades extraclasse, o que pode acarretar em repetência e defasagem escolar (FRENZEL; BARDAGI, 2014; ALBERTO *et al.*, 2011), a discrepância idade e nível de escolaridade do indivíduo pode refletir em maiores desigualdades sociais.

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

O comportamento sexual é um determinante de extrema relevância para avaliar indicadores de saúde em grupos populacionais de adolescentes, pois a prática sexual desprotegida é um comportamento preocupante devido ao risco associado. Dentre os achados deste estudo verifica-se que apenas a FUC emergência não apresentou associação com a prática sexual desprotegida. Estudos ressaltam que o sexo desprotegido entre adolescentes pode ter uma relação com a presença do uso de substâncias psicoativas e não ter informação sobre saúde sexual e reprodutiva na escola (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014).

Na Pense 2012, o consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias foi de 26% entre os adolescentes, sendo a maior prevalência entre as meninas, o consumo de bebida alcóolica geralmente é um problema que acomete mais os adolescentes do sexo masculino (MALTA *et al.*, 2014). No presente estudo, o consumo de bebida alcóolica aumentou o reconhecimento do hospital como FUC das adolescentes do sexo feminino. Estudo revela que este consumo tende a aumentar entre os homens com o avançar da idade (STRAUCH *et al.*, 2009). O consumo de bebida alcóolica aumenta a vulnerabilidade do sujeito, o uso excessivo de bebida alcóolica aumenta o risco de envolvimento em situações de acidentes e violência (WHO, 2008).

O uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias a entrevista apresentou associação positiva entre os adolescentes do sexo masculino para o reconhecimento das FUCs Hospital e Emergência. O consumo de drogas ilícitas é um comportamento que pode gerar dependência e

consequências irreversíveis para a vida desses indivíduos. Os resultados de um estudo que analisou o cotidiano de adolescentes em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas, identificou que o acolhimento e as impressões iniciais que têm do serviço são fundamentais para a adesão e permanência desses sujeitos, além de ser uma ferramenta fundante para a efetivação do cuidado (GALHARDI; MATSUKURA, 2018).

Envolvimento em situações de violências esteve associados a todos os tipos de FUC, o que pode estar correlacionado a outras condições de vulnerabilidades para o indivíduo (BEGUE; ROCHE; DUKE, 2016; SAIPHOKLANG *et al.*, 2017). Adolescentes que sofrem violência interpessoal, como violência sexual estão susceptíveis a maior risco de envolver-se em comportamentos agressivos e antissociais na vida adulta (OMS, 2015). Desse modo, a disponibilidade de serviços acolhedores para atendimento e apoio às vítimas são essenciais para atenuar traumas e ajudar na recuperação e prevenção de novos atos de violência (SANTOS *et al.*, 2018). Em situações desta natureza, o fato de o adolescente reconhecer um serviço como sua FUC, o processo de enfrentamento pode ser facilitado, uma vez que o vínculo e a confiança já existem.

Além das variáveis de comportamento de risco, o estudo demonstrou associação entre as características relacionadas a saúde dos adolescentes e o reconhecimento de uma FUC. A autopercepção de saúde tem sido utilizada como um bom indicador na avaliação do comportamento dos indivíduos na busca por serviços de saúde (CLARO *et al.*, 2006). Sendo então observados associações negativas entre o reconhecimento das FUCs, APS e Consultório Médico Particular e a autopercepção de saúde regular a muito ruim, e a insatisfação com a imagem corporal. Para os desfechos, hospital e emergência, o estado de saúde ruim apresentou associação positiva. Estes são achados preocupantes que podem apresentar uma forte relação com questões contextuais, sociais e culturais dos indivíduos.

O estudo demonstrou que as variáveis que caracterizaram as condições socioeconômicas desfavoráveis reduzem a probabilidade do reconhecimento dos serviços de emergências como sua FUC, ou não apresenta diferenças estatisticamente significantes. Estes achados são contrários a alguns estudos da literatura americana, em que os indivíduos com baixas condições de renda têm a emergência como sua FUC (SCHAPPERT, 1997; NEWTON *et al.*, 2008; WEBER *et al.*, 2005). Vale ressaltar que os serviços de emergência na grande maioria dos casos não permitem longitudinalidade e/ou continuidade do cuidado (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), os indivíduos que procuram este tipo de serviço pode ser devido a agudização de uma condição crônica ou devido a menos barreiras de acessibilidade sócio-organizacional



de acesso para o atendimento médico (ACOSTA; LIMA, 2015), vale ressaltar que o adolescente por na grande maioria das vezes ser considerado saudável não apresenta doenças crônicas.

Algumas limitações precisam ser ponderadas para a interpretação dos achados. Por se tratar de um estudo de desenho transversal, não é possível realizar inferências causais. Além disso, é preciso considerar a definição da variável desfecho – FUC – sendo considerado apenas os serviços de saúde, o que não permite a diferenciação entre ter o mesmo serviço de saúde ou o mesmo médico/profissional de saúde. Outro ponto a ser levantado trata-se do tipo de coleta de dados, através do autorrelato, o que pode representar uma superestimação dos dados reais do reconhecimento de uma FUC.

Por outro lado, é possível destacar como potencialidade deste estudo, os critérios metodológicos para adequação dos métodos utilizados na análise estatística, haja vista que, optou-se por uma estratégia metodológica que não vem sendo adotada pelos estudos desta natureza, que é a estimação da RP por meio do modelo logístico multinível, cujos resultados permitem não somente avaliar a robustez do plano de análise estabelecido, como tornar possível a comparação com resultados de outros estudos. Vale ainda ressaltar o rigor metodológico adotado para a correção de amostragem de conglomerados no contexto de modelos multiníveis, o que torna ainda mais relevante a comparação dessas estimativas para permitir a compreensão do papel dessas estratégias de análise na estimação da RP em situações em que os dados são correlacionados.

Por fim, é importante chamar a atenção para a relação de confiança entre um paciente adolescente e um prestador de cuidado, profissional de saúde ou serviços de saúde, precisa ser construída de maneira mais sólida, desde a elaboração de políticas públicas efetivas até ações específicas voltadas para este grupo. São indivíduos por vezes considerados saudáveis, entretanto, configura-se em um momento de novas vivências e descobertas, o que pode aumentar a exposição a condições de risco à sua saúde.

## **5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

em melhores condições de acesso às ações de prevenção e promoção da saúde e em um cuidado longitudinal e duradouro. Sendo a APS o nível de atenção que dispõem de serviço organizados a partir de modelos assistências que levam em consideração às necessidades dos sujeitos. Sendo, portanto, mais adequados para o desenvolvimento de ações voltadas para a saúde dos adolescentes brasileiros, com vistas a reduzir a exposição às condições de vulnerabilidade.

Recomendam-se, portanto, novas investigações sobre o tema entre adolescentes, com a utilização de outras abordagens metodológicas, como pesquisas qualitativas, que explorem com mais detalhes o reconhecimento de uma FUC. Com o propósito de conhecer quais os serviços de saúde os adolescentes reconhecem como sua FUC, e os fatores determinantes que podem levar a estas escolhas dos adolescentes, uma vez que ter uma FUC pode impactar nos cuidados e ações em relação à saúde deste grupo populacional. É necessário, portanto, desenvolver e fortalecer políticas públicas já existentes com estratégia para potencializar o acesso deste grupo etário no âmbito da APS. O investimento em ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde na juventude pode contribuir para melhores condições de vida e saúde na idade adulta.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M.A.D.S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 337–44, 2015.
- ALBERTO, M. F. P. et al. O trabalho infantil doméstico e o processo de escolarização. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 293-302, 2011.
- ALLRED, N.; WOOTEN, K. G.; KONG, Y. The association of health insurance and continuous primary care in the medical home on vaccination coverage for 19- to 35-month-old children. **Pediatrics**; v. 119 Suppl 1:S4-11, 2007.
- AN, A. R.; KIM, K.; LEE, J. H.; SUNG, N. J. LEE, S. I.; HYUN, M. K. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea Health Panel Survey. **BMC Fam Pract**, 17, n. 1, p. 167, Nov 29 2016.
- ANDRADE M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Econ Apl.** v. 17, n. 4, p. 623-45, 2013.
- 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.

ARAÚJO, M. E. A. et al. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 26, n. 3, 589-604, 2017.

BARBIANI, R. et al. Atenção à saúde de adolescentes no Brasil: scoping review. **Rev. Latinoam. cienc. soc. niñez juv.** v. 18, No. 3, sep. -dic. de 2020.

BARROS, R. P. et al. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 26, n. 2, 2021.

BARTMAN, B. A.; MOY, E.; D'ANGELO, L. J. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. *J Health Care Poor Underserved*. v. 8, p. 214–26, 1997.

BEGUE, L.; ROCHE, S.; DUKE, A. A. Young and armed: a cross-sectional study on weapon carrying among adolescents. **Psych, Crime Law**; v. 22, n. 5, p. 455-472, 2016.

BENETTI S. P. C. et al. Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. **Psico**; v. 37, p. 279-86, 2006.

BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417-440, 2008.

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.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

CARPENTER, W. R. et al. Racial differences in trust and regular source of patient care and the implications for prostate cancer screening use. **Cancer**. v.115, p. 5048–59, 2009.

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**; v. 22, p. 1565-74, 2006.

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.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012.

COUTINHO, E.S.F. et al. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**; v. 50 Suppl 1:8s, 2016.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DAVIS, M. A.; GUO, C.; TITLER, M. G.; FRIESE, C. R. Advanced practice clinicians as a usual source of care for adults in the United States. **Nursing Outlook**, 65, n. 1, p. 41-49, Jan-Feb 2017.

DEMPSEY, A. F.; FREED, G. L. Health care utilization by adolescents on medicaid: implications for delivering vaccines. **Pediatrics**. v. 125, n. 1, p. 43-9, 2010.

DEVOE, J. E.; PETERING, R.; KROIS, L. A usual source of care: Supplement or substitute for health insurance among low-income children? **Medical Care**, 46, n. 10, p. 1041-1048, 2008.

DEVOE, J. E.; TILLOTSON, C. J.; WALLACE, L. S.; ANGIER, H. et al. Parent and Child Usual Source of Care and Children's Receipt of Health Care Services. *Annals of Family Medicine*, 9, n. 6, p. 504-513, Nov-Dec 2011.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **Int J Equity Health**, 15, n. 1, p. 151, Nov 17 2016.

FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**; Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, 2015.

FRENZEL, H. de S.; BARDAGI, M. P. Adolescentes trabalhadores brasileiros: um breve estudo bibliométrico. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** v.14, n.1, pp. 79-88, 2014.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cad. Saúde Pública**; v. 34, n. 3, 2018.

GIOVANELLA L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. **Saúde Debate**; v. 1, p. 248-64, 2010.

HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde colet.** V.21 n. 5, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo e Pesquisas. Informação Demográfica Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** n. 27. Rio de Janeiro: Gráfica Digital; IBGE, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados. 2020.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 13 dez de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>. Acesso em: 13 dez de 2020.

JERANT, A.; BERTAKIS, K. D.; FENTON, J. J.; FRANKS, P. Gender of physician as the usual source of care and patient health care utilization and mortality. **Journal of the American Board of Family Medicine**, 26, n. 2, p. 138-148, 2013.

KIM, K. M.; JEON, H.; LEE, J. H. Having a Physician Rather than a Place as a Usual Source of Care Would Be Better - from 2012 Korea Health Panel Data. **Journal of Korean Medical Science**, 32, n. 1, p. 4-12, Jan 2017.

KLEIN, J. D.; WILSON, K. M.; MCNULTY, M.; KAPPAH, C. COLLINS, K. S. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. **Journal of Adolescent Health**, 25, n. 2, p. 120-130, 1999.

KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paul Enferm.** v. 32, n. 2, 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2013, v.29, n.7, p.1370-1380, 2013.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **Int J Equity Health**, 11, p. 33, Jun 21 2012.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**; v. 42, n. esp 1, p. 18-37, 2018.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 1, Jan, 2019.

MALTA, D. C. et al. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, 2014

MOREIRA, T. C. et al. A violência comunitária e o abuso de álcool entre adolescentes: comparação entre sexos. **J. Pediatr.** v. 84, n. 3, 2008.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 1, p. 140, 2016.

NEWTON M. F. et al. Uninsured adults presenting to US emergency departments: assumptions vs data. **JAMA**, n. 300, p. 914 –24, 2008.

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. M. 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**. v. 31, n. 8, p. 1603-14, 2015.

OLIVEIRA, A. S. D. de. et al. Co-occurrence of behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases in adolescents: Prevalence and associated factors. **Revista de Nutrição**, v. 30, n.6, p. 747-758, 2017.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, suppl 1, 2014.

OLIVEIRA, M. M. de. et al. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 605-616, 2017.

OLIVEIRA, M. M. de. et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Rev Bras Epidemiol**; v. 21, supl.1, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. São Paulo: OMS; 2015.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Econ Apl.** v. 18, n. 1, p. 117-37, 2014.

PERES; F.; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e Sociedade**; v. 7, n. 1, p. 53 – 86, 1998.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. Violência familiar e comunitária em escolares do Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**; v. 16, p. 288-300, 2013.

QUEIROZ, R. O. et al. Orientação familiar e comunitária na adolescência: avaliação na estratégia da saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. V. 29, e3457, 2021.

RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chisquared tests for goodness of fit and Independence in two-way tables. **J Am Stat Assoc**, v. 76, p. 221-30, 1981.

RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. **Ann Stat**, v. 12, p. 46-60, 1984.

REW, L.; RESNICK, M.; BEUHRING, T. Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. **Journal of Adolescent Health**, 25, n. 6, p. 407-413, 1999/12/01/ 1999.

RIZZO, C. B. da S.; CHAMON, E. M. Q. de O. O sentido do trabalho para o adolescente trabalhador. **Trab. educ. saúde (Online)**. v.8, n.3, p.407-417, 2010.

ROHRER, J. E.; KRUSE, G.; ZHANG, Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. **Journal of Community Health**, 29, n. 1, p. 1-13, 2004.

SAIPHOKLANG, O. et al. The association between weapon carrying and health risk behaviors among adolescent students in Bangkok, Thailand. **J Interp Viol**; v. 32, n. 20, p. 3111-3130, 2017.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc Saúde Colet**; v. 17, p. 2687-702, 2012.

SANTOS, M. de J. et al. Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental – Brasil, 2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2):535-544, 2019.

SCHAPPERT, S. M. Ambulatory care visits of physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1995. **Vital Health Stat**, v. 13, n. 129, p.1-38, 1997.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.16, n. 2, p. 217-229, 2015.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface (Botucatu)**. v. 24, (Supl. 1): e190548, 2020.

SMITH, P. J. et al. The association between having a medical home and vaccination coverage among children eligible for the vaccines for children program. **Pediatrics**. v. 116, p.130–9, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. **Pediatrics**, v.113 Suppl 4, p. 1493-8, 2004.

STRANSKY, M. L. Two-year stability and change in access to and reasons for lacking a usual source of care among working-age US adults. **Public Health Reports**, 132, n. 6, p. 660-668, 2017.

STRAUCH ES, et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica**; v. 43, n. 4, p. 647-55, 2009.

SUNG, N. J.; LEE, J.H. Association between Types of Usual Source of Care and User Perception of Overall Health Care Service Quality in Korea. **Korean J Fam Med**. May; v. 40, n. 3, p. 143-150, 2019.

TSAI, J. et al. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese Community. **Med Care**. Jul; v. 48, n. 7, p. 628-34, 2010.

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

WEBER E. J. et al. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population- based study. **Ann Emerg Med**; n. 45:4 –12, 2005.

WILSON, K. M.; KLEIN, J. D. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 154, n. 4, p. 361-365, Apr 2000.

WHO. World Health Organization. **Inequalities in young people's health: Health Behavior in School-aged Children**. International Report from 2005-2006. Geneva: WHO; 2008. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5), 2008.

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.



### ARTIGO 3 - AÇÕES INTERSETORIAIS E O RECONHECIMENTO DE UMA FONTE DE CUIDADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ADOLESCENTES BRASILEIROS

#### RESUMO

**Introdução:** As ações intersetoriais entre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e as escolas podem favorecer uma relação de vínculo e confiabilidade entre os adolescentes, a partir da integração entre os setores da saúde e da educação, contribuindo para o reconhecimento da APS como sua fonte usual de cuidados (FUC). **Objetivo:** Analisar a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde da APS e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS. **Metodologia:** Estudo transversal, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015) realizado com 97.903 adolescentes, e amostragem complexa. A associação entre ações intersetoriais entre serviços de APS e escolas e o reconhecimento da FUC APS foram estimadas por meio da razão de prevalência (RP), com uso do modelo de regressão logística multinível através do Stata 14. **Resultados:** Dos adolescentes analisados 72,8% estudavam em escolas que desenvolviam ações intersetoriais com os serviços de APS. Entre os adolescentes estudantes de escolas que desenvolviam ações intersetoriais, observou-se associação entre o reconhecimento da FUC APS e ações intersetoriais (RP:1,11; IC95%: 1,08 – 1,15). Quando analisado o modelo multivariado para as variações da variável independente principal, observou-se associações positivas para ações do Programa Saúde na Escola (PSE) (RP:1,34; IC95%: 1,30 – 1,38), e o desenvolvimento de ações entre a escola e os serviços de APS (RP:1,10; IC95%: 1,06 – 1,14). **Considerações finais:** Os resultados mostram que existe uma associação positiva entre o reconhecimento dos serviços de APS como uma FUC e as ações intersetoriais. Entretanto, existem desafios na articulação entre os setores saúde e educação, na perspectiva de uma prática que se configura intersetorial, para a implementação das ações de prevenção e de promoção da saúde ao adolescente na escola.

**Descritores:** Fonte Usual de Cuidados; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Ação Intersetorial.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Intersectoral actions between Primary Health Care (PHC) services and schools can favor a relationship of bond and trust between adolescents, based on the integration between the health and education sectors, contributing to the recognition of PHC as your usual source of care (FUC). **Objective:** To analyze the association between the development of intersectoral actions between PHC schools/health services and the recognition of a usual source of PHC care. **Methodology:** Cross-sectional study, based on the National School Health Survey (2015) conducted with 97,903 adolescents, and complex sampling. The association between intersectoral actions between PHC services and schools and the recognition of FUC APS were estimated using the prevalence ratio (PR), using the multilevel logistic regression model through Stata 14. **Results:** Of the adolescents analyzed, 72.8 % studied in schools that developed intersectoral actions with PHC services. Among the adolescent students from schools that developed intersectoral actions, an association was observed between the recognition of FUC APS and intersectoral actions (PR: 1.11; 95%CI: 1.08 – 1.15). When analyzing the multivariate model for the variations of the main independent variable, positive associations were observed for actions of the Health at School Program (PSE) (PR: 1.34; 95%CI: 1.30 – 1.38), and the development of actions between the school and PHC services (PR: 1.10; 95%CI: 1.06 – 1.14). **Final considerations:** The results show that there is a positive association between the recognition of PHC services as a FUC and intersectoral actions.

However, there are challenges in the articulation between the health and education sectors, from the perspective of an intersectoral practice, for the implementation of prevention and health promotion actions for adolescents at school.

**Descriptors:** Usual Source of Care; Primary Health Care; Family Health Program; Intersectoral Action.

## 6.1 INTRODUÇÃO

Ação intersetorial em saúde (AIS) pode ser definida como a capacidade de integração entre agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas e que se articulam em espaços de gestão, planejamento, execução e avaliação das necessidades dos sujeitos (PRADO *et al.*, 2022). A intersetorialidade se fundamenta em iniciativas que buscam superar a fragmentação dos conhecimentos e das políticas sociais, através de práticas e ações integradas de diferentes setores, que se articulam, interagem e complementam no desenvolvimento de estratégias conjuntas, com a perspectiva de produzir efeitos que possam reduzir as iniquidades em saúde e melhorar a qualidade de vida de populações (POTVIN, 2012; WIMMER; FIGUEREDO, 2006; FEUERWERKER; COSTA, 2000).

As AIS têm sido tema de debates internacionais desde a década de 1970, através da publicação da Declaração de Alma Ata (CANTHARINO, 2013). A abordagem das AIS busca identificar e discutir por meio de estratégias políticas o desenvolvimento e o fortalecimento de ações de promoção da saúde, especialmente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (PRADO *et al.*, 2022).

No Brasil, em 2013, foi instituído o Estatuto da Juventude, que trata sobre o direito dos jovens e os princípios e diretrizes das políticas públicas da juventude, e destaca como diretriz, desenvolver a intersetorialidade das políticas estruturais, programas e intervenções, com ênfase em ações de caráter intersetorial, promoção da autonomia, da participação social, inclusive o planejamento, implementação e avaliação de políticas públicas (BRASIL, 2013). No entanto, a atenção integral à saúde dos adolescentes configura-se como uma agenda incompleta, uma vez que diversas iniciativas de políticas públicas têm sido apresentadas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, porém a implementação não tem avançado (LOPEZ; MOREIRA, 2013). Este cenário constitui obstáculos ao adolescente para recebimento de uma atenção à saúde integral e de qualidade apropriada para sua idade, devido a disponibilidade de serviços fragmentados e não alinhados às suas necessidades (CALIARI; RICARDI, 2022).

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), foi criado em 2007, com enfoque na execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, em articulação com serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). Tendo como perspectiva integrar e articular ações intersetoriais, entre saúde e educação, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes, estudantes da rede pública de ensino, visando o enfrentamento das vulnerabilidades neste período da vida (BRASIL, 2011; JACOB *et al.*, 2019). Esse programa faz parte das propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (DIAS *et al.*, 2018; BRASIL, 2006), sendo uma das políticas públicas de grande destaque para os adolescentes, promovendo ações de avaliação clínica, promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, formação de profissionais da educação, e da saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, o desenvolvimento das ações intersetoriais representam um dos propósitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece dentre as atribuições da equipe multiprofissional dos serviços de APS, a implementação de ações articuladas entre diferentes setores, através do desdobramento de parcerias e recursos da comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos orientados para a promoção da saúde (MORETTI *et al.*, 2010; DIAS *et al.*, 2014).

A atenção primária é baseada em um modelo de atenção, que visa o cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde (STARFIELD, 1998; AQUINO *et al.*, 2014). Nesta perspectiva, a longitudinalidade, um dos atributos da APS, conceituada como a existência de uma fonte usual de cuidado (FUC), capaz de estabelecer vínculo entre usuários e profissionais (STARFIELD, 2002), o que pode favorecer o acompanhamento e atenção adequada da saúde dos adolescentes, por meio da existência de uma FUC (PAULA *et al.*, 2015).

Contudo, a atenção à saúde dos adolescentes tem sido observada como inadequada ou insuficiente diante das demandas e necessidades apresentadas por este grupo populacional (SILVA *et al.*, 2021; MARTINS *et al.*, 2019). Tais condições podem estar relacionadas à dificuldade de estabelecimento de uma relação de vínculo e confiança com os serviços, bem como do despreparo dos profissionais de saúde na oferta a atenção necessária a este grupo etário, desenvolvendo apenas ações pontuais e descontínuas (SILVA *et al.*, 2019; FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006; BRASIL *et al.*, 2017).

Diante dessa realidade, o exercício da intersetorialidade, que propõe a superação de ações e práticas fragmentadas, através da articulação de estratégias com diferentes setores, especialmente, na saúde e educação, podem favorecer o estabelecimento de vínculos, bem

como, de uma relação de confiança entre escola, aluno e serviço de saúde (INOJOSA, 2011; DIAS *et al.*, 2014).

Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde da APS e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS. A hipótese norteadora da investigação é que o desenvolvimento das ações intersetoriais entre os serviços de APS e as escolas podem favorecer uma relação de vínculo e confiabilidade entre sujeitos sociais, a partir da integração entre os setores da saúde e da educação, contribuindo para que os adolescentes reconheçam os serviços de APS adscritos ao território-área como sua fonte de cuidados; o que, por sua vez, está associado a um maior acesso às ações de educação em saúde, maior uso de serviços preventivos, como vacinação, redução no uso de cuidados de emergência, melhoria do estado de saúde, maior satisfação, e aumento da confiança (SUNG; LEE, 2019; SMITH *et al.*, 2005; CARPENTER *et al.*, 2009), além de estabelecer a corresponsabilização, vínculo e um processo de construção compartilhada (CAVALCANTI; CORDEIRO, 2015).

## 6.2 METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada no ano 2015, por meio do convênio celebrado com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A população do estudo, conforme a nota técnica (IBGE, 2018) e os manuais oficiais divulgados pelo Ibge, foi constituída por adolescentes matriculados no 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas, situadas nas áreas urbanas e rurais de todo o território nacional (IBGE, 2016). Na análise do banco de domínio público da PENSE, 2015, bem como, seu dicionário de códigos, observa-se que a população é composta de adolescentes/escolares a partir do 6º ano e com idade a partir de 11 a menos anos, informações consideradas para análise.

Para a condução deste estudo utilizou-se dados da PENSE, 2015, amostra 1 sendo considerado informações dos indivíduos e das escolas. Todos os alunos presentes no dia da coleta, nas turmas sorteadas foram convidados a participar da pesquisa (IBGE, 2016). Participaram da terceira edição da PeNSE, em 2015, um total de 102.301 estudantes brasileiros, sendo registrados 102.072 questionários válidos, em 3.040 escolas, 4.159 turmas e 203 estratos (IBGE, 2016). Para o presente estudo utilizou-se como amostra final 97.903 adolescentes, devido à falta de resposta para as variáveis dependente e independentes principais foram excluídos 2.561 indivíduos.

Para estimar o número de alunos de um plano amostral por conglomerado em estágios e uma seleção com probabilidades proporcionais, considerou-se uma estimativa de proporção de 50%, com margem de erro e nível de confiança de 95%, sendo o primeiro estágio da amostragem constituído das escolas, e o segundo estágio, das turmas elegíveis nas escolas selecionadas do 9º ano do ensino fundamental (IBGE, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017). As especificações de como foi realizado o processo amostral considerando a estratificação do território e uma amostra por conglomerado encontra-se disponível no livro da “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015” (IBGE, 2016).

#### *Variável dependente*

A variável dependente do estudo foi ter uma fonte usual de cuidado na APS (FUC APS), definido, a partir da adaptação do conceito de fonte usual de cuidado de Starfield (2002), como a existência de um serviço de APS que o adolescente sempre procura quando está doente ou quando necessita de cuidados de saúde. Para construção dessa variável considerou-se duas questões da PeNSE (“Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” e “Nos últimos 12 meses, qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência?”), sendo considerado como ter uma FUC de APS os casos em que o adolescente afirmou ter procurado um serviço de APS com maior frequência.

Vale destacar que para a análise das ações intersetoriais, considerou-se a adesão e implementação de ações do PSE, sendo considerado da amostra apenas os adolescentes das escolas públicas de ensino (94.952 adolescentes). E para a análise das ações entre escola e serviço de APS, excluiu-se da análise aqueles indivíduos em que as escolas informaram ter ações de PSE, sendo avaliado 58.588 adolescentes.

#### *Variáveis independentes principais*

Foram utilizadas três variáveis independentes principais dicotômicas (Sim/Não), a saber: ações intersetoriais, ações do Programa Saúde na Escola (PSE), e ações desenvolvidas entre escola/serviços de saúde:

1. A variável ações intersetoriais em saúde foi definida a partir de três perguntas do inquérito que visavam identificar a adesão e implantação do PSE ou presença de uma relação entre a escola e serviços da APS (A escola aderiu ao Programa Saúde da Escola (PSE)?, A escola implementa ações do PSE? e A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica?), sendo considerado como afirmativo os casos

em que os responsáveis referiram que a escola aderiu e implantou as ações do PSE, ou realizou ações conjuntas com os serviços de APS;

2. A variável ações do PSE, considerando como afirmativo, os adolescentes de escolas que aderiram e implantaram as ações do PSE, incluindo apenas os adolescentes de escolas públicas, conforme a definição do programa.
3. A variável ações desenvolvidas entre escola e serviços, definida a partir da pergunta que considerava ações conjuntas da escola e serviços de APS (A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica?);

As covariáveis utilizadas na análise foram organizadas em dois blocos:

- *Aspectos sociodemográficos e econômicos:* sexo (Masculino, Feminino); Faixa etária ( $\leq 14$  anos, 15 a 19 anos); Raça/cor (Preto, Pardo, Amarelo e Indígena, Branco); Trabalho remunerado (Não, Sim); Defasagem Escolar (Não, Sim); Escolaridade materna (Até o ensino médio incompleto, Ensino médio completo ao superior completo); Dependência Administrativa da Escola (Privada, Pública); Região de residência (Norte/nordeste, Sul/Sudeste/Centro-oeste).
- *Hábitos comportamentais, Condições de risco e de saúde:* Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (Não, Sim – ter fumado cigarros/usado drogas ilícitas pelo menos um dia nos últimos 30 dias, ou ter consumido um copo de bebida alcóolica no últimos 30 dias); Início da prática sexual (Não, Sim) última relação sexual desprotegida (Não, Sim); Envolvimento em situações de violência nos últimos 12 meses (Não, Sim); Estado de saúde (Regular/Ruim/Muito ruim, Bom/Muito bom); Satisfação da Imagem Corporal (Indiferente/insatisfeito/muito insatisfeito, Satisfeito/Muito satisfeito).

Foi realizada uma análise descritiva do desenvolvimento das ações intersetoriais segundo as covariáveis relacionadas a identificação das escolas, com a apresentação de suas correspondentes frequências absolutas e relativas, estas análises foram mensuradas pelo teste  $\chi^2$  de Pearson. Essas análises bivariadas foram calculadas através do teste  $\chi^2$  de Pearson, com correção de Rao-Scott de segunda ordem para o desenho amostral (RAO; SCOTT, 1981; RAO; SCOTT, 1984) considerando a estrutura de conglomerados dos dados. A análise foi realizada com base no comando `svy: tabulate` do software Stata 14.0 (<https://www.stata.com>), sendo considerado um nível de 5% de significância.

A magnitude da associação entre o reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidado da APS e as ações intersetoriais foi estimada através da razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), por meio de modelos de regressão logístico multinível, bruto e multivariado. Posteriormente, modelos semelhantes foram utilizados para estimar a associação entre FUC APS e as demais variáveis independentes principais, ações do PSE e ações entre a escola e serviços de APS.

Para definição da modelagem multivariada, inicialmente foi realizada uma análise de colinearidade. Após esta etapa, todas as variáveis pré-selecionadas foram incluídas na modelagem para realização do diagnóstico do modelo, através dos critérios de Informações bayesiana de Akaike e Schwarz, verificou-se que o modelo melhor ajustado, foi o modelo completo.

Para o cálculo das RP foram estimadas através do modelo de regressão logística multinível, por meio do uso do pacote `adjrr` do software Stata 14. Todas as análises foram realizadas usando Stata versão 14, e os com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa.

A PeNSE 2015 foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta e aprova pesquisas em saúde envolvendo seres humanos, por meio do parecer CONEP no 1.006.467, de 30 de março de 2015. Este estudo por tratar de dados de domínio público (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-desaude-do-escolar.html?=&t=microdados>) dispensa a submissão para apreciação de um comitê de ética.

### 6.3 RESULTADOS

A maioria dos adolescentes (72,8%) estudavam em escolas que desenvolviam ações intersetoriais com os serviços de APS, sendo observado maiores percentuais na região Nordeste (79,2%) seguida da região Norte (77,5%), na zona rural (89,2%), em escolas públicas (80,6%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos adolescentes e características das escolas segundo desenvolvimento de ações intersetoriais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

|                             | Ações Intersetoriais em Saúde |                |            |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------|------------|
|                             | N                             | Sim (%)        | Valor de p |
| <b>Total</b>                | 97.903                        | 71.292 (72,8%) |            |
| <b>Região de residência</b> |                               |                | 0,00       |
| Norte                       | 22.880                        | 77,5           |            |

|                                   |        |      |      |
|-----------------------------------|--------|------|------|
| Nordeste                          | 34.783 | 79,2 |      |
| Sudeste                           | 17.244 | 68,5 |      |
| Sul                               | 9.383  | 74,8 |      |
| Centro-Oeste                      | 13.613 | 77,4 |      |
| <b>Localização da escola</b>      |        |      | 0,00 |
| Urbana                            | 89.936 | 72,4 |      |
| Rural                             | 7.967  | 89,2 |      |
| <b>Dependência administrativa</b> |        |      | 0,00 |
| Pública                           | 77.332 | 80,6 |      |
| Privada                           | 20.571 | 34,5 |      |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

Na análise do modelo de regressão logístico multinível entre o reconhecimento da FUC de APS e o desenvolvimento de ações intersetoriais, foram observadas diferenças estatisticamente significantes para o modelo bruto (RP:1,56; IC95%:1,52 – 1,61) e para o modelo multivariado (RP:1,11; IC95%:1,08 – 1,15). Dentre as variáveis de ajustes que apresentaram associações positivas no modelo multivariado, destaca-se, ser do sexo feminino (RP:1,15; IC95%:1,11 – 1,18), raça/cor preto/pardo/amarelo e indígena (RP:1,13; IC95%: 1,09 – 1,16), trabalho remunerado (RP: 1,06; IC95%: 1,02 – 1,10), defasagem escolar (RP:1,06; IC95%:1,01 – 1,10), escolaridade materna com até ensino médio incompleto (RP:1,30; IC95%:1,26 – 1,34), estudante de escola pública (RP:2,64; IC95%:2,49 – 2,80), residir na região norte/nordeste (RP:1,06; IC95%:1,03 – 1,09), envolvimento em situação de violência nos últimos 12 meses (RP:1,07; IC95%:1,04 – 1,11), e referem ter iniciado a prática sexual (RP:1,14; IC95%:1,10 – 1,18). Outras características reduzem a probabilidade do desenvolvimento das ações intersetoriais, como, uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (RP:0,94; IC95%:0,91 – 0,98), última relação sexual desprotegida (RP:0,86; IC95%:0,81 – 0,91), estado de saúde regular a muito ruim (RP:0,94; IC95%:0,92 – 0,97), e indiferente a muito insatisfeito com a imagem corporal (RP:0,87; IC95%:0,84 – 0,91) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Razão de prevalência (RP) bruto e multivariado através de modelos logísticos multiníveis para a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais e o reconhecimento de uma FUC de APS. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

|                             | Modelo Bruto<br>(FUC APS) |                      | Modelo Multivariado<br>(FUC APS) |                      |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
|                             | RP                        | IC(95%)              | RP                               | IC(95%)              |
| <b>Ações intersetoriais</b> | <b>1,56</b>               | <b>(1,52 - 1,61)</b> | <b>1,11</b>                      | <b>(1,08 - 1,15)</b> |
| <b>Sexo</b>                 |                           |                      |                                  |                      |
| Feminino                    |                           |                      | 1,15                             | (1,11 - 1,18)        |



|   |      |               |
|---|------|---------------|
| <b>Faixa etária</b>   |      |               |
| 15 a 19 anos  | 1,03 | (1,00 - 1,07) |
| <b>Raça/cor</b>   |      |               |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena                                    | 1,13 | (1,09 - 1,16) |
| <b>Trabalho remunerado</b>  |      |               |
| Sim   | 1,06 | (1,02 - 1,10) |
| <b>Defasagem escolar</b>  |      |               |
| Sim   | 1,06 | (1,01 - 1,10) |
| <b>Escolaridade da mãe</b>  |      |               |
| Até ensino médio incompleto                                       | 1,30 | (1,26 - 1,34) |
| <b>Dependência administrativa da escola</b>                       |      |               |
| Pública   | 2,64 | (2,49- 2,80)  |
| <b>Região de residência</b>                                       |      |               |
| Nordeste/Norte  | 1,06 | (1,03 - 1,09) |
| <b>Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias</b>         |      |               |
| Sim   | 0,94 | (0,91 - 0,98) |
| <b>Envolvimento em situação de violência nos últimos 12 meses</b> |      |               |
| Sim   | 1,07 | (1,04 - 1,11) |
| <b>Relação sexual</b>   |      |               |
| Sim   | 1,14 | (1,10 - 1,18) |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>                         |      |               |
| Sim   | 0,86 | (0,81 - 0,91) |
| <b>Considera o estado de saúde</b>                                |      |               |
| Regular a muito ruim  | 0,94 | (0,92 - 0,97) |
| <b>Satisfação com a imagem corporal</b>                           |      |               |
| Indiferente a Muito insatisfeito                                  | 0,87 | (0,84 - 0,91) |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

Quanto a análise entre o reconhecimento da FUC de APS e o desenvolvimento de ações do PSE, observou-se diferenças estatisticamente significante em ambos os modelos, para o modelo bruto (RP: 1,46; IC95%: 1,42 – 1,49) e para o modelo multivariado (RP:1,34; IC95%: 1,30 – 1,38). Dentre as variáveis de ajustes foram encontradas associações positivas para os adolescentes, do sexo feminino (RP:1,16; IC95%: 1,13 – 1,20), faixa etária (RP: 1,08; IC95%: 1,05 – 1,12), raça/cor preto/pardo/amarelo e indígena (RP: 1,20; IC95%: 1,17 – 1,24), trabalho remunerado (RP: 1,09; IC95%: 1,05– 1,14), defasagem escolar (RP: 1,07; IC95%: 1,02 – 1,12), menor nível de escolaridade materna (RP: 1,49; IC95%: 1,45 – 1,54), residente na região norte/nordeste (RP: 1,04; IC95%: 1,01 – 1,07), envolvimento em situação de violência nos últimos 12 meses (RP:1,06; IC95%:1,02 – 1,10), refere já ter iniciado a prática sexual (RP:1,20; IC95%:1,16 – 1,24). Os demais fatores reduzem a probabilidade do desenvolvimento das ações intersetoriais, como, uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (RP:0,94; IC95%:0,91

– 0,97), última relação sexual desprotegida (RP:0,85; IC95%:0,80 – 0,90), estado de saúde regular a muito ruim (RP:0,96; IC95%:0,93 – 0,99), e indiferente a muito insatisfeito com a imagem corporal (RP:0,83; IC95%:0,80 – 0,86) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Razão de prevalência (RP) multivariada através de modelos logísticos multiníveis para a associação entre o desenvolvimento de ações pelo PSE e o reconhecimento de uma FUC de APS. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

|  | Modelo Bruto<br>(FUC APS) |                      | Modelo Multivariado<br>(FUC APS) |                      |
|--|---------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
|  | RP                        | IC(95%)              | RP                               | IC(95%)              |
| <b>Ações do PSE</b>  | <b>1,46</b>               | <b>(1,42 - 1,49)</b> | <b>1,34</b>                      | <b>(1,30 - 1,38)</b> |
| <b>Sexo</b>  |                           |                      |                                  |                      |
| Feminino   |                           |                      | 1,16                             | (1,13 - 1,20)        |
| <b>Faixa etária</b>  |                           |                      |                                  |                      |
| 15 a 19 anos   |                           |                      | 1,08                             | (1,05 - 1,12)        |
| <b>Raça/cor</b>  |                           |                      |                                  |                      |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena                                   |                           |                      | 1,20                             | (1,17 - 1,24)        |
| <b>Trabalho remunerado</b>                                       |                           |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |                      | 1,09                             | (1,05 - 1,14)        |
| <b>Defasagem escolar</b>   |                           |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |                      | 1,07                             | (1,02 - 1,12)        |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                                       |                           |                      |                                  |                      |
| Até ensino médio incompleto                                      |                           |                      | 1,49                             | (1,45 - 1,54)        |
| <b>Região de residência</b>                                      |                           |                      |                                  |                      |
| Nordeste/Norte   |                           |                      | 1,03                             | (1,00 - 1,06)        |
| <b>Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias</b>        |                           |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |                      | 0,94                             | (0,91 - 0,97)        |
| <b>Se envolveu em situação de violência nos últimos 12 meses</b> |                           |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |                      | 1,06                             | (1,02 - 1,10)        |
| <b>Relação sexual</b>  |                           |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |                      | 1,20                             | (1,16 - 1,24)        |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>                        |                           |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |                      | 0,85                             | (0,80 - 0,90)        |
| <b>Considera o estado de saúde</b>                               |                           |                      |                                  |                      |
| Regular a muito ruim   |                           |                      | 0,96                             | (0,93 - 0,99)        |
| <b>Satisfação com a imagem corporal</b>                          |                           |                      |                                  |                      |
| Indiferente a Muito insatisfeito                                 |                           |                      | 0,83                             | (0,80 - 0,86)        |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

Quanto a análise de associação entre o reconhecimento de uma FUC de APS e o desenvolvimento das ações de saúde entre a escola e os serviços de APS, observou associações positivas com diferenças estatisticamente significantes para o modelo bruto (RP: 1,25; IC95%:

1,21 – 1,30) e para o modelo multivariado (RP:1,10; IC95%: 1,06 – 1,14). Verifica-se associações positivas para os adolescentes do sexo feminino (RP:1,14; IC95%: 1,10 – 1,19), faixa etária de 15 a 19 anos (RP:1,06; IC95%:1,01 – 1,12), raça/cor preto/pardo/amarelo e indígena (RP: 1,18; IC95%: 1,13 – 1,23), trabalho remunerado (RP: 1,09; IC95%: 1,03 – 1,16), escolaridade materna até ensino médio incompleto (RP: 1,32; IC95%: 1,27 – 1,38), ser estudante de escola pública (RP: 2,58; IC95%: 2,43 – 2,74), residir na região norte/nordeste (RP: 1,05; IC95%: 1,01 – 1,09), envolvimento em situação de violência nos últimos 12 meses (RP:1,06; IC95%: 1,01 – 1,11), já iniciou a prática sexual (RP: 1,13; IC95%: 1,07 – 1,19). Outras características reduzem a probabilidade do desenvolvimento das ações intersetoriais, como última relação sexual desprotegida (RP: 0,88; IC95%: 0,81 – 0,95), estado de saúde regular a muito ruim (RP: 0,93; IC95%: 0,89 – 0,98), e indiferente a muito insatisfeito com a imagem corporal (RP: 0,86; IC95%: 0,82 – 0,90) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Razão de prevalência (RP) multivariada através de modelos logísticos multiníveis para a associação entre ações intersetoriais desenvolvidas entre a Escola e os serviços de APS e o reconhecimento de uma FUC de APS. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

|  | Modelo Bruto<br>(FUC APS) |             |                      | Modelo Multivariado<br>(FUC APS) |                      |
|--|---------------------------|-------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
|  | N                         | RP          | IC(95%)              | RP                               | IC(95%)              |
| <b>Ações desenvolvidas entre a Escola e a UBS</b>                | <b>58.588</b>             | <b>1,25</b> | <b>(1,21 – 1,30)</b> | <b>1,10</b>                      | <b>(1,06 - 1,14)</b> |
| <b>Sexo</b>  |                           |             |                      |                                  |                      |
| Feminino   |                           |             |                      | 1,14                             | (1,10 - 1,19)        |
| <b>Faixa etária</b>  |                           |             |                      |                                  |                      |
| 15 a 19 anos   |                           |             |                      | 1,06                             | (1,01 - 1,12)        |
| <b>Raça/cor</b>  |                           |             |                      |                                  |                      |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena                                   |                           |             |                      | 1,18                             | (1,13 - 1,23)        |
| <b>Trabalho remunerado</b>                                       |                           |             |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |             |                      | 1,09                             | (1,03 - 1,16)        |
| <b>Defasagem escolar</b>   |                           |             |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |             |                      | 1,07                             | (1,00 - 1,14)        |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                                       |                           |             |                      |                                  |                      |
| Até ensino médio incompleto                                      |                           |             |                      | 1,32                             | (1,27 - 1,38)        |
| <b>Dependência administrativa da escola</b>                      |                           |             |                      |                                  |                      |
| Pública  |                           |             |                      | 2,58                             | (2,43 - 2,74)        |
| <b>Região de residência</b>                                      |                           |             |                      |                                  |                      |
| Nordeste/Norte   |                           |             |                      | 1,05                             | (1,01 - 1,09)        |
| <b>Uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias</b>        |                           |             |                      |                                  |                      |
| Sim  |                           |             |                      | 0,95                             | (0,91 – 1,00)        |
| <b>Se envolveu em situação de violência nos últimos 12 meses</b> |                           |             |                      |                                  |                      |

|   |      |               |
|---|------|---------------|
| Sim                                       | 1,06 | (1,01 - 1,11) |
| <b>Relação sexual</b>                     |      |               |
| Sim                                       | 1,13 | (1,07 - 1,19) |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b> |      |               |
| Sim                                       | 0,88 | (0,81 - 0,95) |
| <b>Considera o estado de saúde</b>        |      |               |
| Regular a muito ruim                      | 0,93 | (0,89 - 0,98) |
| <b>Satisfação com a imagem corporal</b>   |      |               |
| Indiferente a Muito insatisfeito          | 0,86 | (0,82 - 0,90) |

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015.

## 6.4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo ratificaram que estudantes brasileiros oriundos de instituições de ensino que desenvolveram ações intersetoriais entre os setores saúde e educação tiveram maior probabilidade de reconhecer um serviço de APS como sua fonte usual de cuidado. O estudo mostrou associações entre o reconhecimento da FUC APS e as ações intersetoriais em saúde, classificadas em conjunto, assim como quando analisadas separadamente (PSE e ações entre escolas e serviços de APS), sendo de maior magnitude com a variável ações do PSE.

Na literatura científica consultada não foram encontradas evidências de outras pesquisas que tenham proposto a investigação desta natureza para as ações intersetoriais, tampouco para avaliar sua relação com uma fonte usual de cuidado.

Dentre as estratégias de ações intersetoriais, destaca-se o PSE que busca contribuir no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde da criança e do adolescente estudante de escolas públicas (BRASIL, 2011a). No presente estudo observa-se uma probabilidade de 34% maior no reconhecimento da FUC APS entre os adolescentes estudantes de escolas que aderiram e implantaram ações do PSE, comparado aos que não desenvolvem ações do PSE. Este programa tem a finalidade de articular intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações de educação da rede pública, contribuindo com a construção de uma atenção social, com foco na construção da cidadania e respeito pelos direitos humanos, enfretamento das vulnerabilidades no campo da saúde e que comprometem o desenvolvimento escolar, além de promover a intercomunicação saúde e educação (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; PINTO; SILVA, 2020).

O PSE busca a integração das práticas no âmbito das escolas e das unidades de APS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), partindo da lógica do cuidado em saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016). O programa preconiza a avaliação clínica dos estudantes e ações de

promoção e prevenção de doenças e agravos, o aumento dessas ações do PSE desenvolvidas pelos profissionais das equipes da ESF, é fruto do desempenho do setor saúde dos municípios, através da melhoria do planejamento e articulação das ações de saúde juntos às escolas, com a perspectiva de diagnosticar os problemas e necessidades de saúde, (BRASIL, 2013a; SILVA *et al.*, 2021) favorecendo assim, o reconhecimento de uma FUC de APS e, conseqüentemente, o acesso do estudante na rede de atenção à saúde.

O componente voltado para as ações de promoção da saúde contempla ainda, a capacitação e debate de profissionais da educação, prevenção do uso de substâncias psicoativas, prática alimentar saudável e atividade física (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017a). Estas ações fazem parte do arcabouço de propostas da PNPS, que preconiza iniciativas que contemplem ações de promoção da saúde como temas prioritários (BRASIL, 2006). Para a definição de ações de caráter intersetoriais faz-se necessário, não apenas a organização de intervenções para uma visão ampliada do adolescente, mas é preciso considerar as especificidades, realidade locais e culturais. É preciso reconhecer o impacto dos determinantes sociais na vulnerabilidade social e no desenvolvimento escolar e social do indivíduo (SOUZA; PANÚNCIO-PINTO; FIORATI, 2019).

O modelo proposto pela OPAS das Escolas Promotoras de Saúde que baseou as ações de promoção na participação e construção coletiva, no empoderamento e autonomia dos sujeitos, busca reverter o caráter biomédico e assistencialista dos programas de saúde escolar, revendo o posicionamento e a prática do setor saúde no âmbito da educação, especialmente, na condução do planejamento das ações (OPAS, 1996). O envolvimento de forma efetiva da comunidade escolar para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde é um fator de extrema relevância para capacitar professores e facilitar o acesso aos serviços de saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016).

As ações intersetoriais pressupõem a multiplicidade de olhares sobre um problema, por meio de uma prática capaz de responder às necessidades de saúde de diferentes grupos populacionais, através da mobilização dos setores necessários, bem como, do envolvimento da população em todas as etapas de implantação das ações (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Nesse sentido, a intersetorialidade em saúde é produto de uma integração dos serviços, de diferentes setores e do setor saúde, estabelecendo uma proposta de cogestão para a melhoria das condições de vida de um determinado grupo populacional (CAVALCANTI; CORDEIRO, 2015). No Brasil, a intersetorialidade é desenvolvida por políticas sociais, a exemplo da saúde e educação, através de parcerias e colaborações para melhorias dos processos educacionais

(SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017), bem como, através de mudanças na implementação dos modelos de atenção e reorganização do sistema (ANDRADE, 2006), tendo as ações de promoção da saúde como mecanismo de atuação sobre os determinantes sociais (BUSS, 2000; ANDRADE, 2006).

Estudos que abordam a temática das ações intersetoriais, especialmente do PSE, têm destacado um alto investimento dos profissionais responsáveis pelo programa em ações de caráter clínico e psicossocial (MEDEIROS *et al.*, 2021; SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017; BRASIL, 2017; BRASIL, 2017a). Sendo relacionado a possíveis influências do modelo biomédico de atenção à saúde, que tem como perspectiva uma atenção individual, biologicista e fragmentada (MEDEIROS *et al.*, 2021; CARVALHO, 2015; PINTO; SILVA; ANDRADE, 2017). Apesar desta tendência nas ações conduzidas pelo PSE, vale destacar que mesmo as ações de caráter clínico podem subsidiar o desenvolvimento de ações que visem uma prevenção secundária, a exemplo de prevenção de problemas visuais e tratamento oportuno para as crianças e adolescentes (RÉGIS-ARANHA *et al.*, 2017).

Além de questões relacionadas a implementação das ações intersetoriais voltadas para o público em questão, é preciso considerar fatores econômicos e sociais que podem determinar as condições de vida e saúde destes adolescentes, bem como influenciar no reconhecimento de uma FUC APS. As desigualdades socioeconômicas e relativas a situações de risco foram associadas ao reconhecimento de uma FUC de APS, diferenças marcantes foram observadas para tipo de dependência administrativa, sendo uma prevalência em torno de 2,6 vezes maior entre estudantes de escolas públicas, onde houve desenvolvimento de ações intersetoriais em saúde entre os setores, saúde e educação.

Apesar de verificar uma alta prevalência de estudantes que estudam em escolas que desenvolvem ações intersetoriais, em torno de 72,8% (71.292) e de haver associação entre o desenvolvimento das ações intersetoriais de saúde e o reconhecimento da FUC APS, alguns fatores considerados como comportamentos de risco reduzem a probabilidade de reconhecerem os serviços de APS, o que pode ter uma relação com prejuízos no vínculo e confiança estabelecidos entre os adolescentes e os profissionais da FUC APS. Corroborando com estes achados, a literatura destaca a baixa articulação entre os referidos setores, além da indisponibilidade ou despreparo dos profissionais da APS para trabalhar de forma acolhedora e resolutiva com este público (BRASIL *et al.*, 2017). Além disso, verifica-se uma escassez de ações voltadas para a avaliação do componente psicossocial, bem como, de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (MEDEIROS *et al.*, 2021).

Estudo da literatura identifica elevadas taxas de adolescentes que procuram por atendimento em serviços de atenção psicossocial devido a ocorrência de transtornos mentais e por uso de substâncias psicoativas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018), esta demanda pode estar relacionada a um baixo investimento no desenvolvimento de ações no âmbito da APS que consideram os determinantes da saúde deste grupo populacional, além de relações superficiais que não favorecem o estabelecimento de vínculo. Enquanto que, um estudo qualitativo com propostas de promoção da saúde para adolescentes acerca de temáticas, como sexualidade e prevenção de IST, destaca a promoção de escuta ativa sobre necessidade e expectativas dos jovens, além da formação de vínculo e confiança, foram considerados como objetivos da intervenção (BRASIL *et al.*, 2017).

Conforme a proposta do PSE, o componente de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, possibilita o desenvolvimento de diferentes tipos de ações, de caráter intersetorial, o qual propõe condições educativas importantes para adolescentes, através de metodologias participativas de aprendizagem, além de assegurar o compartilhamento de conhecimentos e o desenvolvimento de escolhas mais positivas para saúde, favorecendo assim, o protagonismo dos estudantes para o autocuidado (BRASIL, 2013). Vale destacar que a execução dessas atividades deve ser planejada e implementada por profissionais das equipes da APS e da educação (BRASIL, 2015).

Embora as ações de promoção de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de IST tenham sido identificadas como as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos mais prevalentes, (MEDEIROS *et al.*, 2021; DIAS *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2015), diversos estudos têm demonstrado a persistência de problemas relacionados a uma prática sexual em condição de vulnerabilidade pelo público adolescente (OPAS, 2017; LINS; MOURA; BARREIRA, 2019; FIOCRUZ, 2017).

O presente estudo identificou que o adolescente que já iniciou a prática sexual apresenta associação positiva para o reconhecimento da FUC APS, especialmente quando observados os adolescentes que estudam em escolas que realizam ações do PSE. Entretanto, o adolescente que apresenta a prática sexual desprotegida há manutenção da diferença estatisticamente significativa, mas a associação é negativa. Estes achados são semelhantes a um estudo desenvolvido com adolescentes que identificou que a prática sexual ativa é um fator associado ao reconhecimento de uma FUC (MCKEE; FLETCHER, 2006). Evidências demonstram que a escola ocupa um espaço de grande relevância na influência do comportamento sexual dos adolescentes (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014), uma vez que estudantes que têm à disposição

programas sobre saúde sexual e reprodutiva está associado à iniciação sexual mais tardia e a prática sexual protegida (MARKHAM; AYEARD, 2003; VOISIN *et al.*, 2005).

O estado de saúde regular a muito ruim e a insatisfação com imagem corporal foram fatores associados negativamente ao reconhecimento da FUC APS. Estes achados estão em consonância a evidências de um estudo desenvolvidos com adolescentes que demonstrou que o estado de saúde bom ou excelente foi considerado com um fator que favorece o reconhecimento de uma FUC (KLEIN *et al.*, 1999).

Os adolescentes que residem em regiões com consideráveis desigualdades econômicas e sociais, estão mais susceptíveis as vulnerabilidades em saúde (SILVA *et al.*, 2021). Esse panorama demonstra a necessidade de estudos com essa parcela da população, buscando traçar medidas de intervenção para modificar a realidade. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem reforçado iniciativas com o propósito de sensibilizar os serviços de saúde para acolher e atender os adolescentes de forma adequada, considerando as necessidades e implementando políticas públicas que sejam compartilhadas de forma intersetorial, entre a escola e os serviços de saúde (HOOPEES *et al.*, 2016).

No cenário internacional, especialmente, em países em que os adolescentes estão inseridos em contextos de maior conflito, seja por violência ou por questões humanitárias, a avaliação de programas direcionados para este público, apontam que estas iniciativas proporcionam acesso à saúde, meios de geração de renda e lazer. Este tipo de investigação sobre os resultados destes programas é de grande relevância para o rompimento das iniquidades (GLASS; REMY; MAYO-WILSON, 2020). No presente estudo verifica-se que os adolescentes com características mais vulneráveis, como raça/cor preta/parda/amarela ou indígena, baixa escolaridade materna, defasagem escolar, trabalho remunerado apresentam uma maior probabilidade de reconhecerem a APS como sua FUC. Estudos desenvolvidos com populações adultas identificaram fatores semelhantes associados ao reconhecimento da APS como FUC, como; pardos ou indígenas (ARNETT *et al.*, 2016; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016) e menor nível de escolaridade (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016), além de resultados discordantes para raça/cor branca (ARNETT *et al.*, 2016; HALL *et al.*, 2015) e desempregada (HALL *et al.*, 2015).

Assim como apontado por Costa *et al.*, (2015), a atenção à saúde do adolescente ainda apresenta muitos desafios a serem enfrentados, há evidências de dificuldades enfrentadas por este público, como a ausência de uma escuta qualificada, ações de promoção que o apoiem no desenvolvimento de relações sociais seguras e hábitos de vida saudáveis, bem como, a desarticulação dos setores educação e saúde.



Em face da discussão ora apresentada, vale ponderar algumas limitações para a interpretação dos achados. A princípio uma das limitações do estudo deve-se ao desenho de corte transversal, não podendo ser estabelecida relação causal entre as ações intersetoriais e o reconhecimento da FUC APS, devendo os resultados serem interpretados com cautela. Além disso, é importante considerar a definição da variável dependente - FUC APS – que considerou como pergunta do inquérito, o serviço de saúde que utilizou com mais frequência, não sendo possível avaliar a diferenças entre ter uma FUC, serviço de saúde, ou o mesmo médico/profissional de saúde que atua naquele serviço. Por fim, é importante considerar o tipo de coleta de dados, por meio do autorrelato, o que pode representar uma superestimação dos dados reais do reconhecimento de uma FUC. Essas lacunas podem ser exploradas em pesquisas de outras abordagens metodológicas.

Apesar das limitações, o estudo apresenta potencialidades, devido a escassez de estudos sobre a temática e da abordagem quantitativa, o que o distingue da maioria das investigações nacionais com adolescentes, temos sua natureza de inquérito escolar com a possibilidade de levantamento dos fatores que estão associados ao reconhecimento de uma fonte de cuidados e de ações intersetoriais entre saúde e educação para uma amostra representativa dos adolescentes do território nacional.

## **6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo observou que a maioria das escolas têm desenvolvido ações intersetoriais, seja através do PSE ou de outras relações entre os serviços de saúde da APS e educação, sendo que a maior procura dos serviços de saúde da APS estão relacionadas ao acesso às ações do PSE. Neste contexto, apesar dos desafios apresentados pelos estudos da literatura, este estudo demonstrou resultados promissores na articulação entre os setores saúde e educação, na perspectiva de uma prática que se configura intersetorial, para a implementação das ações de prevenção e de promoção da saúde ao adolescente na escola.

Faz-se necessário o fortalecimento das ações intersetoriais através do PSE, como uma importante política pública, com estratégias que promova o protagonismo destes sujeitos adolescentes no cuidado à saúde. Portanto, as ações compartilhadas entre educação e saúde precisam ser planejadas como uma prática inovadora e integrada, com implementação através de uma equipe multidisciplinar, com atuação interdependente, considerando os determinantes sociais dos indivíduos. Desse modo, a ação intersetorial precisa ser organizada e incluída na prática dos profissionais, possibilitando assim, a construção de saberes dialógicos e contextuais,

além da interação e construção de vínculo entre adolescentes/profissionais/instituições-serviços.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

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.

ARNETT, M. J.; THORPE, R. J., JR.; GASKIN, D. J.; BOWIE, J. V. LAVEIST, T. A. Race, Medical Mistrust, and Segregation in Primary Care as Usual Source of Care: Findings from the Exploring Health Disparities in Integrated Communities Study. **J Urban Health**, 93, n. 3, p. 456-467, 2016.

AZEVEDO, E. de.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**; v. 22, n. 4, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a;

BRASIL. **Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. *Diário Oficial da União* 2013; 5 ago.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL, E. G. M. et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev Esc Enferm USP*; v. 51:e03276, 2017.

BUSS P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Cien Saude Colet**; v.5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALIARI, R. V.; RICARDI, L. M. Demandas de saúde dos jovens brasileiros: perfil e manifestações da população de 15 a 29 anos à Ouvidoria-Geral do SUS (2014-2018). *Saúde em debate*. 2022.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**. v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015.

CAMPOS, G. V.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. D. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Rev C S Col**. v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CANTHARINO, I. R. G. **Ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da família em um município da Bahia**. 2013. 76f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2013.

CARPENTER, W. R. et al. Racial differences in trust and regular source of patient care and the implications for prostate cancer screening use. **Cancer**. v.115, p. 5048–59, 2009.

CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO, J. C. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Rev Bras Med Fam Comunidade**; v. 10, n. 37, p. 1-91, 2015.

CONCEIÇÃO, D. S. et al. Attendance of children and adolescents with psychoactive substance use disorders performed by Psychosocial Care Centers in Brazil, 2008-2012. **Epidemiol Serv Saúde**; v. 27, n. 2, e2017206, 2018.

COSTA, R. F. et al. Adolescent support networks in a health care context: the interface between health, family and education. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. 5, p. 741-7, 2015.

DIAS, M. S. de A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.

DIAS, M. A. S. et al. Inter-professional collaboration in the 'Health and Prevention in Schools' Project. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 21, n. 6, p. 1789-98, 2016.

DIAS, M. S. de A. et al. The National Health Promotion Policy: an evaluability assessment in a health region in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 23, n. 1, p. 103-14, 2018.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **Int J Equity Health**, 15, n. 1, p. 151, Nov 17 2016.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulg. Saúde para Debate**, n.22, p.25-35, 2000.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**; v. 22, n. 11, 2006.

FIGUEIREDO, T. A. M. de.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. de. A saúde na Escola: um breve histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira – III LNUD** [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, 528p.

GLASS, N.; REMY, MM, MAYO-WILSON LJ. Comparative effectiveness of an economic empowerment program on adolescent economic assets, education and health in a humanitarian setting. **BMC Public Health**; v. 20, n. 1, p.170, 2020.

HALL, K. S.; PATTON, E. W.; CRISSMAN, H. P.; ZOCHOWSKI, M. K. DALTON, V. K. A population-based study of US women's preferred versus usual sources of reproductive health care. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 213, n. 3, p. 352.e351-352.e314, 2015.

HOOPEES, A. J. et al. Measuring adolescent friendly health services in India: a scoping review of evaluations. **Reprod Health**; v.13, n. 137, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Nota metodológica nº 02**. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015, Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**; n. 22, p. 102-110, 2011.

JACOB, L. M. da S.; MELO, M. C. de. SENA, R. M. de C. Ações educativas para promoção da saúde na escola: revisão integrativa. **Saúde e Pesquisa**. v. 12, n. 2, p.419-426, 2019.

KLEIN, J. D.; WILSON, K. M.; MCNULTY, M.; KAPPAHAIN, C. COLLINS, K. S. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. **Journal of Adolescent Health**, 25, n. 2, p. 120-130, 1999.

LINS, A. L.; MOURA, R.; BARREIRA, C. **Centro de Estudos de Segurança e Cidadania. Rede de Observatórios da Segurança. Ceará: Denúncias de tortura nas prisões, ataque nas ruas, homicídios em queda**. In: Retratos da Violência: cinco meses de monitoramento, análises e descobertas (junho a outubro de 2019). Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Segurança e Cidadania; 2019. p.20-24.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 18, n. 4, 2013.

- MCKEE, M. D.; FLETCHER, J. Primary care for urban adolescent girls from ethnically diverse populations: Foregone care and access to confidential care. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 17, n. 4, p. 759-774, Nov 2006.
- MARKHAM WA, AYEARD P. A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organization and practice pedagogic. **Soc Sci Med**; v. 56, n. 6, p. 1209-20, 2003.
- MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 1, Jan, 2019.
- MEDEIROS, E. R. de et al. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. **Av Enferm.**; v. 39, n. 2, p. 167-177, 2021.
- MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Cien Saude Colet**; v. 15, n. 1, p. 1827-1834, 2010.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.** v. 17, suppl 1, 2014.
- OLIVEIRA, M. M. de. et al. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 605-616, 2017.
- OPAS. Organización Panamericana de Salud. **Memoria de la primera reunión y asamblea constitutiva red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud**. San Jose: OPAS; 1996.
- OPAS. Pan American Health Organization, United Nations Population Fund and United Nations Children’s Fund. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO; 2017.
- PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária a saúde: revisão integrativa]. **Rev Eletr Enferm [Internet]**. v. 17, n. 4, 2015.
- PINTO, M. B.; SILVA, K. L. Promoção da saúde na escola: discursos, representações e abordagens. **Rev Bras Enferm**; v. 73, n. 3:e20180774, 2020.
- PINTO, M. B.; SILVA, K. L.; ANDRADE, L. D. F. School and community relationship in the perspective of Health Promotion. **Int Arch Med.**; v. 10, n. 145, p. 1-10, 2017.
- POTVIN L. Intersectoral action for health: more research is needed!. **Int J Public Health**; v. 57, n. 1, p. 5-6, 2012.
- PRADO, N. M. de B. L. et al. Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 593-602, 2022.
- RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chisquared tests for goodness of fit and Independence in two-way tables. **J Am Stat Assoc**, v. 76, p. 221-30, 1981.

- RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. **Ann Stat**, v. 12, p. 46-60, 1984.
- RÉGIS-ARANHA, L. de A. et al. Visual acuity and academic performance of students in a Brazilian Amazon municipality. **Esc Anna Nery**. v. 21, n. 2:e20170032, 2017.
- SILVA, C. dos S.; BODSTEIN, R. C. de A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016.
- SILVA, M. R. I. da et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 475-486, 2019.
- SILVA, A. de A. et al. Ações de promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Ceará: contribuições da enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 74, n. 1, p. e20190769, 2021.
- SMITH, P. J. et al. The association between having a medical home and vaccination coverage among children eligible for the vaccines for children program. **Pediatrics**. v. 116, p.130–9, 2005.
- SOUZA, L. B. de.; PANÚNCIO-PINTO, M. P.; FIORATI, R. C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup**; v. 27, n. 2, 2019.
- SOUSA, M. C. de.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 6, p. 1781-1790, 2017.
- SOUZA, N. P. et al. The School Health Program and actions of food and nutrition: na exploratory analysis. **Rev APS [Internet]**; v. 18, n. 3, p. 360-7, 2015.
- STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: **Oxford University Press**; 1998.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília; UNESCO; 2002.
- SUNG, N. J.; LEE, J.H. Association between Types of Usual Source of Care and User Perception of Overall Health Care Service Quality in Korea. **Korean J Fam Med**. May; v. 40, n. 3, p. 143-150, 2019.
- VOISIN, D. R. et al. Teacher connectedness and health-related outcomes among detained adolescents. **J Adolesc Health**; v. 37, n. 4, p. 337, 2005.
- WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Cien Saude Colet**; v. 11, n. 1, p. 145- 154, 2006.

## 7 ARTIGO 4 - FONTE USUAL DE CUIDADO E O ACESSO DE ADOLESCENTES BRASILEIROS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### RESUMO

**Introdução:** O acesso aos serviços de saúde é um indicador que tem uma forte relação com a dimensão de qualidade e o reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidado (FUC). **Objetivo:** Analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de Atenção Primária à Saúde (APS) e o acesso aos serviços de APS, entre adolescentes brasileiros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, a partir de um inquérito escolar da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizado com 68.968 adolescentes brasileiros, por meio de uma amostragem por conglomerados. Variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamentos de risco e de saúde foram utilizadas para a descrição da população, segundo acesso aos serviços de APS. A associação entre acesso aos serviços de APS e o reconhecimento da FUC APS, e estratificada por sexo, foram estimadas por meio da razão de prevalência (RP), com uso do modelo de regressão logística multinível através do Stata 14. **Resultados:** Dos adolescentes que procuraram os serviços de APS, 74,6% referiram acesso, sendo a maior proporção para o sexo feminino (79,3%). Na análise multivariada, entre o reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS observa-se associação positiva (RP: 1,25; IC95%: 1,24 – 1,26), e na estratificado por sexo, observou-se associações positivas para ambos os sexos, (RP: 1,30; IC95%: 1,28 – 1,31) para o sexo masculino e (RP: 1,21; IC95%: 1,20 – 1,23) para o sexo feminino. **Considerações finais:** Esta pesquisa evidenciou que a grande maioria dos adolescentes brasileiros que tem a APS como sua FUC conseguiram acessar os serviços de atenção primária, apesar de que, a falta de acesso foram mais frequentes entre os mais vulneráveis economicamente e devido a comportamentos de risco, indicando iniquidades potencialmente evitáveis por meio de uma APS mais efetiva, acolhedora e longitudinal.

**Descritores:** Acesso aos serviços de saúde; Fonte Usual de Cuidados; Adolescente; Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** Access to health services is an indicator that has a strong relationship with the quality dimension and the recognition of a Usual Source of Care (FUC). **Objective:** To analyze the association between the recognition of a usual source of Primary Health Care (PHC) care and access to PHC services among Brazilian adolescents. **Methodology:** This is a cross-sectional study, based on a school survey of the National School Health Survey carried out with 68,968 Brazilian adolescents, through cluster sampling. Demographic, socioeconomic, risk behavior and health variables were used to describe the population, according to access to PHC services. The association between access to PHC services and recognition of FUC APS, and stratified by sex, were estimated using the prevalence ratio (PR), using the multilevel logistic regression model through Stata 14. **Results:** Of the adolescents who sought PHC services, 74.6% reported access, with the highest proportion being female (79.3%). In the multivariate analysis, between the recognition of a FUC APS and access to PHC services, a positive association was observed (PR: 1.25; 95%CI: 1.24 – 1.26), and in the stratified by sex, it was observed that positive associations were found for both sexes, (PR: 1.30; 95%CI: 1.28 – 1.31) for males and (PR: 1.21; 95%CI: 1.20 – 1.23) for the female sex. **Final considerations:** This research showed that the vast majority of Brazilian adolescents who have PHC as their FUC managed to access primary care services, although the lack of access was more frequent among

the most economically vulnerable and due to risk behaviors , indicating potentially avoidable inequities through a more effective, welcoming and longitudinal PHC.

**Descriptors:** Access to health services; Usual Source of Care; Adolescent; Primary Health Care.

## 7.1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde pode ser expresso pelas características da oferta de serviços que facilitam ou obstruem a capacidade de sua utilização por potenciais usuários e de responder às necessidades de saúde da população (TRAVASSOS; CASTRO, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). O acesso aos serviços de saúde é um conceito complexo e multidimensional (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), e está intimamente relacionado a quatro elementos que envolvem o serviço e o indivíduo, como a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (GIOVANELLA, FLEURY, 1995).

O acesso aos serviços de saúde é um indicador que tem uma forte relação com a dimensão de qualidade e o reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidado (FUC) (STARFIELD, 2002; ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004). E visa mensurar a adequação dos serviços, a oportunidade dos cuidados ofertados e as barreiras que possam dificultar o uso dos serviços pelos usuários (PINHEIRO *et al.*, 2002). Tem-se demonstrado, desde longa data, que os indivíduos que dispõem de uma FUC diminuem os custos das internações hospitalares, facilita o acesso oportuno a atenção médica, proporciona o acesso às ações de prevenção e promoção da saúde, além de favorecer cuidados mais equitativos para indivíduos e populações (DAMIANO *et al.*, 2006; BARTAMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; STARFIELD; SHI, 2004).

No que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso está relacionado as inúmeras possibilidades de o indivíduo adentrar a estes serviços, as quais estariam relacionadas a fatores, geográfico, sócio-organizacional, cultural e financeiro (STARFIELD, 2002; VIEIRA – DA – SILVA, 2014). Dentre os atributos da APS, destaca-se o primeiro contato, tendo como um requisito para cumprir este atributo e proporcionar a longitudinalidade do cuidado é que o serviço de APS se constitua como FUC (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Com relação ao acesso dos adolescentes aos serviços de APS, a literatura destaca que a busca se dá de forma espontânea ou por meio de encaminhamentos da rede de atenção à saúde, assistência social ou pelas escolas, e têm como demanda principal a busca por ações pontuais comuns aos demais usuários da APS, a exemplo de uma consulta clínica de rotina (SILVA; MATSUKURA; FERIGATO; CID, 2019). As necessidades mais frequentes apresentadas pelos



adolescentes referem-se, majoritariamente, aos cuidados ginecológicos, situações de vulnerabilidade, como gravidez na adolescência, consumo de álcool e outras drogas, por vezes é identificado que a busca pelos serviços de APS ocorre com a presença de problemas específicos, parecendo haver uma baixa adesão dos adolescentes para às ações promoção e prevenção (BARROS *et al.*, 2021; SILVA; MATSUKURA; FERIGATO; CID, 2019).

Os adolescentes enfrentam dificuldades na atenção à saúde que estão muitas vezes relacionadas ao processo de trabalho dos serviços prestadores de cuidados, devido à escassez de recursos e necessidade de formação profissional capaz de atender as demandas específicas desta população (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017; HIGARASHI *et al.*, 2011; LEITE *et al.*, 2016). Cabe ressaltar ainda a importância do estabelecimento de uma relação de vínculo e confiança, para que o adolescente possa se expressar sem ser julgado, além de possibilitar que o profissional conheça as particularidades e demandas de cada sujeito, melhorando a assistência e adesão aos cuidados de saúde (SILVA; ENGSTROM, 2020; (HIGARASHI *et al.*, 2011; BRASIL *et al.*, 2016).

Alguns estudos destacam diferenças de acesso aos serviços de saúde segundo o sexo, sendo maior para as mulheres em função do maior cuidado em relação à sua saúde, e eventos relacionados às questões sexuais e da maternidade (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2002), além disso, as mulheres têm uma maior frequência de autoavaliação do estado de saúde menos positiva (SETTERTOBULTE; KOLIP, 1997; PINHEIRO *et al.*, 2002).

Apesar da relevância, a relação da saúde do adolescente e o reconhecimento de um serviço como FUC ainda é pouco investigada no Brasil. Estudo que aborda esta temática torna-se oportuno para orientar as ações de saúde que atendam às necessidades deste grupo etário, além de compreender os fatores que possam favorecer uma atenção continuada e um melhor acesso aos serviços de APS frente as demandas dos adolescentes, bem como os fatores determinantes e os benefícios do reconhecimento de uma FUC por este grupo populacional. Desse modo, torna-se importante conhecer a relação dos adolescentes com os serviços de saúde no intuito de identificar os fatores individuais e contextuais que estão relacionados ao reconhecimento da APS como sua FUC e que favorecem o acesso a estes serviços, de modo a contribuir para a elaboração de políticas públicas de saúde e à adoção de medidas de promoção e prevenção. Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS, entre adolescentes brasileiros.

## 7.2 METODOLOGIA

Estudo transversal utilizando dados da PeNSE de 2015, um inquérito realizado com escolares do 9º ano (antiga 8ª série) do Ensino Fundamental, devidamente matriculados no ano letivo de 2015, de escolas públicas e privadas situadas em todo o território nacional (IBGE, 2020).

A Pense é um inquérito periódico, sendo essa a terceira edição da pesquisa (as anteriores aconteceram em 2009 e 2012), tendo sido realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e da Educação, com dados disponíveis no site do IBGE e de domínio público (IBGE, 2020).

A amostragem deste inquérito foi dimensionada com a perspectiva de estimar os parâmetros para cada uma das 26 capitais e o Distrito Federal, sendo o conjunto destas capitais os estratos, formados pelas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste), além dos demais municípios de cada região. Para representar o interior do Brasil, alguns municípios, fora as capitais, foram agrupados em um estrato, para cada um dos Estados, totalizando 26 estratos. Para municípios, capitais e Distrito Federal as escolas representaram as unidades primárias de amostragem, e as turmas, as unidades secundárias de amostragem, sendo os alunos a amostra em cada estrato (BRASIL, 2016).

Para a composição da amostra final deste inquérito escolar participaram um total de 102.072 estudantes brasileiros. Todos os alunos das turmas amostradas foram convidados a responder ao questionário da pesquisa. Para o presente estudo considerou-se os adolescentes que referiram ter procurando os serviços de APS nos últimos 12 meses, sendo excluídos 33.104 adolescentes, resultando em uma amostra de 68.968 adolescentes, em 3.040 escolas e 203 estratos de alocação. A coleta dos dados foi realizada no período entre abril e setembro de 2015, por meio de smartphones, nos quais foi inserido o questionário autoaplicável. Mais detalhes sobre o processo de amostragem e sobre os temas investigados podem ser obtidos na publicação da PeNSE 2015 (BRASIL, 2016).

No presente estudo, as seguintes variáveis foram utilizadas para compreender a associação entre o reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS por adolescentes brasileiros.

Considerou-se como variável dependente do presente trabalho uma *proxy* de acesso aos serviços de APS, a variável foi operacionalizada a partir da seguinte questão da PeNSE: “Você foi atendido na última vez que procurou alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF), nestes últimos 12 meses?” (Não, Sim).

A variável independente principal foi o reconhecimento de uma FUC APS, definida a partir de duas perguntas: 1) “Nos últimos 12 meses você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” e 2) “Nos últimos 12 meses, qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência?”. Foi considerado como ter uma FUC APS nos casos em que o indivíduo respondeu afirmativamente a primeira pergunta e referiu a APS como o tipo de serviço que procurou com mais frequência (Não, Sim).

As seguintes variáveis foram incluídas nas análises como possíveis confundidores:

- *Aspectos sociodemográficos e econômicos*: Faixa etária ( $\leq 14$  anos, 15 a 19 anos); Raça/cor (Preto, Pardo, Amarelo e Indígena, Branco); Trabalho remunerado (Não, Sim); Defasagem Escolar (Não, Sim); Escolaridade materna (Até o ensino médio incompleto, Ensino médio completo ao superior completo); Dependência Administrativa da Escola (Privada, Pública).
- *Hábitos comportamentais e Condições de saúde*: Uso de substâncias psicoativas – definido como o uso de tabaco, drogas ilícitas ou bebida alcoólica nos últimos 30 dias (Não; Sim – ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos 30 dias, ter usado drogas ilícitas pelo menos um dia nos últimos 30 dias, ter consumido pelo menos um copo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias); Relação Sexual (Não, Sim); Última relação sexual desprotegida (Não, Sim); Envolvimento em situação de violência – o qual considerou a exposição a violência física ou sexual no últimos 12 meses (Não, Sim); Autopercepção de saúde (Regular/Ruim/Muito ruim, Bom/Muito bom); Satisfação da Imagem Corporal (Indiferente/insatisfeito/muito insatisfeito, Satisfeito/Muito satisfeito).

Para análise do motivo da procura pelos serviços da APS, considerou-se: Qual foi o principal motivo da sua procura na UBS/ESF nesta última vez? Tendo como possíveis categorias de análises: Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde: (Apoio para controle de peso (ganhar ou perder); Vacinação; Consulta para métodos contraceptivos (preservativos, pílula, DIU etc); Apoio para parar de fumar; Pré-natal / Teste para gravidez; Teste para HIV, Sífilis ou Hepatite B) e Ações curativas: (Acidente ou lesão; Reabilitação ou terapia; Doença; Problema odontológico; Buscar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte).

Inicialmente, foi realizada a descrição da amostra segundo características demográficas, socioeconômicas, hábitos comportamentais e condições de saúde segundo a variável dependente, estas análises foram mensuradas pelo teste  $\chi^2$  de Pearson. Além disso, foi realizada uma análise descritiva entre FUC e as variáveis independentes, estratificada por sexo, bem

como uma análise entre os motivos da procura dos serviços de APS e as covariáveis. Essas análises bivariadas foram calculadas através do teste  $\chi^2$  de Pearson, com correção de Rao-Scott de segunda ordem para o desenho amostral (RAO; SCOTT, 1981; RAO; SCOTT, 1984), sendo considerado a estrutura de conglomerados dos dados. A análise foi realizada com base no comando `svy: tabulate` do software Stata 14.0 (<https://www.stata.com>). Para todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância.

Considerado as questões teóricas da literatura sobre a temática, optou-se por realizar análises estratificadas por sexo, sendo realizado uma análise descritiva com apresentação de dados absolutos e relativos através do teste  $\chi^2$  de Pearson. Para todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância.

A magnitude da associação entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento da FUC APS foi estimada através da razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), por meio de um modelo de regressão logístico multinível. Foram realizadas análises, bruta e multivariadas, além de uma análise multivariada, estratificada por sexo.

Para definição da modelagem multivariada, inicialmente foi realizado teste diagnóstico, como análise de colinearidade, e avaliação dos modelos a partir dos critérios de Informações bayesiana de Akaike e Schwarz. Diante dos resultados encontrados, no qual não houve diferenças significativas nas medidas pontuais e de intervalos de confiança, optou-se por considerar como variáveis de ajustes, apenas aquelas que apresentaram diferenças estatisticamente significantes a um nível de 5% de significância na análise descritiva.

O cálculo das RP foi estimado através do modelo de regressão logística multinível, por meio do uso do pacote `adjrr` do software Stata 14. Todas as análises foram realizadas usando Stata versão 14, com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa.

Este estudo por tratar de dados de domínio público (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-desau-de-do-escolar.html?=&t=microdados>) não foi necessário a submissão para apreciação de um comitê de ética. A PeNSE 2015 foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer CONEP no 1.006.467, de 30 de março de 2015.

### 7.3 RESULTADOS

Entre os adolescentes que participaram da PENSE (2015), 68.968 (67,6%) referiram ter procurado um serviço de APS nos últimos 12 meses da entrevista, e destes 51.463 (74,6%) referiram que tiveram acesso a estes serviços. Maiores proporções de adolescentes que tiveram relação tiveram acesso aos serviços de APS foram observadas entre os indivíduos do sexo feminino (79,3%), faixa etária de 11 a 14 anos (78,2%), raça/cor branco (77,2%), que não tinham trabalho remunerado (76,0%), não apresentavam defasagem escolar (76,6%), tinham mães com escolaridade com ensino médio a superior completo (78,6%), nunca tinham praticado relação sexual (76,9%), não tiveram a última prática sexual desprotegida (76,2%), e estado de saúde bom ou muito bom (76,1%). As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significantes a um valor de p de 5% (tabela 1).

**Tabela 1.** Prevalência do acesso aos serviços de APS segundo características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

|   | Acesso aos serviços de APS |         |            |
|---|----------------------------|---------|------------|
|   | N                          | Sim (%) | Valor de p |
| Total                                       | 68.968                     | 74,6    |            |
| <b>Sexo</b>                                 |                            |         | 0,00       |
| Masculino                                   | 33.235                     | 71,6    |            |
| Feminino                                    | 35.733                     | 79,3    |            |
| <b>Faixa etária</b>                         |                            |         | 0,00       |
| 11 a 14 anos                                | 45.421                     | 78,2    |            |
| 15 a 19 anos                                | 23.547                     | 69,9    |            |
| <b>Raça/cor</b>                             |                            |         | 0,00       |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena              | 47.338                     | 74,7    |            |
| Branco                                      | 21.572                     | 77,2    |            |
| <b>Trabalho remunerado</b>                  |                            |         | 0,00       |
| Não   | 59.961                     | 76,0    |            |
| Sim   | 8.966                      | 72,8    |            |
| <b>Defasagem escolar</b>                    |                            |         | 0,00       |
| Não   | 59.793                     | 76,6    |            |
| Sim   | 9.162                      | 68,0    |            |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                  |                            |         | 0,00       |
| Até ensino médio incompleto                 | 26.433                     | 75,6    |            |
| Do ensino médio ao superior completo        | 25.677                     | 78,6    |            |
| <b>Dependência administrativa da escola</b> |                            |         | 0,38       |
| Privada                                     | 11.266                     | 76,3    |            |
| Pública                                     | 57.702                     | 75,5    |            |
| <b>Relação sexual</b>                       |                            |         | 0,00       |

|   |        |      |      |
|---|--------|------|------|
| Não   | 48.639 | 76,9 |      |
| Sim   | 20.204 | 72,2 |      |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>     |        |      | 0,00 |
| Não   | 62.400 | 76,2 |      |
| Sim   | 5.861  | 69,8 |      |
| <b>Uso de substâncias psicoativas</b>         |        |      | 0,59 |
| Não   | 52.118 | 75,7 |      |
| Sim   | 16.759 | 75,3 |      |
| <b>Envolvimento com situação de violência</b> |        |      | 0,81 |
| Não   | 54.726 | 75,6 |      |
| Sim   | 13.993 | 75,5 |      |
| <b>Autopercepção de saúde</b>                 |        |      | 0,00 |
| Regular a muito ruim                          | 19.453 | 74,1 |      |
| Bom/Muito bom                                 | 49.436 | 76,1 |      |
| <b>Satisfação da imagem corporal</b>          |        |      | 0,63 |
| Indiferente a Muito insatisfeito              | 11.464 | 75,8 |      |
| Satisfeito                                    | 50.415 | 75,4 |      |

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

Na análise de prevalência do acesso aos serviços de APS, segundo sexo, observou-se diferenças estatisticamente significantes para ambos os sexos, para as seguintes variáveis: faixa etária, raça/cor, defasagem escolar, escolaridade materna, e autopercepção de saúde. Dentre as demais variáveis, apenas trabalho remunerado e uso de substâncias psicoativas apresentaram diferenças estatisticamente significantes para os adolescentes do sexo masculino (Tabela 2).

**Tabela 2.** Prevalência do acesso aos serviços de APS segundo características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, estratificada por sexo. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

|                                | <b>Acesso aos serviços de APS</b> |                   |                 |                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
|                                | <b>Masculino</b>                  |                   | <b>Feminino</b> |                   |
|                                | <b>Sim (%)</b>                    | <b>Valor de p</b> | <b>Sim (%)</b>  | <b>Valor de p</b> |
| <b>Faixa etária</b>            |                                   | 0,00              |                 | 0,00              |
| 11 a 14 anos                   | 74,5                              |                   | 81,3            |                   |
| 15 a 19 anos                   | 66,5                              |                   | 74,2            |                   |
| <b>Raça/cor</b>                |                                   | 0,00              |                 | 0,01              |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena | 70,4                              |                   | 78,6            |                   |
| Branco                         | 73,7                              |                   | 80,8            |                   |
| <b>Trabalho remunerado</b>     |                                   | 0,01              |                 | 0,93              |
| Não                            | 72,1                              |                   | 79,3            |                   |
| Sim                            | 69,3                              |                   | 79,5            |                   |
| <b>Defasagem escolar</b>       |                                   | 0,00              |                 | 0,00              |

|   |      |      |      |
|---|------|------|------|
| Não   | 72,8 | 80,0 |      |
| Sim   | 64,1 | 73,1 |      |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                    |      |      | 0,00 |
| Até ensino médio incompleto                   | 71,4 | 79,1 |      |
| Do ensino médio ao superior completo          | 75,3 | 81,8 |      |
| <b>Dependência administrativa da escola</b>   |      |      | 0,31 |
| Privada                                       | 72,8 | 79,7 |      |
| Pública                                       | 71,4 | 79,3 |      |
| <b>Relação sexual</b>                         |      |      | 0,00 |
| Não   | 73,4 | 79,6 |      |
| Sim   | 68,5 | 78,4 |      |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>     |      |      | 0,00 |
| Não   | 72,4 | 79,5 |      |
| Sim   | 64,6 | 77,4 |      |
| <b>Uso de substâncias psicoativas</b>         |      |      | 0,05 |
| Não   | 72,1 | 79,2 |      |
| Sim   | 70,0 | 79,9 |      |
| <b>Envolvimento com situação de violência</b> |      |      | 0,17 |
| Não   | 71,3 | 79,7 |      |
| Sim   | 72,7 | 78,0 |      |
| <b>Autopercepção de saúde</b>                 |      |      | 0,00 |
| Regular a muito ruim                          | 68,4 | 77,8 |      |
| Bom/Muito bom                                 | 72,5 | 80,1 |      |
| <b>Satisfação da imagem corporal</b>          |      |      | 0,16 |
| Indiferente a Muito insatisfeito              | 69,9 | 78,5 |      |
| Satisfeito                                    | 71,7 | 79,5 |      |

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

Do total de adolescentes que referiram ter procurado um serviço de APS nos últimos 12 meses a pesquisa, apenas 78,1% apresentam dados sobre o motivo da procura, dos quais 51,8% foram por ações de prevenção e promoção da saúde e 48,2% por ações curativas. Em relação as características demográficas e econômicas, verificou-se que as maiores frequências de procura aos serviços para as ações de prevenção e promoção da saúde foram entre indivíduos do sexo feminino (54,9%), faixa etária de 15 a 19 anos (56,5%), raça/cor, preto/pardo/amarelo e indígena (54,2%), trabalho remunerado (51,3%), defasagem escolar (57,7%), escolaridade materna do ensino médio ao superior completo (53,5%) e ser estudante de escolas públicas (53,9%) (Tabela 3).

Com relação as variáveis de comportamento e situações de risco observou-se maiores frequências também para as ações de prevenção e promoção da saúde, como já ter iniciado a prática sexual (54,1%), prática da última relação sexual protegida (52,7%), não uso de substâncias psicoativas (53,3%), o não envolvimento com situações de violências (54,6%),

autopercepção de saúde bom/muito bom (55,4%) e satisfação com a imagem corporal (54,3%). Dentre as variáveis analisadas apenas trabalho remunerado ( $p=0,13$ ), relação sexual desprotegida ( $p=0,78$ ) e uso de substâncias psicoativas ( $p=0,08$ ) não apresentaram diferenças estatisticamente significantes (Tabela 3).

**Tabela 3.** Características demográficas, socioeconômicas, de saúde e comportamento de risco, de acordo com o motivo da procura dos serviços de APS. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

|   | Motivo da procura dos serviços de APS |                     |                                   | Valor de p |
|---|---------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|------------|
|   | N                                     | Ações curativas (%) | Ações de prevenção e promoção (%) |            |
| Total                                       | 53.868                                | 48,2                | 51,8                              |            |
| <b>Sexo</b>                                 |                                       |                     |                                   | 0,00       |
| Masculino                                   | 25.864                                | 49,5                | 50,5                              |            |
| Feminino                                    | 28.004                                | 45,1                | 54,9                              |            |
| <b>Faixa etária</b>                         |                                       |                     |                                   | 0,00       |
| 11 a 14 anos                                | 35.008                                | 49,0                | 51,0                              |            |
| 15 a 19 anos                                | 18.860                                | 43,5                | 56,5                              |            |
| <b>Raça/cor</b>                             |                                       |                     |                                   | 0,00       |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena              | 37.443                                | 45,8                | 54,2                              |            |
| Branco                                      | 16.385                                | 50,0                | 50,0                              |            |
| <b>Trabalho remunerado</b>                  |                                       |                     |                                   | 0,13       |
| Não   | 46.624                                | 47,0                | 53,0                              |            |
| Sim   | 7.209                                 | 48,7                | 51,3                              |            |
| <b>Defasagem escolar</b>                    |                                       |                     |                                   | 0,00       |
| Não   | 46.299                                | 47,9                | 52,1                              |            |
| Sim   | 7.557                                 | 42,3                | 57,7                              |            |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                  |                                       |                     |                                   | 0,00       |
| Até ensino médio incompleto                 | 21.423                                | 51,1                | 48,9                              |            |
| Do ensino médio ao superior completo        | 19.698                                | 46,5                | 53,5                              |            |
| <b>Dependência administrativa da escola</b> |                                       |                     |                                   | 0,00       |
| Privada                                     | 8.561                                 | 56,1                | 43,9                              |            |
| Pública                                     | 45.307                                | 46,1                | 53,9                              |            |
| <b>Relação sexual</b>                       |                                       |                     |                                   | 0,03       |
| Não   | 37.507                                | 47,7                | 52,2                              |            |
| Sim   | 16.285                                | 45,8                | 54,1                              |            |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b>   |                                       |                     |                                   | 0,78       |
| Não   | 48.667                                | 47,3                | 52,7                              |            |
| Sim   | 4.632                                 | 47,6                | 52,4                              |            |



|   |        |      |      |      |
|---|--------|------|------|------|
| <b>Uso de substâncias psicoativas</b>         |        |      |      | 0,08 |
| Não   | 40.414 | 46,7 | 53,3 |      |
| Sim   | 13.390 | 48,5 | 51,5 |      |
| <b>Envolvimento com situação de violência</b> |        |      |      | 0,00 |
| Não   | 42.564 | 45,4 | 54,6 |      |
| Sim   | 11.153 | 53,9 | 46,1 |      |
| <b>Autopercepção de saúde</b>                 |        |      |      | 0,00 |
| Regular a muito ruim                          | 15.162 | 54,5 | 45,5 |      |
| Bom/Muito bom                                 | 38.655 | 44,6 | 55,4 |      |
| <b>Satisfação da imagem corporal</b>          |        |      |      | 0,00 |
| Indiferente a Muito insatisfeito              | 8.813  | 50,2 | 49,8 |      |
| Satisfeito                                    | 39.661 | 45,7 | 54,3 |      |

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

Na análise de associação entre o reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS observa-se associações positivas para o modelo bruto (RP:1,27; IC95%: 1,26 – 1,28) e para o modelo multivariado (RP: 1,25; IC95%: 1,24 – 1,26). Dentre as variáveis de ajustes apenas o sexo masculino apresentou associação positiva (RP: 1,08; IC95%: 1,07 – 1,09). As variáveis faixa etária, raça/cor, escolaridade materna, relação sexual desprotegida e autopercepção de saúde apresentaram associações negativas (Tabela 4).

**Tabela 4.** Estimativas usando modelos multiníveis para a associação entre a Fonte Usual de Cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS entre adolescentes. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

|                                | <b>Acesso aos serviços de APS</b> |                |                     |                |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------|---------------------|----------------|
|                                | <b>Bruto</b>                      |                | <b>Multivariado</b> |                |
|                                | <b>RP</b>                         | <b>IC(95%)</b> | <b>RP</b>           | <b>IC(95%)</b> |
| <b>FUC APS</b>                 | 1,27                              | (1,26 - 1,28)  | 1,25                | (1,24 - 1,26)  |
| <b>Sexo</b>                    |                                   |                |                     |                |
| Feminino                       |                                   |                | 1,08                | (1,07 - 1,09)  |
| <b>Faixa etária</b>            |                                   |                |                     |                |
| 15 a 19 anos                   |                                   |                | 0,94                | (0,93 - 0,95)  |
| <b>Raça/cor</b>                |                                   |                |                     |                |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena |                                   |                | 0,98                | (0,97 - 0,98)  |
| <b>Trabalho remunerado</b>     |                                   |                |                     |                |
| Sim                            |                                   |                | 0,99                | (0,98 - 1,00)  |
| <b>Defasagem escolar</b>       |                                   |                |                     |                |
| Sim                            |                                   |                | 0,98                | (0,96 - 1,00)  |
| <b>Escolaridade da mãe</b>     |                                   |                |                     |                |
| Até ensino médio incompleto    |                                   |                | 0,95                | (0,94 - 0,96)  |
| <b>Relação sexual</b>          |                                   |                |                     |                |

|   |      |               |
|---|------|---------------|
| Sim                                       | 0,99 | (0,97 - 1,00) |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b> |      |               |
| Sim                                       | 0,96 | (0,94 - 0,98) |
| <b>Autopercepção de saúde</b>             |      |               |
| Regular a muito ruim                      | 0,96 | (0,95 - 0,97) |

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

Na análise de associação entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento de uma FUC APS, através de um modelo multivariado multinível e estratificado por sexo, observou-se associações positivas para ambos os sexos, (RP: 1,30; IC95%: 1,28 – 1,31) para o sexo masculino e (RP: 1,21; IC95%: 1,20 – 1,23) para o sexo feminino. Dentre as variáveis de ajustes do modelo que apresentaram diferenças estatisticamente significantes destaca-se: faixa etária, raça/cor, escolaridade materna e autopercepção de saúde. As variáveis, prática sexual e relação sexual desprotegida apresentaram diferenças estatisticamente significantes apenas para o sexo masculino (tabela 5).

**Tabela 5.** Razão de prevalência (RP) ajustada da associação entre a Fonte Usual de Cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS entre adolescentes, estratificado por sexo. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil, 2015.

|   | <b>Modelo Multivariado</b> |               |                 |               |
|---|----------------------------|---------------|-----------------|---------------|
|   | <b>Masculino</b>           |               | <b>Feminino</b> |               |
|   | <b>RP</b>                  | <b>IC95%</b>  | <b>RP</b>       | <b>IC95%</b>  |
| <b>FUC APS</b>                            | 1,30                       | (1,28 - 1,31) | 1,21            | (1,20 - 1,23) |
| <b>Faixa etária</b>                       |                            |               |                 |               |
| 15 a 19 anos                              | 0,95                       | (0,93 - 0,96) | 0,94            | (0,92 - 0,95) |
| <b>Raça/cor</b>                           |                            |               |                 |               |
| Preto/Pardo/Amarelo e Indígena            | 0,98                       | (0,96 - 0,99) | 0,98            | (0,96 - 0,99) |
| <b>Trabalho remunerado</b>                |                            |               |                 |               |
| Sim                                       | 0,98                       | (0,96 - 1,00) | 1,00            | (0,98 - 1,02) |
| <b>Defasagem escolar</b>                  |                            |               |                 |               |
| Sim                                       | 0,98                       | (0,96 - 1,01) | 0,98            | (0,95 - 1,00) |
| <b>Escolaridade da mãe</b>                |                            |               |                 |               |
| Até ensino médio incompleto               | 0,94                       | (0,92 - 0,95) | 0,95            | (0,94 - 0,97) |
| <b>Relação sexual</b>                     |                            |               |                 |               |
| Sim                                       | 0,97                       | (0,96 - 0,99) | 1,00            | (0,98 - 1,02) |
| <b>Última relação sexual desprotegida</b> |                            |               |                 |               |
| Sim                                       | 0,93                       | (0,90 - 0,96) | 1,00            | (0,97 - 1,03) |
| <b>Autopercepção de saúde</b>             |                            |               |                 |               |
| Regular a muito ruim                      | 0,96                       | (0,94 - 0,98) | 0,96            | (0,94 - 0,97) |

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

## 7.4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram uma associação positiva entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento da APS como FUC, estes achados foram semelhantes com estudos internacionais que identificaram que o reconhecimento de um serviço de saúde como sua FUC favorece o acesso aos cuidados de saúde (ROHRER; KRUSE; ZHANG, 2004; DEVOE *et al.*, 2009; WEBER *et al.*, 2005; XU, 2002; PIEHL; CLEMENS; JOINES, 2000; RYAN *et al.*, 2001; KIRAN *et al.*, 2018).

Com relação ao acesso aos serviços de APS, os dados deste estudo apontaram prevalências semelhantes às encontradas em um estudo realizado na cidade de Camaçari, Bahia que analisou a associação entre o acesso aos serviços de APS e residir em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MARTINS *et al.*, 2019). Quando analisado o motivo da procura destes serviços de APS, observou-se maiores proporções para as ações de prevenção e promoção da saúde. Um inquérito baseado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), mostrou que os indivíduos cobertos pela ESF eram mais propensos a ter uma fonte usual de cuidados e estar satisfeitos com a atenção à saúde recebida, em comparação aos não cobertos pela ESF (MACINKO; LIMA-COSTA, 2011).

O uso da APS como fonte usual de cuidado implica em melhores resultados para a saúde do usuário (STARFIELD; SHI, 2004), além de possibilitar o acesso as ações preventivas e necessidades atendidas (DEVOE *et al.*, 2011). Sistemas de saúde orientados por um modelo de atenção à saúde baseado na APS, capaz de responder às diversas necessidades de saúde dos grupos populacionais, têm sido associados a inúmeros desfechos positivos em saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2021), como a melhoria nas condições de acesso e continuidade do cuidado (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

No Brasil, a partir da implementação e expansão da cobertura da APS, através da ESF, tem sido ampliando a cobertura de serviços básicos de saúde, principalmente a grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e regiões remotas (PAIM *et al.*, 2011; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Os resultados do presente estudo apresentaram um amplo acesso aos serviços de APS, entretanto, segundo a Constituição Federal de 1988, é direito do cidadão e dever do Estado garantir o acesso aos serviços de saúde, desse modo, recomenda-se que todos os adolescentes que procuraram o serviço deveriam ter sido atendidos (NUNES *et al.*, 2015). Uma proporção elevada de adolescentes brasileiros não conseguiu acessar os serviços de APS, ou seja, cerca de 25% destes escolares apresentaram uma necessidade de

cuidados de saúde e ao procurar um serviço considerado preferencial pelo sistema, não foram atendidos (OLIVEIRA *et al.*, 2012; MARTINS *et al.*, 2019).

A literatura demonstra que o sexo feminino apresenta maior procura por atenção à saúde (LUZ *et al.*, 2011; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MORAES; LOPES; FREITAS, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2018), bem como maior acesso aos serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002). A procura por atenção à saúde pelas mulheres tem sido atribuída pela preocupação com o próprio cuidado (LEVORATO *et al.*, 2014; CASTANHEIRA *et al.*, 2014), tais achados indicam que esse hábito se dá desde a adolescência (OLIVEIRA *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2019). Os achados deste estudo se assemelham aos encontrados em estudos conduzidos com a população adulta que avaliaram o acesso aos serviços de saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2014; NUNES *et al.*, 2014; PINHEIRO *et al.*, 2002). Além da condição de serem do sexo feminino, as adolescentes mais jovens têm melhores condições de acesso, estes resultados reiteram achados já publicados na literatura (MARTINS *et al.*, 2019).

Outro achado que chama a atenção neste estudo trata-se da análise estratificada por sexo, em que o sexo masculino apresentou maior probabilidade de acesso aos serviços de APS para aqueles que reconhecem a APS como sua fonte de cuidado, quando comparado ao sexo feminino. Estes resultados observados a partir da análise estratificada por sexo, podem ter como hipótese explicativa, de que as adolescentes ao iniciarem a vida sexual apresentam outras necessidades de saúde, a exemplo das demandas ginecológicas, tendo como fonte de cuidado os médicos ginecologistas, portanto, buscam por serviços que dispõem dessa especialidade médica (OSLEN *et al.*, 2018; MOURA; GOMES, 2014). Além disso, estudo aponta que a preferência das adolescentes por serviços especializados deve-se ao uso de serviços frequentados por pessoas desconhecidas, bem como, devido a disponibilidade de planos privados de saúde (MOURA; GOMES, 2014). O fato de os homens procurarem menos os serviços pode resultar no não acesso aos serviços de saúde, além de repercutir nas condições de vida e saúde desses indivíduos, gerando diagnósticos tardios, e levando a prejuízos no controle e tratamento das doenças (LEVORATO *et al.*, 2014).

Os resultados do presente estudo apontam disparidades no acesso aos serviços de APS, sendo que os indivíduos com condições mais favoráveis são aqueles que apresentam maiores proporções no acesso aos serviços de APS quando associado ao reconhecimento da APS como FUC. Apesar das altas proporções de acesso, verificaram-se desigualdades socioeconômicas no acesso para indivíduos mais pobres e menos escolarizados. Estes achados se mantiveram na análise de associação multivariada, entre reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS e o ajuste para os possíveis fatores de confundimento. Entre as disparidades

no acesso aos serviços de APS observa-se que os adolescentes pretos, pardos, amarelos e indígenas tiveram maior dificuldade no acesso, estes resultados são semelhantes a estudos que verificaram menor prevalência de acesso para a população negra (LOPES *et al.*, 2016; DANTAS *et al.*, 2021). O enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de saúde da população negra pode estar baseado no racismo estrutural existente no Brasil, e materializado nas organizações, sendo observados a partir das iniquidades em saúde (DANTAS *et al.*, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2006), como desvantagens no acesso a benefícios, a não priorização da disponibilidade de serviços de saúde próximo da vida dessas pessoas, e tratamento não equitativo (ALMEIDA, 2018).

Observou-se ainda a persistência de desigualdades segundo escolaridade, em que os adolescentes que têm mães com menor nível de escolaridade apresentaram menor probabilidade de acesso aos serviços de saúde, o que concorda com a literatura (STOPA *et al.*, 2017; DANTAS *et al.*, 2021). O estudo de Nunes *et al.*, (2014) identificou que os indivíduos de menor escolaridade foram os que passaram mais tempo nas filas de espera.

O presente estudo demonstrou que o reconhecimento da FUC APS aumenta o acesso a estes serviços mesmo para características que representam desigualdades socioeconômicas, a destacar, ser adolescentes estudantes de escolas públicas, com defasagem escolar e que têm trabalho remunerado. Um estudo conduzido com dados da Pense (2012) mostrou associação positiva entre ser estudantes de escolas privadas, maior escolaridade materna e a procura por serviços de saúde, verificou-se também maior procura para os serviços privados (OLIVEIRA *et al.*, 2015), em outros grupos populacionais os indivíduos de maior renda e escolaridade procuram com mais frequência os consultórios privados (IBGE, 2010). Observa-se que os grupos de baixa renda e menos favorecidos economicamente procuraram menos os serviços de saúde e, conseqüentemente, acessam menos os cuidados de saúde.

Com relação as características de comportamento, observou-se que os adolescentes que apresentaram as menores proporções de acesso aos serviços de APS, referem ter iniciado a vida sexual e praticam relação sexual desprotegida. Embora estudos tenham demonstrado uma maior procura por serviços de saúde por adolescentes brasileiros que apresentam comportamentos de risco, como a prática sexual sem preservativo (OLIVEIRA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Os resultados do presente estudo evidência uma maior necessidade de uso destes serviços de saúde, justamente pelos adolescentes que tiveram menores condições de acesso. Diante destas condições de acesso aos serviços de APS, os adolescentes que não utilizam preservativos podem ter uma preocupação posterior com os riscos dessa exposição, como uma gravidez indesejada, e uma infecção sexualmente transmissível (IST) etc, fatores que podem

levar a maior procura por estes serviços (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Vale destacar ainda, que a precocidade da primeira relação sexual pode trazer consequências importantes para a saúde do indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No presente estudo, as menores proporções de acesso aos serviços de APS foram identificadas entre os adolescentes que referem ter feito uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias e que se envolveram em alguma situação de violência nos últimos 12 meses. Observa-se pelos resultados do presente estudo que os adolescentes com maiores vulnerabilidades são os que apresentam as piores condições de acesso aos serviços de APS. Um estudo conduzido com profissionais da APS sobre acesso de adolescentes nestes serviços identificou a partir das falas dos profissionais, que a drogadição não é um motivo que leva o adolescente a procurar um serviço de APS, mas um problema que acomete este público. Os adolescentes buscam um serviço de saúde quando vivenciam um problema específico, quando necessita de cuidados assistências, o que demonstra baixa adesão do adolescente às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos (SILVA *et al.*, 2019).

A exposição às situações de violências, são motivos que levam os indivíduos a buscarem por serviços de saúde. As necessidades de saúde como situações de adoecimento, gravidade e urgência da doença ou agravo, estão entre os fatores determinantes de acesso e utilização dos serviços de saúde (GRANERO; PONI; SÁNCHEZ, 2007).

A autopercepção de saúde e a avaliação da imagem corporal são considerados bons indicadores na avaliação de comportamento dos indivíduos na busca por serviços de saúde (CLARO *et al.*, 2006). O percentual de adolescentes que avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom e referem acesso aos serviços de APS é muito superior a um estudo que avaliou a procura por estes serviços (MARTINS *et al.*, 2019). Estes achados são preocupantes para um público que foi considerado, por muito tempo saudável, o que demonstra que os indivíduos que consideram seu estado de saúde ruim ou muito ruim enfrentam maiores barreiras de acesso aos serviços de APS.

Apesar de achados relevantes e animadores, os dados do presente estudo corroboram com o que tem sido sinalizado por outros estudos na literatura, em que as ações voltadas para os adolescentes no âmbito da APS ainda são insuficientes e, portanto, indicam a necessidade de priorização e aprimoramento da rede de atenção primária no que concerne à atenção ao adolescente, uma vez que o foco destes serviços são as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, que contribuem estrategicamente para a melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional (NUNES *et al.*, 2014; FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008; AMORIM *et al.*, 2014; MARQUES; QUEIROZ, 2012).

O acesso aos serviços de saúde depende das necessidades individuais determinadas pelas características sociodemográficas e econômicas, estado de saúde, acessibilidade e adequação dos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012). O acesso aos serviços de APS centrados nas pessoas e comunidades, com capacidade de responder às diferentes necessidades de saúde da população, tem sido associado a inúmeros resultados positivos em saúde, além de comprovar sua efetividade no acesso às ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

No Brasil, o acompanhamento e monitoramento dos indicadores de acesso aos serviços de saúde tem sido realizado através dos inquéritos de base populacional, a exemplo da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e da PENSE, que se apresentam como instrumentos imprescindíveis para a avaliação e orientação as ações no âmbito dos serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

O estudo apresenta algumas limitações que devem ser ponderadas. É possível apontar o viés de informação, o que pode interferir na estimativa da prevalência de acesso aos serviços de APS. Além disso, é preciso considerar a definição da variável independente principal – FUC APS – limitada as informações dos serviços de APS, não permite a diferenciação entre ter o mesmo serviço de saúde ou o mesmo profissional de saúde. Uma outra limitação a ser considerada neste estudo trata-se da definição da variável dependente, a utilização como uma *proxy* de acesso aos serviços de APS, apesar da definição e construção da variável questionar a procura pelos serviços de APS e considerar o acesso a APS, aqueles que foram atendidos.

Outras ponderações na interpretação dos achados precisam ser consideradas, como o desenho de estudo do tipo transversal, não é possível realizar inferências causais. Além disso, é preciso considerar o tipo de coleta de dados, através do autorrelato estão sujeitos ao viés de memória, o que pode representar uma superestimação dos dados reais do acesso aos serviços de APS e do reconhecimento de uma FUC. Vale ainda destacar que, a busca inadequada de serviços de maior densidade tecnológica por problemas pertinentes à atenção primária também repercutiria no autorrelato de acesso.

Apesar das limitações, o estudo apresenta potencialidades importantes, como o rigor metodológico na correção para amostragens complexas e por conglomerados, bem como de adequações dos métodos utilizados para estimação da RP através de modelo logístico multinível. Vale ressaltar ainda, a disponibilidade de dados nacionais através dos estudos de inquéritos populacionais, permitem a comparação do panorama da saúde dos adolescentes brasileiros com de outros países, além da representatividade em âmbito nacional, fornecendo

informações válidas para embasar a organização e o planejamento de políticas públicas capazes de mitigar os problemas aqui apontados.

## 7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou que a grande maioria dos adolescentes brasileiros que têm a APS como sua FUC conseguiram acessar os serviços de atenção primária, apesar de que, a falta de acesso foram mais frequentes entre os mais vulneráveis economicamente e devido a comportamentos de risco, indicando iniquidades potencialmente evitáveis por meio de uma APS mais efetiva, acolhedora e longitudinal.

Esta pesquisa evidenciou que a atenção primária à saúde ainda enfrenta muitos desafios para a efetivação da sua função de ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde. Além disso, as desigualdades de acesso têm sido um dos principais problemas enfrentados pelo SUS e pela própria APS, uma vez que, o acesso aos serviços de saúde tem sido influenciado pelas necessidades socialmente determinadas, sendo necessário a emancipação dos sujeitos, capazes de intervir na realidade, para então garantir o acesso universal e equitativo.

Recomenda-se, portanto, novas investigações sobre a saúde dos adolescentes, com instrumentos capazes de analisar com mais clareza e propriedade os indicadores de acesso aos serviços de saúde, bem como o reconhecimento de uma FUC. Além disso, faz-se necessário, incorporar nos inquéritos questões que permitam investigar as barreiras e os facilitadores do acesso aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento; 2018.
- AMORIM, D. U. et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saúde debate**; v. 38, n. 101, p. 254-266, 2014.
- ASSIS, M. M. A, JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.
- BARROS, R. P. et al. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 26, n. 02, p. 12, 2021.
- BARTMAN, B. A.; MOY, E.; D'ANGELO, L. J. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. *J Health Care Poor Underserved.* v. 8, p. 214–26,1997.



BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**, Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

BRASIL, E. G. M. et al. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. **Rev Pesqui.** v. 8, n. 3, p. 4601-8, 2016.

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.

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**; v. 22, p. 1565-74, 2006.

DAMIANO P. C. et al. Cost of outpatient medical care for children and youth with special health care needs: investigating the impact of the medical home. **Pediatrics**; v.118, e1187-94, 2006.

DANTAS, M. N. P. et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v. 24, 2021.

DEVOE, J. E.; SAULTZ, J. W.; KROIS, L.; TILLOTSON, C. J. A medical home versus temporary housing: The importance of a stable usual source of care. **Pediatrics**, 124, n. 5, p. 1363-1371, 2009.

DEVOE, J. E.; TILLOTSON, C. J.; WALLACE, L. S.; ANGIER, H. et al. Parent and Child Usual Source of Care and Children's Receipt of Health Care Services. *Annals of Family Medicine*, 9, n. 6, p. 504-513, Nov-Dec 2011.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**; v. 42, spe1, 2018.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, 2006.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde**: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26(Supl. 1), p. 2543-2556, 2021.

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, p. 565-74, 2007.

GRANERO, R.; PONI, E. S.; SÁNCHEZ, Z. Sexuality among 7th, 8th and 9th grade students in the state of Lara, Venezuela. The Global School Health Survey, 2003- 2004. **PR Health Sci J**; v. 26, p. 213-9, 2007.

HIGARASHI, I. H. et al. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev Enferm UERJ.**; v.19, n. 3, p. 375-80, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. 2020. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>. Acesso em: 13 dez de 2020.

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.

LEITE, J. T. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. **Revista Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 2, e55796, 2016.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc Saúde Coletiva.**; v. 19, n. 4, 2014.

LOPES, C. S. et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. **Int J Equity Health**; v. 15, p. 154, 2016.

LUZ, T. C. B. et al. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 27, p. 2135-42, 2011.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Trop Med Int Health**; v. 17, p. 36-42, 2011.

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, n. 3, p. 65-72, 2012.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 1, Jan, 2019.

MORAES, A. S.; LOPES, D. A.; FREITAS, I. C. Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the Search for health services in a population based epidemiological study. **Rev Bras Epidemiol**; v. 17, n. 2, p. 323-40, 2014.

MOURA, L. N. B. de; GOMES, K. R. O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 19, n. 03, 2014.

NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**; v. 48, n. 6, p. 968-76, 2014.

- NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol Serv Saúde**; v. 24, p. 411-20, 2015.
- OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 17, p. 3047-56, 2012.
- OLIVEIRA, M. M. 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**. v. 31, n. 8, p. 1603-14, 2015.
- OLIVEIRA, M. M. de. et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Rev Bras Epidemiol**; v. 21, supl.1, 2018.
- OLSEN, J. M. et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 34:e00019617, 2018.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: his-tory, advances, and challenges. *Lancet*; v. 377, p. 1778-97, 2011.
- PIEHL, M. D.; CLEMENS, C. J.; JOINES, J. D. “Narrowing the gap”: decreasing Emergency Department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. v. 154, p. 791–795, 2000.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.7, p. 687-707, 2002.
- PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. **Epidemiologia e serviços de saúde**. p. 361-369. In: MEDRONHO, R. A. (ed.). *Epidemiologia*. (1a ed.). Editora Atheneu, São Paulo, 2002.
- RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. de L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 25, n. 5, 2020.
- RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chisquared tests for goodness of fit and Independence in two-way tables. **J Am Stat Assoc**, v. 76, p. 221-30, 1981.
- RAO, J. N. K.; SCOTT, A. J. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. **Ann Stat**, v. 12, p. 46-60, 1984.
- RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Cienc Saude Coletiva**; v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006.
- RYAN, S.; RILEY, A.; KANG, M.; STARFIELD, B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. 2001.
- ROHRER, J. E.; KRUSE, G.; ZHANG, Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. **Journal of Community Health**, 29, n. 1, p. 1-13, 2004.

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

SETTERTOBULTE, W.; KOLIP, P. Gender-specific factors in the utilization of medical services during adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 20, n. 1, p. 121-132, 1997.

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface**; v. 24, suppl 1, 2020.

SILVA, J. F. da; MATSUKURA, T. S.; FERIGATO, S. H.; CID, M. F. B. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface**; v. 23, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD B, SHI L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. **Pediatrics**; v. 113 Suppl 4, p. 1493-8, 2004.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Pubical**; v. 51(Supl.1):3s, 2017.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. saúde colet**. v. 22, n. 6, 2017.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. **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, 2 ed., rev., amp; 2012. p.183-206.

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.

VEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Editora: Fiocruz, 2014, 90 p.

WEBER, E. J. et al. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Annals of Emergency Medicine*. v. 45, n. 4, p. 4–12, 2005.

XU, K. T. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. *Health Services Research*. v. 37, n. 6, p. 1509–1529, 2002.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fonte Usual de Cuidado (FUC) é um importante indicador capaz de avaliar a qualidade do cuidado, a relação de vínculo e confiança entre usuário e serviços/profissionais de saúde e está fortemente relacionado ao atributo da longitudinalidade do cuidado, além disso, pode favorecer o acesso aos serviços de saúde.

Esta tese teve como objetivo avaliar a associação entre determinantes sociais de saúde com o reconhecimento de uma FUC APS, bem como sua relação com o acesso aos serviços de saúde de APS. Em primeiro momento, através de uma revisão de escopo, que buscou analisar estudos da literatura a aplicação dos conceitos e questionamento de FUC e os fatores determinantes relacionados ao seu reconhecimento. Este estudo observou-se que há uma diversidade no emprego do conceito e questionamento de uma FUC, sendo que a grande maioria dos estudos selecionados na literatura consideraram FUC como um provedor ou lugar em particular, enquanto que outros estudos deram enfoque especificamente a um lugar/serviço de saúde quando o indivíduo geralmente vai quando está doente, precisando de conselhos sobre saúde ou de cuidados primários de saúde. Com relação aos fatores determinantes, os estudos demonstraram que melhores condições sociais, econômicas e boa avaliação de saúde estão mais associados ao reconhecimento de uma FUC. Em contraponto, foi possível observar que quando analisado por tipo de FUC, estudos realizados no contexto brasileiro identificaram que os indivíduos de baixa renda, escolaridade, e mais vulneráveis reconhecem a APS como sua fonte de cuidado.

Na análise a partir dos dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2015), através de um estudo transversal, exploratório, os resultados mostraram que os adolescentes em condições sociais e econômicas mais vulneráveis estão associados ao reconhecimento da FUC APS, para ambos os sexos. Esta associação foi mais forte para adolescentes estudantes de escolas públicas, baixa escolaridade materna, raça/cor preto/pardo/amarelo e indígena, e defasagem escolar, além de fatores relacionados aos comportamentos de risco, como a prática sexual desprotegida, e envolvimento em situações de violência física e sexual. Neste mesmo estudo observou que os indivíduos que enfrentam maiores vulnerabilidades sociais, apesar de haver associação, apresentam menores probabilidades para o reconhecimento da FUC Consultório Médico Particular. Os demais tipos de FUCs, Hospital e Emergência, mostraram associações positivas entre os fatores de comportamentos de risco estando mais suscetíveis a problemas de saúde, como uso de drogas, envolvimento em situação de violência física e estado de saúde considerado regular a muito ruim.

Um dos achados de grande relevância do nosso estudo foi a associação encontrada na análise entre ações intersetoriais entre a escola e os serviços de APS e o reconhecimento da APS como fonte usual, especialmente, quando analisado apenas os adolescentes estudantes em escolas públicas, em que as ações intersetoriais consideradas foi a adesão e implementação do PSE, demonstrando um aumento considerável da probabilidade desses adolescentes reconhecerem os serviços de APS como sua FUC. Estes resultados demonstram a importância do PSE como uma política pública intersetorial que precisa ser fortalecida na sua proposição e implementação das ações, sendo possível considerar que estas ações podem reduzir as iniquidades em saúde, estando associado no reconhecimento da APS como FUC, uma vez que esta relação pode potencializar o acesso as ações de prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde dos adolescentes brasileiros.

O Brasil, a partir da Constituição Federal e das leis orgânicas da saúde propõem um sistema de saúde universal que assegura acesso aos serviços de forma universal e equitativa a todos os brasileiros. No entanto, a população brasileira ainda enfrenta muitos problemas de acesso à atenção a saúde, especialmente, os adolescentes, devido as especificidades ligadas a este grupo etário. No nosso estudo, analisamos a associação entre o acesso aos serviços de APS e ter uma FUC APS, sendo observada associação positiva comparado aos que não têm a APS como FUC. Na análise estratificada por sexo, essa associação apresentou maior probabilidade de acesso para o sexo masculino.

Desse modo, verificamos que o reconhecimento da APS aumenta o acesso aos serviços da APS mesmo para os indivíduos que enfrentam condições de vulnerabilidade sendo, os serviços de atenção primária como FUC dos adolescentes um importante indutor de redução das desigualdades. Dessa forma, nossos resultados demonstram o quanto precisamos avançar no desenvolvimento de uma APS forte, equânime e resolutiva.

Essa tese traz ainda como contribuição a utilização de um inquérito nacional que tem uma importante relevância no desenvolvimento de ações de vigilância às doenças crônicas não transmissíveis (DANTs) com a perspectiva de conhecer os fatores de risco e de proteção deste público etário, além da possibilidade de avaliação de políticas públicas, como o PSE, tendo o potencial de colaborar para o delineamento de estratégias de prevenção e de promoção da saúde, que pode favorecer a adoção de mudanças de hábitos por estes indivíduos para toda a vida. Além disso, a análise de dados obtidos a partir de inquéritos continuam sendo uma importante ferramenta para o levantamento de hipóteses e o delineamento de novas abordagens metodológicas.

Desse modo, destaca-se a originalidade do presente estudo, uma vez que, o desenvolvimento do mesmo possibilitará a produção de um conhecimento essencial para compreensão da problemática, podendo repercutir na vida e na oferta dos serviços de saúde a este grupo etário. Além de um conhecimento que pode subsidiar o planejamento e orientar os serviços de saúde na organização dos seus processos de trabalho de forma a atender as necessidades e especificidade dos adolescentes.

Por fim, vale ressaltar a relevante contribuição dessa pesquisa na geração de evidências que demonstraram a importância das políticas públicas intersetoriais e sua relação com os determinantes sociais de saúde, além da necessidade de priorização por um modelo de atenção baseado nas necessidades de saúde dos sujeitos e que busca assegurar a integralidade do cuidado através de um acesso aos serviços de saúde mais oportuno e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. de. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1055-1064, 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.9, n.4, p.865-884, 2004.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2006.
- AN, A. R.; KIM, K.; LEE, J. H.; SUNG, N. J. LEE, S. I.; HYUN, M. K. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea Health Panel Survey. **BMC Fam Pract**, 17, n. 1, p. 167, Nov 29 2016.
- 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.
- ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Glob Health Action.**; v. 24, n. 8:27106, 2015.
- ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**. v. 28, n. 385(9974), p.1230-47, 2015.
- ATUYAMBE, L. et al. Adolescent and adult first time mothers' health seeking practices during pregnancy and early motherhood in Wakiso district, central Uganda. **Reprod Health**; v.5, n.13, 2008.
- BOOTH, M. L. et al. Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. **J Adolesc Health**. Jan; v. 34, n. 1, p. 97-103, 2004.
- BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 18 jun 2020.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRÊTAS, J. R. da et al. Aspectos da Sexualidade na Adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, July, 2011.



BRISCOE, M. E. Sex differences in perception of illness and expressed life satisfaction. **Psychol Med**; v.8, p. 339-45, 1978.

CARVALHO, L. P. E.; LOPES, P. N.; URT, S. da C. O adolescente em vulnerabilidade social e a escola: uma análise sob a perspectiva histórico-cultural. **Revista Juventude e Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, Edição Especial, p. 1-13, 2018.

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**; v. 22, p. 1565-74, 2006.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

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**; v. 26, n. 4, 2010.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **Int J Equity Health**, 15, n. 1, p. 151, Nov 17 2016.

FAERSTEIN, E. et al. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: The Pró-Saúde Study. **Rev Bras Epidemiol**; v. 17, p. 81–87, 2014.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FIGUEIREDO, T. A. M. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S.de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. V.15, n.2, p.397-402, 2010.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr. [online]**; vol.31, n.2, pp.258-264, 2013.

FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**; Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, 2015.

GIOVANELLA L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. **Saúde Debate**; v. 1, p. 248-64, 2010.

GROWING up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from

the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe, 2016. 276 p.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. FO atendimento e o acompanhamento de adolescentes na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **REME – Rev. Min. Enferm**; v. 14, n. 2, p. 251-256, 2010.

HIGA, E. de F. R. et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface**, v.19 (suppl 1), 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.

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.

KIM, K. M.; JEON, H.; LEE, J. H. Having a Physician Rather than a Place as a Usual Source of Care Would Be Better - from 2012 Korea Health Panel Data. **Journal of Korean Medical Science**, 32, n. 1, p. 4-12, Jan 2017.

LAU, J. S.; ADAMS, S. H.; IRWIN JR, C. E.; OZER, E. M. Receipt of preventive health services in young adults. **Journal of Adolescent Health**, 52, n. 1, p. 42-49, 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2013, v.29, n.7, p.1370-1380, 2013.

LOCH, J. A.; CLOTET; GOLDIM, J. R. Privacidade e confidencialidade da assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.53, p.240 - 246, 2007.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **Int J Equity Health**, 11, p. 33, Jun 21 2012.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambul Care Manage**. v. 40(2 Suppl): S4-S11, 2017.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood)**; v. 29, n. 12, p. 2149-60, 2010.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**; v. 42, n. esp 1, p. 18-37, 2018.

- MARQUES, A. et al. Estilo de vida saudável dos adolescentes. **J. Pediatr.**; v. 96, n. 2, 2020.
- MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 1, Jan, 2019.
- MEDEIROS, E. R. de et al. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. **Av Enferm.**; v. 39, n. 2, p. 167-177, 2021.
- MOY, E.; BARTMAN, B. A.; CLANCY, C. M.; CORNELIUS, L. J. Changes in usual sources of medical care between 1987 and 1992. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 9, n. 2, p. 126-139, 1998.
- NÓBREGA, V. M. da et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc Anna Nery**; v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015.
- NUNES, B. P. Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas-RS. 2012, 184p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.
- NUNES, B. P. et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. **Epidemiol Serv Saúde**; v. 24, p. 411-20, 2015.
- OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 17, p. 3047-56, 2012.
- OLIVEIRA, M. M. de. et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Rev Bras Epidemiol**; v. 21, supl.1, 2018.
- OLIVEIRA, R. A. D. de. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**; v. 35, n. 11, 2019.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Salud de los adolescentes. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)>. Acesso em: 19 maio 2019. OMS, 2019.
- OZER, E. M. et al. Young adult preventive health guidelines: There but can't be found. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, 2011.
- PALAZZO, L.S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? **Cad Saude Publica**. v.19, n. 6, p. 1655-65, 2003.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.7, p. 687-707, 2002.
- ROEHRHS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Rev. esc. enferm. USP**; v. 44, n. 2, 2010.

SANTOS, C. C. dos; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência & Saúde**; v. 10 n. 1 - Jan/Mar – 2013.

SILVA, J. F. da; MATSUKURA, T. S.; FERIGATO, S. H.; CID, M. F. B. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. **Interface**; v. 23, 2019.

SKEER, M. R.; BALLARD, E. L. Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. **J Youth Adolesc**; v. 42, n. 7, p. 943-63, 2013.

SHENKMAN, E.; YOUNGBLADE, L.; NACKASHI, J. Adolescents' preventive care experiences before entry into the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). **Pediatrics**; v. 112, n. 6, p. 2:e533, 2003.

SHI, L. Type of Health Insurance and the Quality of Primary Care Experience. **Am J Public Health**, v. 90, nº 12, p.1848-1855, 2000.

SMITH, P. J. et al. The association between having a medical home and vaccination coverage among children eligible for the vaccines for children program. **Pediatrics**. v. 116, p.130–9, 2005.

SOLT, F. The Standardized World Income Inequality Database. **Social science quarterly**, v. 97, n. 5, p. 1267-81, 2016.

SOUSA, B. B. de. *Adolescer na zona rural da Bahia: condicionantes da saúde em comunidades quilombolas e não quilombolas*. 2017. 216p. Tese (Doutorado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2017.

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, p. 111-20, 2015.

STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: **Oxford University Press**; 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.

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.



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



**MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS**

**FONTE USUAL DE CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGENS CONCEITUAIS E  
METODOLÓGICAS E FATORES DETERMINANTES ENTRE ADOLESCENTES  
BRASILEIROS**

Salvador - Bahia  
2019

**MAÍSA MÔNICA FLORES MARTINS**

**FONTE USUAL DE CUIDADOS EM SAÚDE: ABORDAGENS CONCEITUAIS E  
METODOLÓGICAS E FATORES DETERMINANTES ENTRE ADOLESCENTES  
BRASILEIROS**

Projeto de Tese apresentado a banca de qualificação do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com área de concentração na Epidemiologia.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Aquino

Salvador - Bahia  
2019

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>2.1 Objetivo Geral .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2.2 Objetivo Específico .....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>3.1 Saúde do adolescente .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>3.2 O acesso de adolescentes aos serviços de saúde .....</b>                | <b>12</b> |
| <b>3.3 Fonte Usual do cuidado e os atributos da APS .....</b>                  | <b>14</b> |
| <b>3.3.1 Reconhecimento de uma FUC e seus determinantes entre</b>              | <b>18</b> |
| <b>adolescentes.....</b>   |           |
| <b>3.3.2 A associação entre uma FUC e o acesso aos serviços de saúde .....</b> | <b>23</b> |
| <b>4 METODOLOGIA .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>4.1 Modelo teórico .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>4.2 Revisão da literatura .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>4.3 Estudos empíricos .....</b>   | <b>32</b> |
| <b>4.4 Conceitos e variáveis e plano de análise .....</b>                      | <b>35</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>52</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Os adolescentes constituem um grupo populacional que representa cerca de 36,89% da população brasileira (IBGE, 2010), e requerem novas formas de produzir saúde, através de uma atenção indissociada das necessidades e dimensões do sujeito (BRASIL, 2017). Este grupo etário apresenta-se em uma fase da vida considerada saudável, em que muitas das vezes as doenças e agravos à saúde são decorrentes de hábitos e comportamentos que os colocam em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2018).

A saúde do adolescente tem se tornado uma prioridade de atenção para as políticas públicas, especialmente, para os cuidados ofertados na atenção primária à saúde (APS) (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010). Evidências demonstraram que 80% dos problemas/necessidades de saúde podem ser resolvidos na APS (STARFIELD, 2002), principalmente, quando este serviço é reconhecido pelo indivíduo como sua fonte usual de cuidados (FUC), devido à confiança estabelecida na relação usuário/fonte de cuidado (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

Uma fonte usual do cuidado tem sido caracterizada através da presença de um serviço específico ou profissional de saúde em que os indivíduos buscam atendimento quando em situação de doença ou na necessidade de cuidados de saúde (STARFIELD, 1994). Para os indivíduos adolescentes, a disposição de uma FUC pode permitir a produção de cuidados em consonância com as necessidades e demandas desse grupo etário.

Os adolescentes são indivíduos que apresentam grandes transformações nos aspectos biopsicossociais, com alterações físicas, diversas interações sociais e o despertar para novas experiências (OPAS, 2017). A adolescência é uma fase de grandes repercussões no desenvolvimento humano (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015), um período marcado por novas descobertas, busca de autonomia nas decisões, vivências com emoções, além do desenvolvimento da sexualidade (OPAS, 2017).

Esta fase da vida é vista no cotidianamente como um momento de crise e conflito entre o indivíduo adolescente e o mundo que o rodeia. Atualmente, a adolescência não se trata de uma questão de conflito, mas de construção social, ou seja, refere-se a uma fase da formação de uma concepção social do sujeito que precisa ser encarada pela sociedade considerando os diferentes contextos familiares e sociais que estes estão inseridos (UNICEF, 2011). Trata-se de uma etapa do desenvolvimento do indivíduo favorável para a escolarização, profissionalismo, experimentação, além da prática e descobertas para a sexualidade (BRANDÃO; HEILBORN, 2006; BRÊTAS *et al.*, 2011).



No Brasil, a existência de grandes disparidades sociais impactam diretamente na exclusão e na privação de oportunidades para parcelas significativas dos adolescentes. Em se tratando dos adolescentes oriundos de famílias com condições sociais desfavoráveis, estes enfrentam um cotidiano marcado por dificuldades, e expostos as várias situações de vulnerabilidade (UNICEF, 2011). Além disso, é um segmento populacional que apresenta um conjunto de práticas com comportamentos de risco e condições que os tornam vulneráveis, a destacar, o sexo desprotegido, uso e abuso de álcool e outras drogas, baixa escolaridade, gravidez, exploração do trabalho e a exposição a episódios violentos, condições que demandam uma atenção cuidadosa e o desenvolvimento de políticas específicas, especialmente, no âmbito da saúde (OPAS, 2017).

Em face a situações de vulnerabilidade, alguns adolescentes podem estar expostos às condições de saúde desfavoráveis, e pelo fato serem considerados indivíduos saudáveis sem a necessária atenção à saúde, a exceção das questões reprodutivas (BRASIL, 2010), este grupo populacional apresenta condições de saúde que requerem prioridade para os serviços de atenção à saúde, uma vez que os indicadores de saúde demonstram um acometimento considerável da saúde de adolescentes e jovens, especialmente, por causas externas (BRASIL, 2008). Vale destacar que, na Lei Orgânica da Saúde é claro o objetivo de ampliar a atuação dos profissionais de saúde, na perspectiva não apenas de garantir a singularidade desses sujeitos, mas, especialmente, na organização dos serviços que lhes são prestados (BRASIL, 1990).

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

Dentre estes serviços destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), que tem como atribuição 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.*, 2014). Tal nível de atenção deve dispor na organização dos serviços, 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).

A saúde dos adolescentes requer uma atenção mais cuidadosa, exige que os serviços de saúde tenham o compromisso de efetivarem atributos essenciais a APS, a exemplo da longitudinalidade do cuidado. Sendo necessário, portanto, a superação de barreiras que dificultam a efetividade do acesso aos serviços de APS, possibilitando o reconhecimento por parte dos adolescentes da sua fonte usual do cuidado, e favorecendo assim, a um cuidado de caráter preventivo e curativo (NÓBREGA *et al.*, 2015).

A longitudinalidade diz respeito a uma das dimensões centrais da atenção primária à saúde (APS), definida pela presença de um serviço de atenção à saúde capaz de identificar a população eletiva, bem como, os sujeitos desse grupo populacional que deveriam receber atendimento daquela determinada unidade de saúde, exceto naquelas situações em que a atenção primária não é capaz de resolver, o que pressupõe a existência de uma fonte usual de cuidado, além do seu uso ao longo do tempo pelo usuário (STARFIELD, 2002).

Na análise de prevalência do reconhecimento dos indivíduos em dispor de uma FUC para suas necessidades de saúde, um inquérito realizado no Brasil, da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), verificou que 78% dos indivíduos que apresentaram alguma necessidade de atendimento à saúde costumavam procurar pela mesma FUC (IBGE, 2015). Dourado & Cols (2016) a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, verificaram que mais de um terço dos brasileiros relataram a APS como sua fonte usual do cuidado. Vale destacar ainda que, a presença de uma fonte usual de cuidado pode favorecer as melhores condições de acesso aos serviços de saúde. Nesta relação é imprescindível que o adolescente procure o serviço e compreenda o papel do profissional de saúde como mediador das ações voltadas para sua saúde. Além disso, é importante ressaltar que a forma como o indivíduo adolescente é acolhido/recebido no serviço de saúde pode conquista-lo ou afastá-lo da busca pelo atendimento (SANTOS; RESSEL, 2013).

Na literatura científica, são escassos os estudos voltados para a relação dos adolescentes e os serviços de saúde, especialmente, na análise do reconhecimento de uma fonte usual de cuidado e do acesso aos serviços de APS. Em sua grande maioria, os estudos com adolescentes têm foco na utilização e na proporção de visitas aos serviços de saúde (DEMPSEY; FREED, 2010; NUNES *et al.*, 2015), e evidenciam que os adolescentes têm o pior acesso aos cuidados de saúde em comparação aos demais grupo etários (WEINICK; ZUVEKAS; DRILEA, 1996).

As relações entre o acesso aos serviços de APS e ter uma fonte habitual de cuidado se dão em um contexto influenciado pelos determinantes sociais da saúde que podem repercutir na ocorrência de problemas de saúde ou na presença de fatores de risco para a população (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Os estudos desenvolvidos com adolescentes apresentaram evidências de maior propensão para procura e utilização dos serviços de saúde

por aqueles adolescentes que referem a presença de um problema de saúde (DEMPSEY; FREED, 2010), com menor autoavaliação de saúde e que apresentam problemas psicológicos (VINGILIS; WADE; SEELEY, 2007; DEMPSEY; FREED, 2010). Com relação as particularidades do sexo e idade, é possível verificar evidências de maior concentração de procura pelos serviços de saúde pelas adolescentes mulheres, e com idades mais avançadas (VINGILIS; WADE; SEELEY, 2007; DEMPSEY; FREED, 2010), sendo que cerca de 20% das visitas às emergências hospitalares foram feitas por jovens de 15 a 24 anos (SCHAPPERT, 1997), e em sua grande maioria por homens (WILSON; KLEIN, 2000). Estas condições podem levar os adolescentes a procurar a atenção à saúde de forma reduzida para os cuidados preventivos (DEMPSEY; FREED, 2010).

Apesar de crescentes, os estudos que apontam impactos importantes dos serviços de APS para a saúde da população, boa parte desses estudos identificaram inadequações na assistência, como: dificuldades de acesso, atenção fragmentada, baixa articulação com outros níveis de atenção, organização inadequadas dos serviços, e altos índices de utilização dos serviços de urgência e emergência ((MACINKO *et al.*, 2010; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; MACINKO; MENDONÇA, 2018; LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

Diante desse cenário, em que a temática acesso aos serviços de APS e fonte usual do cuidado são pouco frequentes tanto na literatura nacional como internacional, especialmente, quando se trata do público de adolescentes, a escassez de pesquisa é muito mais acentuada. Além da limitada disposição de estudos sobre da temática central, não há evidências de estudos na literatura que investigam a relação entre ações intersetoriais e o reconhecimento de uma FUC da APS por adolescentes. Desse modo, destaca-se a originalidade do presente estudo, uma vez que, o desenvolvimento do mesmo possibilitará a produção de um conhecimento essencial para compreensão da problemática, além disso, poderá repercutir na vida e na oferta dos serviços de saúde a este grupo etário.

Esta pesquisa justifica-se ainda, pela necessidade de compreender o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado por parte de adolescentes brasileiros e sua influência no acesso aos serviços da APS. A disponibilidade de dados a nível de Brasil possibilitam conhecer se os adolescentes brasileiros apresentam comportamentos diferenciados entre as regiões do país, além da possibilidade de comparação do reconhecimento da sua fonte habitual de cuidado, entre os sexos, uma vez que é evidenciado na literatura científica diferenças importantes para as questões de saúde/doença e a relação com os serviços de saúde, para os meninos e meninas.

Além de subsidiar modificações na organização da assistência, e para o planejamento de programas e políticas para este ciclo de vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as abordagens conceituais e metodológicas e os fatores determinantes ao reconhecimento de uma fonte usual de cuidado entre adolescentes e sua associação com o desenvolvimento de ações intersetoriais entre os setores de saúde e educação e o acesso aos serviços de APS de adolescentes brasileiros.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Sistematizar na literatura científica nacional e internacional, os conceitos de fonte usual do cuidado, as abordagens metodológicas utilizadas e os fatores determinantes evidenciados pelos estudos;
- Analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco associados ao reconhecimento de uma fonte usual do cuidado, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros;
- Analisar a associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS, segundo sexo, entre adolescentes brasileiros;
- Analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS, segundo sexo, entre adolescentes brasileiros.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Saúde do adolescente

A adolescência é considerada como um período de transição do desenvolvimento humano que permeia o transcorrer da infância a idade adulta (SOUSA, 2017). Quando consideradas as condições biopsicossociais, é definida como uma fase evolutiva inerente ao ser humano, em que culmina todo o processo maturativo (OSÓRIO, 1992). Trata-se de uma fase que não pode ser compreendida apenas como uma etapa impulsionada por transformações hormônios ou questões biológicas, mas diz respeito a um marco da vida que se configura de forma distinta entre os indivíduos de acordo com fatores históricos e sociais (CARVALHO; LOPES; URT, 2018).

A adolescência como etapa específica do ciclo vital deve ser compreendida como uma construção social. Estudos apontaram que na sociedade industrial capitalista a criação de leis educacionais e trabalhistas tiveram como objetivo tornar os jovens dependentes dos seus responsáveis devido a uma necessidade da família burguesa, além do propósito de separar os adultos dos indivíduos em processo de formação, excluindo paulatinamente a criança do mundo do trabalho. Com o passar do tempo, a proposta originária nas classes sociais mais abastadas da sociedade estendeu-se para as demais classes se impondo como um modelo que atingiu toda organização social (SALLES, 2005; ARIÈS, 1986).

É um período em que colegas e pares começam a ganhar uma maior importância no ciclo de vida dos jovens, o que repercute em um processo de construção da autonomia diante dos familiares, além da busca pela singularidade (HEILBORN, 2006). Entretanto, sendo uma fase potencial de desenvolvimento dos indivíduos como cidadãos, a participação dos adultos neste processo é indispensável, uma vez que pode favorecer a promoção do diálogo entre gerações, além de transformar ideias em propostas efetivas (UNICEF, 2011).

A adolescência, muitas vezes, é definida segundo parâmetros etários, que apresentam pequenas variações entre os diversos órgãos e instituições. O Ministério da Saúde adotou como critério para conceituar a adolescência o período que corresponde aos 10 e 20 anos de idade (BRASIL, 2010), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o período entre 10 e 19 anos, enquanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) definiu como adolescente o indivíduo na faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2012).

Outras instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) categorizaram a adolescência em diferentes fases. Adolescentes mais jovens, com idade entre 10 e 14 anos, e mais velhos, entre 15 e 19 anos (OPAS, 2017). O primeiro período corresponde

à fase inicial da adolescência, quando ocorrem com mais intensidade os eventos hormonais, caracterizando o estirão do crescimento, e com mudanças nítidas por meio da maturação sexual. A fase posterior, dos 15 aos 19 anos, é o momento em que a fase de crescimento desacelera, e ocorre a materialização das mudanças do crescimento e personalidade do indivíduo (DAVIM *et al.*, 2009; SOUSA, 2017).

Como afirma Pessalacia & Cols (2010) o indivíduo adolescente encontra-se em uma fase de desenvolvimento das diversas características, pessoais, culturais, sociais, morais e psíquicas. Podendo ser considerada uma fase de grandes repercussões no desenvolvimento humano, além de ser um período crucial para questões de vulnerabilidade, a exemplo do uso de drogas (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015). Desse modo, faz-se necessário que as políticas públicas sejam planejadas a fim de atingir os indivíduos antes de chegarem à condição de risco, e que possam realmente atender ao caráter de prevenção (CARVALHO; LOPES; URT, 2018).

A literatura científica tem destacado a adolescência como uma fase marcada por problemas sociais que merecem uma maior atenção. Um conjunto de práticas os colocam em situação de risco – tais como o uso de drogas, violência, relações sexuais desprotegidas, relações de gênero, e classes sociais – condições essas que demandam uma atenção pormenorizada e políticas públicas específicas (OPAS, 2017; CAMPOS-BRUSTELO, 2003). Além disso, uma parcela importante dos adolescentes está exposta a privações que permeiam a ordem afetiva, social, econômica, cultural, o que compromete o desenvolvimento biopsicossocial, além do abandono escolar que aumenta o risco para a vulnerabilidade social (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

A condição de vulnerabilidade compreende a um conjunto de fatores de origem biológica, social, cultural e epidemiológica, que ao interagirem entre si ampliam ou reduzem o risco ou proteção de um indivíduo (VILELA; DORETO, 2006). A vulnerabilidade social pode ser compreendida como o resultado de um processo social que tem relação direta com as condições de vida e suportes sociais (MORAIS; RAFFAELLI; KOLLER, 2012). Além disso, Malvasi (2008) destaca que a vulnerabilidade vivenciada pela população de jovens está associada a aspectos negativos – a saber, o uso e abuso de drogas, falta de garantia dos direitos a educação, saúde e proteção social, envolvimento em situações de violência doméstica e/ou comunitária, trabalho infanto-juvenil, situação de rua, entre outros.

Autores consideram que para definir vulnerabilidade deve se remeter a condição de fragilidade e dependência, que se relacionam às situações vivenciadas pelas crianças e adolescentes, sobretudo, aqueles de menor nível socioeconômicos (FONSECA *et al.*, 2013).

Apesar das vulnerabilidades vivenciadas pelos adolescentes e jovens, no Brasil importantes políticas públicas foram implementadas com o propósito de enfrentar os riscos nesta fase da vida. Entretanto, cabe aos profissionais de saúde utilizar de estratégias capazes de influenciar novos comportamentos e possibilitar o empoderamento em grupos vulneráveis (FONSECA *et al.*, 2013).

Os indivíduos adolescentes podem estar expostos a determinantes e condicionantes relacionados à própria condição de ser humano, ou circunstanciais devido às condições de pobreza, dificuldade de acesso à educação, barreiras geográficas para o acesso aos serviços de saúde, doenças transmissíveis ou não-transmissíveis e discriminação (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Para viabilizar a compreensão dos determinantes e condicionantes da saúde dos adolescentes é importante destacar as diferenças entre os sexos, uma vez que a exposição a determinados fatores não afeta de forma homogênea os milhões de adolescentes brasileiros (UNICEF, 2011). Quando analisado as informações relacionadas à oferta e a procura dos serviços de saúde, verifica-se uma procura mais acentuada pelas meninas (NUNES *et al.*, 2015) para o diagnóstico gestacional e exames preventivos de neoplasias uterinas (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2006). Destaca ainda que, são os meninos que têm atividade sexual mais precoce e apresentam o maior número de parceiros, estando mais expostos a infecções sexualmente transmissíveis (SILVA *et al.*, 2015). Nos estudos sobre acesso aos serviços de saúde é possível verificar uma disparidade entre os grupos populacionais, os homens jovens estão mais propensos a ter menor acesso aos cuidados primários (LUCAS; BARRANDEERSON; KINGTON, 2003).

O documento da UNICEF (2011) que retrata a Situação da Adolescência Brasileira ressalta que os contextos de desigualdades sociais advindas de processos históricos de discriminação e exclusão destaca-se como obstáculos para o desenvolvimento adequado do indivíduo e no modo de como assegurar os direitos dos adolescentes brasileiros, o que pode repercutir em condições de vulnerabilidade.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não atingem de forma homogênea todos os adolescentes brasileiros, estas condições são agravadas devido a fenômenos sociais e desigualdades que podem determinar as dificuldades ou oportunidades na vida desses jovens (ANHAS; CASTRO-SILVA, 2017). Entre os DSS é possível apontar: a pobreza e a pobreza extrema; a baixa escolaridade; a exploração do trabalho; a privação da convivência familiar e comunitária; a violência que resulta em assassinatos de adolescentes; a gravidez; a exploração e o abuso sexual; DST/Aids; e o abuso de drogas (UNICEF, 2011).



A pobreza considerada como um tipo de DSS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) trata-se de um processo advindo de gerações, e tal condição pode ser desencadeadora de outros problemas que tornam o sujeito vulnerável (UNICEF, 2011), a exemplo, destaca-se a baixa escolaridade que pode ser resultante de situações de exclusão vivenciadas na primeira infância, baixa qualidade de ensino infantil e fundamental, precariedade do ambiente de aprendizagem, inacessibilidade a material escolar e uniformes (CARVALHO; LOPES; URT, 2018).

Diante de situações adversas, o pouco estímulo e o baixo rendimento escolar dos adolescentes são fatores que podem ser resultantes da necessidade de terem que contribuir com os rendimentos familiares. Essas são condições que podem levar os jovens a iniciar uma fase de repetências e ao abandono dos estudos, isso devido à defasagem escolar o que repercute em alto índice de evasão (CARVALHO; LOPES; URT, 2018) e na alimentação de um ciclo de pobreza e desigualdades.

Portanto, compreender quais os DSS que estão relacionados aos comportamentos individuais e coletivos que podem repercutir na saúde dos sujeitos, é um desafio na reorientação e articulação das práticas de saúde que possam atender às necessidades de grupos populacionais, como os adolescentes. Além disso, para a proposição de novas práticas de atenção à saúde e políticas públicas é imprescindível conhecer a forma como os DSS agem na vida dos adolescentes, a fim de propor ações de forma acessível, intersetorial e integral (ANHAS; CASTRO-SILVA, 2017).

### **3.2 O acesso de adolescentes aos serviços de saúde**

O acesso aos serviços de saúde é uma das etapas prementes a sequência do processo de atenção à saúde, permitido o uso oportuno dos serviços para alcançar melhores resultados (MARQUES; QUEIROZ, 2012). Com relação ao acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, pode ser definido como uma busca bem-sucedida por serviços de saúde, que devem prover um atendimento acolhedor, com profissionais qualificados, equipe que desperte sua confiança e a disponibilidade dos serviços necessários para o atendimento resolutivo às suas demandas (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Com a perspectiva de atender às necessidades específicas desse grupo populacional, embora o acesso aos serviços de saúde deva ser garantido em todos os níveis de atenção, ainda persistem lacunas importantes que comprometem a atenção à saúde dos adolescentes, especialmente, nos serviços de atenção primária à saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012). Estudos realizados com adolescentes como população-alvo verificaram alguns fatores referidos

como barreiras de acesso aos serviços de saúde como por exemplo, a dispersão dos serviços no território (KANG *et al.*, 2003), a ausência de transporte público para deslocar até o serviço, além do desconhecimento dos meios de obtenção do cuidado (COPLAND *et al.*, 2011) e dos serviços ofertados, do desconforto em compartilhar confidencialidades da sua própria saúde, ademais de outras características organizacionais dos serviços (BOOTH *et al.*, 2004).

Alguns estudos referem que adolescentes e adultos jovens mantêm 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 mostravam forte resistência em se aproximar dos serviços de saúde e, em contrapartida, a equipe e os serviços de saúde apresentavam dificuldades em acolher aqueles que os procuravam. Outros autores destacaram que os adolescentes pouco utilizam os serviços, e quando os procuram, geralmente, não os fazem para ações preventivas e de promoção da saúde (AYRES, 1993; CARVALHO *et al.*, 2008). Resultados contrários a estes foram encontrados em um estudo realizado em um município da Região metropolitana de Salvador, Bahia, com adolescentes e adultos jovens que vivem em domicílios localizados em áreas cobertas pela ESF, os quais apresentaram três vezes maior probabilidade de participarem de ações preventivas e de promoção da saúde do que os que viviam em áreas não cobertas pela ESF (MARTINS *et al.*, 2019).

Observando as prevalências de acesso dos adolescentes aos serviços de saúde a partir de estudos e inquéritos realizados no território brasileiro, verificou-se que, por meio de um estudo realizado no ano de 2012, em Pelotas, Rio Grande do Sul, 23% dos adolescentes entrevistados utilizaram algum serviço de saúde no mês anterior a pesquisa, e, destes, 32,2% foram atendidos em serviços da Atenção Primária à Saúde (NUNES *et al.*, 2015). Dados de escolares residentes do estado do Rio de Janeiro demonstraram que 46% dos adolescentes afirmaram ter apresentado alguma necessidade de saúde e 80% destes referiram ter realmente procurado um serviço de saúde; entretanto, apenas cerca de 43% afirmaram ter acessado aos serviços de saúde, definido através da condição de ter sido atendido no primeiro serviço que procurou, nos últimos três meses da pesquisa (CLARO *et al.*, 2006).

Um outro estudo realizado no município baiano de Camaçari, entre os adolescentes e adultos jovens que referiram ter procurado um serviço de APS 89,5% afirmaram ter obtido acesso, nos últimos 12 meses da entrevista (MARTINS *et al.*, 2019). Dados de escolares brasileiros identificaram que cerca de 48% dos adolescentes referiram procurar por serviços da atenção primária à saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, e destes cerca de 85% referem ter sido atendidos nos últimos 12 meses (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A comparação dos resultados dos diversos estudos sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos adolescentes/escolares avaliados no Brasil é limitada devido ao uso de diferentes parâmetros e critérios de avaliação. Na interpretação dos resultados deve ser considerado, especialmente, o tempo utilizado para investigar a última vez que o indivíduo procurou um serviço de saúde, que variou, entre os estudos, de 1 a 12 meses anteriores a entrevista, resultado em estimativas de diferentes indicadores de prevalência.

Considerando os fatores associados, os estudos têm destacado que indivíduos do sexo feminino (OLIVEIRA *et al.*, 2015; BLANKSON; ROBERTS, 2014), provenientes de escolas públicas (OLIVEIRA *et al.*, 2015; CLARO *et al.*, 2006) e com menor idade (BLANKSON; ROBERTS, 2014) apresentaram melhores condições de acesso aos serviços de saúde. Dentre as condições que estão relacionadas às escolhas dos adolescentes quanto aos serviços de saúde foi possível destacar: proximidade do domicílio (23,4%), serviço geralmente utilizado anteriormente (22,8%) e escolhas de pais ou responsável (21,1%) (NUNES *et al.*, 2015).

A literatura brasileira destaca algumas barreiras de acesso aos serviços de saúde apontadas por adolescentes ou adultos jovens, como por exemplo, a falta de médicos, quantidade significativa de pacientes com longo período de espera e serviço fechado (CLARO *et al.*, 2006), o atendimento não ocorrer no mesmo dia de marcação da consulta e ausência de transporte coletivo (MARTINS *et al.*, 2019).

Vale ressaltar ainda que, os profissionais de saúde deve ser capaz de compreender que as necessidades dos jovens em relação às questões que envolvem sua saúde estão muito mais voltadas a assuntos de ordem subjetiva, como; busca de compreensão das mudanças vividas, autopercepção, orientações, sexualidade, e até mesmo a problemas de saúde já instalados (SILVA; RANÑA, 2006). Desse modo, faz-se necessário compreender as situações experienciadas pelos adolescentes, conhecendo as facilidades e dificuldades de incluí-los como usuários dos serviços de saúde. Tal propósito busca garantir o acesso a serviços adequados, oportunos, e que reconheçam as necessidades específicas desse grupo populacional, de forma a propor um olhar cuidadoso às necessidades e demandas dessa faixa etária (OPAS, 2017).

### **3.3 Fonte Usual do cuidado e os atributos da APS**

A fonte usual de cuidado (FUC) é geralmente definida como um local, um consultório médico, uma clínica, unidade de saúde ou um profissional de saúde como um médico especialista em que o indivíduo costuma procurar em uma situação de adoecimento ou na

necessidade de orientação/aconselhamento sobre sua saúde (TILLOTSON *et al.*, 2012; CHUA; SCHUSTER; MCWILLIAMS, 2013; CARPENTER *et al.*, 2009).

A literatura demonstra variadas formas de operacionalizar o conceito de fonte usual de cuidados para diferentes serviços de saúde, a exemplo dos serviços da APS, emergências ou hospitais. FUC, como por exemplo: o relato de ter um determinado médico ou serviço de saúde que o indivíduo costuma procurar na necessidade de cuidados com a saúde, como os serviços de atenção primária à saúde; da busca de atenção à saúde nas duas últimas semanas; em situações de se consultar com um médico uma ou mais vezes nos últimos 12 meses e na ocorrência de uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013).

Observa ainda, na literatura científica diferentes formas para a investigação da fonte usual de cuidados, dentre elas é possível destacar: presença de um serviço, exceto emergência, que os participantes usualmente visitavam quando doentes ou na necessidade de conselho de saúde (CHUA; SCHUSTER; MCWILLIAMS, 2013); existência de um prestador de cuidados de saúde em particular (que não seja um hospital) que os indivíduos costumam ir quando estão doentes ou precisam de aconselhamento sobre a saúde (CUNNINGHAM, 2015; DEVOE *et al.*, 2012); e local onde costuma levar seu filho para os cuidados médicos necessários. A diversidade na forma de operacionalização do termo FUC dificulta a comparabilidade dos dados, além de se tratarem de cenários e estruturas de saúde diversificadas o que desfavorece uma análise comparativa.

Com relação ao reconhecimento de uma FUC, estudos demonstram um crescimento do número de indivíduos que atribuem aos serviços de emergência como sua FUC (NEWTON *et al.*, 2008; WEBER *et al.*, 2005). Apesar desse tipo de serviço, por vezes, ser considerado mais conveniente e acessível para os usuários (RAGIN *et al.*, 2005; GUTTMAN; GIMMERMAN; NELSON, 2003), tem menor possibilidade de resolver as necessidades de saúde dos pacientes (ACOSTA; LIMA, 2013), além de favorecer o superlotação dessa porta de entrada, e da probabilidade de aumentar as despesas desnecessárias tanto para o indivíduo quanto para o sistema de saúde (COWLING *et al.*, 2013). Dentre as condições que podem influenciar no reconhecimento das emergências como FUC por alguns indivíduos, pode ser atribuída a falta de acesso adequado à APS e/ou sintomas acentuados de um problema de saúde de caráter agudo ou crônico (COWLING *et al.*, 2016).

Segundo Kim & Cols (2017) uma fonte habitual de cuidados na atenção primária possibilita melhores condições na qualidade do cuidado e pode resultar em melhorias para a saúde dos indivíduos, uma vez que, a população acompanhada por um serviço considerado

como fonte habitual de cuidados, ao longo do tempo, repercute em vínculo, relação de responsabilização, confiança na equipe, possibilidade de diagnóstico e tratamentos mais acurados, além de uma maior resolubilidade dos problemas de saúde (STARFIELD, 2002; FRANK *et al.*, 2015). Nesse sentido, a APS tem sido considerada como um nível assistencial indispensável para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de uma atenção mais adequada para a população (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A atenção primária à saúde visa proporcionar um cuidado longitudinal para os problemas e necessidades de saúde dos indivíduos (STARFIELD, 1998). A efetividade da APS é capaz de ofertar uma atenção integral e universal do acesso, de forma a prover os cuidados tanto no contexto individual como na comunidade, assim como, coordenar para outros níveis de atenção (FRANK *et al.*, 2015).

Starfield (2002) destaca que a APS se diferencia dos demais níveis de atenção por apresentar quatro atributos essenciais, sendo importante destacar o compromisso do serviço de saúde com o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, atributos definidos como orientadores das melhores condições de acesso aos serviços da APS. Tais atributos mencionados anteriormente têm sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS em países das Américas, a exemplo, dos Estados Unidos e do Brasil (SHI, 2000; ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Na atenção primária nem sempre seus atributos podem ser separáveis de forma clara. Se a relação entre o indivíduo e um profissional de saúde existe para além da ocorrência de um problema de saúde (longitudinalidade), é grande a probabilidade daquele paciente procurar inicialmente aquele profissional para atendimento em situações de um novo problema instalado (atenção ao primeiro contato). Verifica ainda, a forte relação entre a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, uma vez que um profissional ou um serviço de saúde que oferece atenção ao longo do tempo, independentemente do tipo de problema (longitudinalidade), também deveria oferecer uma maior amplitude dos serviços, de forma a atender às necessidades dos usuários (integralidade) (STARFIELD, 2002; HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004). Estudos na perspectiva dos usuários têm demonstrado que os serviços não fornecem uma atenção integral, o que evidencia a necessidade de investimentos nas ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (FERRER, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

O atributo coordenação do cuidado implica na integração do cuidado oferecido, garantindo a continuidade da assistência para os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002; DAMASCENO *et al.*, 2016). Portanto, para que o atributo da coordenação ocorra, requer a disposição de uma rede assistencial estabelecida geograficamente, uma população definida, e

que os fluxos e funções de todos os serviços de saúde que compõem a rede de atenção estejam definidos (ALMEIDA *et al.*, 2018).

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); pode ser mensurado ao considerar aspectos relacionados aos usuários e aos serviços de saúde (RIBEIRO; SIQUEIRA; PINTO, 2010). Estudo demonstrou que o cumprimento do atributo do primeiro contato contribuiu para diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de diminuir os encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Um outro atributo destacado por Starfield (2002), a longitudinalidade é definida como a presença de uma fonte regular de cuidado observada através da identificação de um médico, de uma equipe, de profissionais de saúde ou um local específico de atenção (MACINKO; MENDONÇA, 2018). O atributo da longitudinalidade é parte crucial para a atenção primária à saúde (STARFIELD, 2002). Trata-se de uma relação terapêutica caracterizada pela responsabilidade por parte do profissional de saúde e a confiança advinda do paciente (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005; SAULTZ, 2003). Quando a FUC reconhecida pelo usuário é um indivíduo/médico, para o alcance da longitudinalidade, a atenção ao primeiro contato e a integralidade se constituirão em desafios importantes a serem superados, considerando que há uma maior dificuldade para um único indivíduo estar sempre disponível a prestar uma variedade de serviços necessários (STARFIELD, 2002). Sendo a fonte usual de cuidados e o vínculo longitudinal como fatores inerentes ao atributo da longitudinalidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A longitudinalidade no contexto da atenção primária apresenta uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários de unidades de saúde. Neste sentido, Starfield (2002) destacou que a interrupção dessa relação profissional/usuário/serviço não necessariamente compromete a continuidade do cuidado. Estudos buscam diferenciar a longitudinalidade de continuidade do cuidado. Compreendem-se que a longitudinalidade diz respeito ao acompanhamento dos vários problemas de saúde por um mesmo médico/profissional de saúde, enquanto que a continuidade do cuidado esse acompanhamento pode ser realizado por um mesmo médico ou não, para um problema de saúde específico do paciente, não necessariamente a continuidade é um elemento característico da atenção primária, pois não requer uma relação pessoal entre o profissional e o usuário (STARFIELD, 2002; PASTOR-SÁNCHEZ *et al.*, 1997), uma vez que a disposição de bons registros podem ser

suficientes na oferta de informações necessárias para o acompanhamento de uma doença (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O reconhecimento e uso de uma fonte usual de cuidado ao longo do tempo tem sido considerado como um dos elementos imprescindíveis para a composição do atributo da longitudinalidade do cuidado, definido como a relação consistente entre o indivíduo/paciente e o médico (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). No contexto internacional, pesquisas indicam que a presença de uma FUC poderia aumentar o acesso a ações preventivas, como a vacinação (SMITH *et al.*, 2005), aumentar a confiança e satisfação pela fonte cuidadora (CARPENTER *et al.*, 2009), além de melhorar o acesso oportuno aos cuidados médicos (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997).

Em um estudo de revisão, Cunha & Giovanella (2011) verificaram que muitos estudos sobre a APS utilizavam os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado com sentidos semelhantes. Segundo Starfield (2002), a identificação e utilização de uma fonte usual do cuidado de atenção primária, pressupõe a presença de um vínculo longitudinal na relação entre o usuário/profissional/serviço de saúde para a grande maioria das necessidades de atenção do indivíduo, enquanto, que para que haja continuidade do cuidado o vínculo pode ser dispensável, não sendo necessário acompanhamento por um mesmo profissional ou não de um problema específico do paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Para a avaliação do acesso aos serviços de saúde da APS é importante destacar dois de seus atributos essenciais: a atenção ao primeiro contato e a longitudinalidade. Um dos fatores importantes para a atenção do primeiro contato diz respeito às repercussões da primeira consulta para uma necessidade de saúde, estabelecendo, assim, a fonte usual do cuidado. Enquanto que a atenção longitudinal, vislumbrada que os serviços de atenção primária devem ocorrer sob a existência de uma fonte usual do cuidado orientada para a pessoa e (não para a doença) (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços da APS sejam reconhecidos pelos usuários como uma FUC para atendimento da maioria das necessidades dessa população. Tal reconhecimento por parte dos usuários depende das condições de oferta e da disponibilidade da fonte de cuidados (STARFIELD, 2002).

### **3.3.1 Reconhecimento de uma FUC e seus determinantes entre adolescentes**

Os determinantes da saúde não são restritos apenas aos fatores individuais, faz-se necessário compreender os determinantes contextuais de modo a entender a complexa rede de

atenção, as necessidades de saúde e o acesso aos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2007). Dentre os determinantes diretos da saúde é possível destacar os serviços de saúde que apresentam um papel muito importante para a melhoria nas condições de saúde, o que pode influir no reconhecimento de uma fonte usual de cuidado e no fortalecimento das relações serviço/profissional/usuário (STARFIELD, 2002).

Para Starfield (2002), um acesso adequado aos serviços de saúde reflete em uma melhor utilização dos serviços a cada novo problema de saúde, ou seja, vivências progressas podem refletir no reconhecimento e identificação de uma fonte de cuidado regular para determinados sujeitos.

Para a análises desses determinantes que influenciam no reconhecimento de uma fonte usual do cuidado foram observados estudos publicados na literatura em diferentes contextos, grupos populacionais e serviços de saúde. As observações foram organizadas a partir das prevalências do relato de uma FUC, dos fatores determinantes ao reconhecimento dessa FUC e dos efeitos de ter uma FUC.

No contexto americano é importante ressaltar a recorrência de estudos que investigaram a fonte usual de cuidados com populações cobertas por seguros saúde, sendo evidenciado altas proporções de adolescentes que referiram ter uma FUC. Um dos estudos demonstrou que 94% de adolescentes menores de 18 anos relataram ter uma FUC, e destes 87% dos segurados recebem cuidados em clínicas privadas ou consultórios médicos (NEWACHECK *et al.*, 1998); semelhante a outro estudo que revelou que, entre os adolescentes que apresentaram uma necessidade de procurar um serviço de saúde nos últimos 12 meses do estudo, 95,8% referiu dispor de uma FUC e, destes, 88,1% tinham uma FUC e seguro privado de saúde (TILLOTSON *et al.*, 2012).

Ainda com relação aos segurados pelos planos privados de saúde, em um estudo que analisou dados de indivíduos participantes de um Programa de cuidados médicos centrado no paciente, verificou que cerca de 91% dos indivíduos tinham uma FUC (CUNNINGHAM, 2015). Em relação à abrangência, 67,1% dos participantes tiveram um médico particular como FUC, sendo que 66,7% dos usuários referiram que os médicos estavam em clínicas de atenção primária e 70,0% referiram os hospitais comunitários. Dentre as pessoas que tinham sua FUC em um hospital comunitário foram destacadas melhores experiências quanto à abrangência e a integralidade do cuidado (AN *et al.*, 2016).

Alguns estudos analisaram a referência dos indivíduos possuírem uma FUC como os serviços de APS, sendo apontado por Starfield (2002) como os serviços mais recomendados para este tipo de observação. Neste contexto, a literatura destaca estudos realizados com o



público adolescente, ressaltando que, em uma população acima de 16 anos de idade em Ontário, Canadá revelou que 93% tinham uma FUC de cuidados da APS (MIAN; PONG, 2012). Em um outro estudo realizado com as informações de crianças menores de 17 anos, verificou-se que cerca de 90% das mães relatam ter uma fonte usual de atendimento e que a grande maioria tinha um provedor de cuidados primários, comumente conhecido como um médico da família (FARION *et al.*, 2015).

Quando observado os fatores determinantes para o reconhecimento de uma fonte usual de cuidados, estudos destacaram que os indivíduos que referiram ter uma FUC, ressaltaram maior confiança e satisfação com seus provedores (CARPENTER *et al.*, 2009). Para os portadores de condições crônicas, a referência a uma FUC esteve associada a maior probabilidade de realizar exames preventivos e acesso a tratamento (KIM *et al.*, 2012; DEVOE; TILLOTSON; WALLACE, 2009; DEVOE *et al.*, 2011), e menor necessidade de atenção à saúde não atendidas (DEVOE; TILLOTSON; WALLACE, 2009).

Um estudo realizado a partir da análise de usuários de um Programa de atenção centrado no paciente verificou como determinantes para o reconhecimento de uma FUC, ser mais jovem, mais saudável, com melhores condições econômicas, não ser membro de minorias étnico/raciais, não apresentar múltiplas condições crônicas, e não relatar que sua saúde física ou mental fosse ruim (CUNNINGHAM, 2015). Enquanto que outros estudos destacam que os indivíduos que têm menor probabilidade de terem uma fonte usual de cuidado, no caso um médico da família, tem sido associado à idade mais jovem, ser do sexo masculino, menor nível de escolaridade (DEVOE *et al.*, 2003; VIERA; PATHMAN; GARRETT, 2006; SANMARTIN; ROSS, 2006), e de raça/cor não brancas (NEWACHECK; HUGLES; STODDARD, 1996).

Dentre os determinantes para o reconhecimento de uma FUC é possível destacar a condição de cobertura dos seguros saúde, uma vez que, estudo ressalta a importância/ influência do seguro saúde para o indivíduo referir ter uma FUC, independentemente do tipo de atenção analisada (DEVOE; SAULTZ; KROIS, 2009). Em um estudo realizado na década de 90 nos Estados Unidos, verificou-se que 13% dos indivíduos estudados não tinham seguro saúde, estes apresentaram seis vezes mais chances que as crianças/adolescentes segurados de não terem uma fonte usual de atendimento (NEWACHECK *et al.*, 1998).

O reconhecimento de uma FUC como um serviço da atenção primária é um dos propósitos desse tipo de serviço (DU *et al.*, 2015), além de ser um dos fatores determinantes para o recebimento de ações preventivas, de poder proporcionar a longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002), a expansão e consolidação dos cuidados primários de saúde, além da possibilidade de influenciar no aumento do acesso aos serviços de saúde, especialmente, da

fonte usual de cuidado (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). O fortalecimento da APS como FUC referenciada pelos usuários deu-se provavelmente pela consolidação da ESF, no qual subgrupos da população, a partir de dados de uma pesquisa nacional, reconhecem a APS como FUC, como mulheres com ou mais de 44 anos, aqueles que enfrentam barreiras aos cuidados de saúde, baixo nível de escolaridade, domiciliados em áreas rurais, e de cor/raça pardas e indígenas (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016).

Em diferentes cenários nacional e internacional é possível verificar a importância dos serviços de atenção primária para o reconhecimento de uma FUC, sendo, portanto, observado a seguir. Um estudo desenvolvido na Geórgia, com residentes de áreas rurais e desprovidos de seguro saúde, observou que, os centros de saúde comunitários que dispõem de um profissional médico da atenção primária desempenham um importante papel na redução das barreiras de acesso aos serviços de atenção primária. O mesmo estudo verificou que os pacientes dos centros de saúde comunitários apresentam maior probabilidade de receber os serviços preventivos (RUST *et al.*, 2009).

Na China, estudo que buscou comparar a condição de indivíduos usuários da atenção primária à saúde com e sem FUC e percebeu que entre aqueles pacientes que referem ter uma FUC há uma maior qualidade de experiência pelos serviços da APS em comparação aos sem FUC (DU *et al.*, 2015).

No cenário brasileiro o fortalecimento da APS deu-se pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, um estudo realizado com a perspectiva de analisar as produções científicas do período de 1998 a 2013, sobre o impacto da ESF, verificou a tendência do uso dos serviços de saúde. Dentre as análises observa as medidas de longitudinalidade que chega a um indicador de 77% da população em 2013. Nesta análise, é observado as contribuições da ESF, em que com a consolidação da cobertura da ESF há uma redução de 37% a probabilidade de o usuário relatar o pronto-socorro ou hospital como FUC (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Quando comparado o acesso aos serviços de APS e o uso dos serviços de emergência é possível observar alguns resultados discordantes na literatura. Algumas pesquisas observaram que o fato do indivíduo ter uma fonte usual de cuidados primários o previne do uso desnecessário dos serviços de emergência (GRUMBACH; KEANE; BINDMAN, 1993; GILL; MAINOUS; NSEREKO, 2000; ROSENBLATT *et al.*, 2000). No entanto, um estudo desenvolvido por Andersen (2008) observou que os indivíduos com fonte usual de cuidado também estão propensos ao uso dos serviços de emergência.

Estudo destaca que o uso exacerbado dos serviços de emergência é, muitas vezes, atribuído a uma necessidade de atendimento primário em que os usuários não têm um serviço da APS como fonte usual de cuidado, ou pelo fato de terem dificuldade de acesso a estes serviços (MIAN; PONG, 2012). Vale destacar que, o alto uso dos serviços de emergência no norte de Ontário, Canadá pode estar relacionado a uma quantidade significativa de cuidados de a atenção primária ser fornecidas em instalações hospitalares, inclusive as emergências (MIAN; PONG, 2012).

Analisando os resultados de estudos com indivíduos que referem não possuir uma FUC, em caso de necessidade de atenção, apontam a procura por atendimento em ambulatórios ou serviços de emergências de forma a substituir os da atenção primária. Entretanto, o uso desses serviços é considerado como inadequados, uma vez que podem inviabilizar a coordenação do cuidado, ou deixar os pacientes sob riscos à saúde (SCHOEN *et al.*, 2004; HAY *et al.*, 2010).

Quanto aos benefícios/efeito de ter uma FUC perpassam pela redução de custos das internações hospitalares (DAMIANO *et al.*, 2006), facilita o acesso oportuno a atenção médica (BARTAMAN; MOY; D'ANGELO, 1997), proporciona o acesso às ações preventivas, como a vacinação (SMITH *et al.*, 2005), além de favorecer cuidados mais eficazes e equitativos, e fornece melhor qualidade do atendimento e, conseqüentemente, melhoria do estado de saúde (STARFIELD, 2002). Uma outra questão que interfere são os aspectos culturais, como a participação religiosa, apontado por alguns estudos como um fator que associa positivamente a ter uma fonte usual de cuidados (KING; PEARSON, 2003; GILLUM; JARRETT; OBISESAN, 2009).

Estudo realizado com adolescentes e adultos jovens portadores de asma verificou que os adolescentes tinham maior probabilidade de terem uma fonte usual do cuidado, de estarem presentes em consultas de cuidados primários e de realizarem visitas a serviços de saúde de caráter preventivo quando comparado aos adultos jovens (CHUA; SCHUSTER; MCWILLIAMS, 2013). Por outro lado, os adultos jovens tinham maior propensão a visitarem as emergências e de custear gastos com problemas relacionados ao acesso e a cobertura (CHUA; SCHUSTER; MCWILLIAMS, 2013).

O Canadá e os Estados Unidos apresentam elevadas taxas de uso dos serviços de emergência, enquanto que, estes mesmos países não dispõem de um acesso facilitado no turno noturno ou nos finais de semanas para outros serviços de saúde, a exemplo da atenção primária à saúde (ROBIN; SCHOEN, 2013). É possível verificar em outros estudos que o uso de tecnologias como o contato pelo telefone e o prolongamento do horário de expediente (CUNNINGHAM, 2015), funcionamento no turno vespertino e nos finais de semana

repercutem em menores gastos totais relacionados à saúde (JERANT *et al.*, 2012). Desse modo, verifica-se que o acesso prolongado pode ser considerado um importante fator para as práticas de atenção primária à saúde e fatores importante para o relato e reconhecimento de uma FUC.

Os indivíduos portadores de doenças crônicas de um estudo realizado em Ontário, Canadá apresentaram duas vezes menos chances de buscarem atendimento nas emergências, além de referirem um melhor acesso real a um serviço da APS para atendimento imediato (MIAN; PONG, 2012), o que pode estar relacionado às boas condições da continuidade do cuidado em sua FUC.

Ao analisar os efeitos de ter uma FUC influenciada pela cobertura dos planos privados de saúde e que afeta no acesso aos serviços de saúde (BEAL *et al.*, 2007; SMITH; BARTELL, 2004), além de uma maior frequência de necessidade resolvidas (TILLOTSON *et al.*, 2012). É importante destacar a relevância de investigação da relação entre a FUC e variáveis utilizadas pelas políticas, de modo a reconhecer os determinantes para a formulação de novas políticas públicas (DEVOE; SAULTZ; KROIS, 2009).

Segundo Dourado & Cols (2016), o Brasil devido a sua reestruturação dos serviços de saúde através dos enormes progressos na APS e na busca pela superação das desigualdades sociais constitui-se em um importante local para a investigação da existência de uma fonte usual do cuidado para a população, especialmente, os adolescentes. Uma vez que o aprimoramento da rede de APS pode gerar impacto importante sobre os determinantes da saúde da população de adolescentes e jovens no Brasil. Vale destacar a proximidade desses serviços dos domicílios dos sujeitos, além da importância das ações de prevenção, promoção da saúde realizadas de forma intersetorial, 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).

### **3.3.2 A associação entre uma FUC e o acesso aos serviços de saúde**

A literatura apresenta a fonte usual de cuidado como uma relação estrita de um indivíduo com uma instituição de atenção primária ou um provedor individual de cuidados (DEVOE; SAULTZ; KROIS, 2009). FUC ainda é reconhecida como um forte preditor de acesso e com associação para os serviços preventivos com redução do uso dos serviços hospitalares, como as emergências, e ainda pode minimizar o tempo de internação hospitalar (WEBER *et al.*, 2005; XU, 2002; PIEHL; CLEMENS; JOINES, 2000; RYAN *et al.*, 2001; KIRAN *et al.*, 2018).

A literatura conceitua e operacionaliza de modos variados os termos acesso aos serviços de saúde e fonte usual de cuidados, alguns destacam como indicadores diferentes, enquanto outros utilizam como sinônimos. Um exemplo do emprego dos termos como sinônimo foi destacado pelo estudo de Macinko & Costa (2012), o qual considerou na mensuração do acesso, utilização e satisfação com os serviços da atenção primária como a presença de uma fonte usual de cuidados a partir do seguinte questionamento: você costuma procurar o mesmo local, médico ou serviço de saúde quando precisa de cuidados? Apesar de uma considerável variação nos questionamentos da literatura para a investigação de FUC, existem outros estudos que utilizam questionários sobre o acesso aos cuidados de saúde para obter informações sobre a presença ou ausência de uma fonte habitual de cuidados (NEWACHECK *et al.*, 2018)

Para avaliar estes indicadores é de suma importância analisar esta relação entre o acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento de uma FUC para os serviços de APS. Além disso, vale destacar que a APS apresenta diferentes modalidades organizacionais para os diferentes tipos de ações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Com a perspectiva de compreender as características de uma FUC, como um serviço da APS, é importante destacar a ESF que é considerada o principal instrumento de reorientação do modelo assistencial adotado no país (BRASIL, 2012), e com capacidade para atender as diretrizes do SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Além de ser um dos modelos 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).

Estudo destaca a importância dos profissionais que compõem as equipes da ESF para facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde, de forma a coordenar o cuidado ofertado por outros serviços que compõem o sistema de saúde (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017). Na literatura há análises críticas a respeito das vantagens de utilização de um médico generalista como fonte usual do cuidado e seu papel no encaminhamento dos pacientes para o acesso à atenção especializada, condição relacionada à avaliação da eficiência da APS (ORTÚN; GÉRVAS; 1996; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Devido as diretrizes organizacionais dos serviços da ESF, estudos verificaram que essa modalidade de serviço facilita a disponibilidade regular dos serviços de atenção e influencia em melhores condições de acesso a atenção à saúde (FACCHINI *et al.*, 2006; BRASIL, 2001; CONILL, 2002; RIBEIRO *et al.*, 2004). Algumas investigações que buscaram 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), melhorias no acesso e uso dos serviços de saúde (NEDEL *et al.*, 2008). Apesar de resultados relevantes, a APS ainda apresenta desigualdades de cobertura e insuficiência de implantação.

Para a análise da associação entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento de uma FUC, estudo destaca a importância da presença de um médico, ou seja, um médico de família ou clínico geral que o indivíduo tenha sido atendido anteriormente e fora destacado como FUC (MIAN; PONG, 2012). É importante ressaltar que o fato de ter uma FUC, a exemplo de um médico de família, favorece o acesso a cuidados preventivos, como exames da pressão arterial, mamografia, exames de papanicolaou, e ainda possibilita um melhor controle de doenças crônicas (HAY *et al.*, 2010, DEVOE *et al.*, 2003), permite ainda, o diagnóstico e tratamento precoce de doenças com alto potencial de danos à saúde ou letalidade, além de reduzir gastos (JERANT *et al.*, 2012). Ademais, o acesso aos horários estendidos de atendimento interfere significativamente na redução do uso dos serviços de emergência (JERANT *et al.*, 2012).

Alguns determinantes podem favorecer a relação entre o reconhecimento de uma fonte usual de cuidados e o acesso aos serviços de saúde. Para os estudos internacionais a disposição de um seguro saúde (público ou privado) tem influência significativa na análise desta relação. Estudos desenvolvidos nos EUA destacam a crescente valorização do seguro saúde no acesso de crianças e adolescentes aos cuidados de saúde (WOOD *et al.*, 1990; HOLL *et al.*, 1995; CURRIE; GRUBER, 1996; NEWACHECK *et al.*, 1998), uma vez que as crianças não seguradas têm menor probabilidade de fazerem visitas aos profissionais médicos, além de ficarem sem uma fonte usual de cuidados de saúde (HOLL *et al.*, 1995). Além disso, as pessoas seguradas por planos de saúde têm maior acesso a ações preventivas e recebem melhores condições de aconselhamento sobre sua saúde por disporem de uma FUC (ALLRED; WOOTEN; KONG, 2007; DEVOE; PETERING; KROIS, 2008; DEVOE *et al.*, 2012).

Na avaliação de barreiras ou de facilitadores do acesso de indivíduos segurados por planos de saúde públicos, como o Medicaid, estudo destaca a facilidade de entrar em contato com a fonte usual de cuidados durante e depois do horário regular de trabalho, além do prolongamento do horário de expediente, durante o turno noturno e nos finais de semana (CUNNINGHAM, 2015). Enquanto que no cenário brasileiro, observou-se a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) que os indivíduos cobertos pela ESF tinham maior probabilidade de ter uma FUC, quando comparados aos indivíduos não cobertos

na ESF, e inclusive os segurados por planos privados de saúde, além de ser o grupo com maior possibilidade de ter acesso a medicamentos de uso rotineiro. É importante destacar que a associação foi mais forte dentre os indivíduos com piores condições socioeconômicas (MACINKO; COSTA, 2012).

Com relação a alguns determinantes socioeconômicos, a literatura demonstra diferenças entre alguns fatores que podem influenciar no acesso aos cuidados de saúde entre os usuários dos planos privados de saúde comparados aos dos serviços públicos como os da APS, especialmente, da ESF. Estudo realizado no Brasil identificou que a renda familiar das famílias que têm a ESF como sua FUC foi 40% menor que a média nacional, e em torno de 70% a menos quando comparado as famílias com plano privado de saúde. Na comparação de indivíduos residentes em zonas rurais e urbanas, os domiciliados na zona rural que têm cobertura da ESF e com maiores condições de renda apresentaram maior probabilidade de terem visitado um médico nos últimos 12 meses (MACINKO; COSTA, 2012).

Diante da contextualização apresentada, os achados demonstram que o acesso aos serviços de saúde por pessoas que relataram um médico generalista como sua fonte regular do cuidado apresentaram maior probabilidade de procurar por este profissional na presença de algum problema de saúde, quando comparado aos indivíduos que referiram sua fonte de cuidado ser um especialista (SPIEGEL *et al.*, 1983; STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), os poucos estudos que avaliaram a atenção ao primeiro contato, em que sua fonte usual de atenção é um profissional da atenção primária, observou uma maior probabilidade de receber atenção ao primeiro contato desse profissional do que os indivíduos que têm outro médico como sua fonte usual do cuidado. Portanto, faz-se necessário destacar a importância do indivíduo dispor de uma FUC da APS para a obtenção das melhores condições de acesso a esse tipo de serviço, especialmente, para as ações de prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Modelo teórico

O modelo teórico do estudo buscou entender a relação entre os determinantes sociais da saúde e as condições de reconhecimento de uma fonte usual do cuidado (FUC) (Figura 1), identificando as associações com o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, e as características sociodemográficas, econômicas, necessidades de saúde, utilização dos serviços e a disponibilidade de ações intersetoriais entre saúde e educação.

O modelo teórico foi elaborado fundamentado em uma revisão de literatura, tendo como hipóteses de investigação, a proposição de que os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de riscos dos adolescentes estão associados ao reconhecimento de uma FUC. Como segunda proposição considera-se que os adolescentes que estudam em escolas que realizam ações intersetoriais com os serviços de saúde associa-se a uma maior probabilidade de reconhecer sua FUC como um serviço da APS, comparado aos escolares de estabelecimentos que não dispõem dessas ações intersetoriais. A terceira proposição refere-se que, os adolescentes que reconhecem como sua fonte usual de cuidado como um serviço da APS associa-se a melhores condições de acesso a estes serviços, para as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, quando comparados àqueles sem uma FUC. Além disso, para o desenvolvimento deste estudo considera-se a possibilidade que haver diferenças entre os sexos para as proposições destacadas acima, para tanto, as hipóteses de associação serão analisadas através da estratificação por sexo.

O território brasileiro é constituído por grandes desigualdades sociais e disparidades econômicas (SOLT, 2016; PNS, 2015), o que tem exigido esforços adicionais por parte da população e do poder público para uma ampliação da proteção social para toda a população, com acesso aos serviços de saúde, especialmente, aos serviços de APS (ATUN *et al.*, 2015), além do desenvolvimento de vínculo e o reconhecimento de uma FUC, de modo a reduzir as situações de vulnerabilidade e garantir a este grupo populacional resolutividade para as necessidades e problemas de saúde .

Para a compreensão da importância e do papel de uma FUC e o acesso aos serviços de saúde há a necessidade de compreender vários fatores determinantes para este processo, a exemplo dos aspectos individuais, contextuais e da relação entre o indivíduo que procura a atenção e a equipe ou profissional de saúde que oferta a assistência (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ATUYAMBE *et al.*, 2008).



Partindo de diferentes contextos sociais, diversos teóricos em diferentes épocas veem destacando a determinação social de classe, renda, trabalho, condições de vida e escolaridade (ALMEIDA-FILHO, 2004; BUCK *et al.*, 1988), adicionado a estes fatores é necessário destacar os determinantes biológicos como sexo e idade, e comportamentais como o hábito de fumar, uso de bebida alcóolica e hábitos alimentares e a prática de atividade física, todos estes aspectos influenciam nos problemas de saúde da população (OMS, 2019).

As condições contextuais, as necessidades de saúde e as concepções do próprio indivíduo decorrerão em demandas por uma atenção à saúde (MARTINS, 2017). Estas demandas em saúde podem repercutir no tipo de serviço ou complexidade para o cuidado necessário, englobando os serviços de urgências e emergências, cuidados para agravos ou problemas de saúde de caráter agudo ou crônico e, especialmente, para o público adolescente as ações de prevenção e promoção da saúde (NUNES, 2012).

As demandas podem ser consideradas potenciais ou reprimidas. A demanda potencial representa os indivíduos que tiveram condições de acessar os serviços de saúde, e as reprimidas, diz respeito aos indivíduos que apresentaram necessidades de atenção à saúde, entretanto, não buscaram atendimento a um serviço de saúde. Esta decisão pode ter sido influenciada por experiências pregressas ou pelo enfretamento de barreiras de acesso a atenção a saúde (MARTINS, 2017).

As demandas em saúde e as experiências pregressas sofrem influências não apenas de vivências dos próprios indivíduos, mas, principalmente, no caso de usuários adolescentes das concepções e contextos familiares e sociais. Além disso, faz-se necessário considerar os efeitos das políticas públicas de saúde, que a depender do serviço/ações ofertadas poderão gerar demandas para os serviços de saúde. Vale ressaltar ainda que, a oferta e a qualidade do cuidado exercem um papel muito importante para que o indivíduo reconheça sua fonte usual de cuidados.

Quando as ações são voltadas para o público adolescentes, a educação é um dos parâmetros analisados na determinação social, uma vez que o ato de educar repercute diretamente na construção de redes culturais e comportamentais. Para tanto, faz-se necessário a valorização de ações de caráter intersetorial a fim de extrapolar a setorialização, ou seja, de modo a articular com diversos setores sociais na mediação de experiências e saberes (HIGA *et al.*, 2015). Tendo o ambiente escolar como um espaço potencial para o desenvolvimento de valores e pensamentos críticos a respeito da realidade social e dos estilos de vida, além da aquisição de aprendizagens ao longo da vida que poderão definir comportamentos e favorecer

o emponderamento para a promoção da saúde (BRASIL, 2010; FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Dentre as políticas intersetoriais entre os Ministérios da Saúde e da Educação, é possível destacar o Programa Saúde na Escola (PSE) que apresentam como eixos principais: avaliação das condições de saúde da população escolar, promoção de práticas em saúde e prevenção de doenças, capacitação continuada de educadores e profissionais da saúde, além do monitoramento das ações do programa, tem como propósito melhorar a qualidade de vida de todos os segmentos populacionais que frequentam a rede escolar pública (HIGA *et al.*, 2015).

A literatura demonstra que os motivos e o comportamento para busca pelo serviço de saúde diferem entre os sexos no grupo populacional de adolescentes (PINHEIRO *et al.*, 2002; BRISCOE, 1978; CLARO *et al.*, 2006). Diante dessas peculiaridades desse grupo etário, para alcançar os propósitos de proteção para a saúde dos adolescentes, os diferentes equipamentos devem estabelecer relações, dentro e fora do seu setor. De modo que haja articulação entre os serviços, da conexão entre profissionais, ações, programas e projetos de redes de interdependência e coresponsabilização a fim de garantir a integralidade do cuidado (FERRO *et al.*, 2014).

Com este propósito de articulação intersetorial, de forma a proporcionar ao usuário ações de prevenção e promoção da saúde tem-se disponível os serviços da APS que podem reestruturar as ações programáticas de modo a atender as necessidades dos adolescentes, além de favorecer o diálogo entre os diferentes setores (HIGA *et al.*, 2015). Vale ressaltar ainda que, os serviços da APS têm como atributo a longitudinalidade do cuidado, ou seja, é um serviço que visa ser a fonte usual de cuidado dos usuários através da manutenção de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, além de favorecer a cooperação mútua e que os usuários não busquem os serviços apenas em situações de problema de saúde (NÓBREGA *et al.*, 2015).

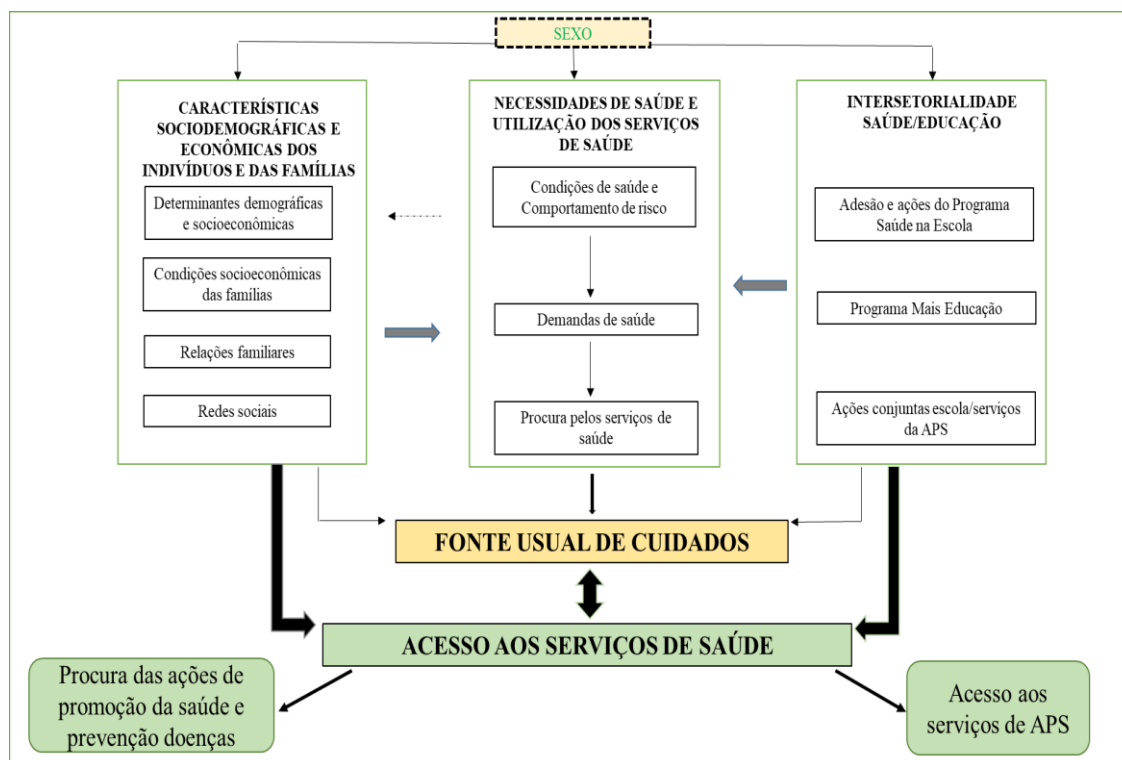
Diante do exposto e considerando os adolescentes como um seguimento populacional vulnerável, devido a um determinado afastamento dos serviços de saúde (NUNES *et al.*, 2015; CLARO *et al.*, 2006), além de comportamentos de risco que podem repercutir na saúde do indivíduo (SKEER; BALLARD, 2013). Faz-se necessário, a adoção de estratégias que priorizem a intersetorialidade entre os setores da saúde e educação (HIGA *et al.*, 2015).

Diante dessas diversidades que compõem o país abordar questões sobre a saúde dos adolescentes brasileiros, seus aspectos demográficos, econômicos, familiares, contextos sociais, comportamentos de risco e hábitos de vida (IBGE, 2013) são informações que poderão subsidiar mudanças de práticas ou a elaboração de políticas públicas capazes de atender as demandas dessa população (MARTINS *et al.*, 2019). Uma vez que os comportamentos de risco

para à saúde adquiridos na adolescência geralmente se perpetuam para as fases subsequentes da vida do indivíduo, com sérias consequências para a saúde e a qualidade de vida (GROWING, 2016).

Para o delineamento deste estudo a proposta partiu da disposição de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), considerando as questões teóricas e empíricas para a investigação. Diversos fatores descritos na literatura nacional e internacional apresentam a probabilidade de associação com os desfechos de interesse, a fonte usual de cuidados e o acesso aos serviços de saúde da APS, para isso, foram definidos os seguintes blocos analíticos:

- a) Características sociodemográficas e econômicas dos indivíduos e das famílias – no qual serão destacadas as informações do contexto sociodemográfico e econômico individual e familiar, como - faixa etária, raça/cor, defasagem escolar, posse de bens de consumo, escolaridade do responsável, recebimento de remuneração por atividade laboral, número de residentes no domicílio, região de residência, tipo de dependência escolar e relações familiares e sociais.
- b) Necessidades de saúde e utilização dos serviços de saúde – nesta proposta serão consideradas as necessidades e comportamentos de risco dos indivíduos, como – as considerações pela autoimagem corporal (satisfação e com considera seu corpo), a exposição do tabagismo, uso de drogas, consumo abusivo de álcool, comportamento sexual, e exposição a violência por arma branca. Tais condições podem gerar demandas de saúde, as quais poderão levar o indivíduo a procurar ou não os serviços de saúde.
- c) Com relação a intersetorialidade saúde e educação – serão consideradas a adesão das escolas dos adolescentes às ações do Programa de Saúde na Escola (PSE), o Programa mais Educação e do desenvolvimento de ações conjuntas entre as escolas e os serviços da APS.



Elaborado pela própria autora.

**Figura 1.** Modelo teórico para investigação de determinantes sociais da saúde associados a Fonte Usual do Cuidado e Acesso aos serviços de saúde da APS por adolescentes brasileiros.

O projeto de tese será organizado em quatro propostas de artigos, sendo que o primeiro artigo consiste em uma proposta de revisão de literatura, e os demais estudos têm como perspectiva a elaboração de estudos epidemiológicos de cortes transversais.

#### 4.2 Revisão da literatura

Será realizado uma revisão sistemática a fim de responder as seguintes perguntas de investigação: Quais os conceitos de fonte usual do cuidado e as abordagens metodológicas utilizadas na literatura científica nacional e internacional? e Quais os fatores determinantes para o reconhecimento de uma FUC evidenciados por estes estudos?

O estudo terá como base de dados: Web of Science, Scopus, Science Direct e Pubmed, nas quais serão realizadas pesquisas considerando a seguinte estratégia de busca: “Primary Health Care” OR “Primary Care” AND “usual source of care”. Os descritores foram definidos a partir dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e “usual source of care” será utilizado como termo por não existir registro no DeCS.

Como critérios de elegibilidade serão considerados estudos originais que respondam à pergunta de investigação definida previamente, disponíveis nas bases de dados destacadas

anteriormente e com qualidade metodológica assegurada - nesta fase serão considerados todas as possíveis fontes de erro (viés), que podem comprometer a relevância dos estudos em análise. Para assegurar a qualidade metodológica será necessário um conhecimento sustentado das metodologias de investigação e de análise estatística, assim como dos instrumentos de mensuração empregados.

Não será estabelecido grupo populacional de interesse, ano de publicação e local de realização do estudo como critério para seleção. As buscas serão realizadas sem restrição de idiomas e data, para conhecer a totalidade dos artigos existentes. As bases de dados serão consultadas e os artigos serão transferidos para o software Endnote *online*. Após o armazenamento serão analisados títulos e resumo a fim de verificar os estudos para uma análise do artigo completo.

Para a análise dos estudos serão observadas as seguintes características: autores, ano de publicação, país de realização do estudo, ano de realização do estudo, fonte de dados, tipo do estudo/desenho, população-alvo, tipo de sistema de pagamento pelo serviço utilizado na FUC (seguro público x privado), forma de definição e questionamento do termo FUC, relação nos estudos entre FUC e os atributos da APS, emprego da variável FUC como variável dependente, independente principal e co-variável e dados da relação FUC e fatores associados no caso de variável desfecho ou como preditora (Quadro 1).

### **4.3 Estudos empíricos**

#### **4.3.1 Tipo de estudo**

Os estudos serão realizados por meio de desenhos transversais, cujos dados serão retirados dos bancos de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada nos anos de 2012 e 2015, a partir de convênio celebrado com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

#### **4.3.2 Local e população do estudo**

Segundo dados do Ibge, o Brasil é um país que apresenta uma população estimada para o ano de 2016 em 206.081.432 habitantes, sendo sua população de adolescentes de 34.157.631 indivíduos em 2010 (IBGE, 2010). O seu território apresenta-se dividido em cinco Regiões (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste, Centro Oeste), sendo a Região Sudeste com maior contingente populacional e a Região Centro-Oeste a menor, compreende-se em 26 unidades da federação e o Distrito Federal (IBGE, 2017).

A população do estudo será constituída por adolescentes matriculados no 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas ou privadas, situadas nas áreas urbanas e rurais de todo o território nacional.

#### **4.3.3 Fontes de dados**

As fontes de dados que serão utilizadas neste estudo serão os dados das PeNSEs que foram obtidos mediante estudos de corte transversais realizados em 2012 e 2015 pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A PeNSE é um inquérito periódico de base populacional nacionalmente representativa, até o momento apresenta três edições (2009, 2012 e 2015) com dados disponíveis pelo site do IBGE e de domínio público. Realizadas em todo o Brasil a partir de uma amostra probabilística, com objetivo de conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde desse grupo populacional. Na edição de 2009 não foram abordadas questões relativas a procura e acesso aos serviços de saúde, motivo pelo qual os dados referentes ao inquérito deste ano não serão utilizados.

A pesquisa utilizou-se de questões relacionadas aos indivíduos (adolescentes) e as escolas, para o presente estudo serão utilizados dados relacionados a investigação dos indivíduos e das escolas.

Utilizou-se de questionários estruturados autoaplicáveis inseridos em smartphones com cerca de 140 perguntas aplicadas a adolescentes brasileiros, com questionamentos relativos a aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; utilização de serviços de saúde, entre outros aspectos. Ainda que os temas investigados sejam os mesmos das edições anteriores da pesquisa, na edição de 2015 novas perguntas foram incluídas, outras excluídas e muitas foram adaptadas, a fim de assegurar a comparabilidade internacional das informações investigadas, além de facilitar a compreensão dos estudantes (IBGE, 2015).

#### **4.3.4 Plano de amostragem**

Para realização de ambos os inquéritos houveram algumas especificidades e critérios em comuns. A realização dos inquéritos com estudantes do 9º ano do ensino fundamental se justifica pelo mínimo de escolarização necessária para responder ao questionário autoaplicável (IBGE, 2012; 2015).

Para ambos os inquéritos foram selecionadas escolas com pelos menos 15 adolescentes na série estabelecida e com idade aproximada de 13 a 15 anos como estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que tenham informado idade e sexo, além de concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no *Smartphone*. Para a seleção da amostra pesquisadas utilizou-se a lista das escolas de ensino fundamental listadas no Censo Escolar 2010 e 2013 realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (IBGE, 2012; 2015).

No inquérito de 2015 foram realizadas duas amostras, mas neste estudo será considerada apenas a amostra 1 que apresenta características semelhantes à da pesquisa 2012. Considerando a PeNSE 2015 apesar de representar mais de 20% das escolas e um grande número dessas instituições estão distribuídas pelos municípios do interior do país.

As amostras foram dimensionadas na perspectiva de estimar parâmetros populacionais nos diferentes domínios geográficos sendo definidos como estratos: cada um dos 26 municípios das capitais e o Distrito Federal; os demais municípios estudados foram agrupados em cada uma das cinco regiões do país formando cinco estratos geográficos. Em cada um desses estratos foi dimensionada e selecionada uma amostra de escolas. Estas escolas foram visitadas e foi selecionado uma amostra de turmas em cada escola e os alunos foram convidados para responder o questionário da pesquisa sendo, portanto, obtido uma amostra independente de estudantes em cada estrato (IBGE, 2013; 2015).

A obtenção do tamanho da amostra de cada estrato foi realizada a partir das estimativas de prevalências de algumas características de interesse, para cada estrato geográfico, com um erro de aproximadamente 3% ao nível de confiança de 95%, considerando uma prevalência de 50% (IBGE, 2013; 2015).

As amostras para os 26 municípios das capitais e o Distrito Federal foram obtidas em dois estágios, o primeiro estágio da amostragem foi constituído das escolas, cada unidade primária da amostragem foi visitada para elaboração de uma lista atualizada e seleção das turmas do 9º ano como estágio secundário. Para os estratos dos demais municípios, a seleção foi em três estágios. O primeiro foi formado por grupos de municípios com probabilidade proporcional ao número total de turmas do 9º ano dos municípios agrupados, as escolas constituíram o segundo estágio e as turmas cujo alunos formaram a amostra de estudantes de cada estrato compuseram a unidade terciária (IBGE, 2012).

Na PeNSE (2015) os estratos geográficos apresentaram quatro estratos de alocação, a saber: escolas privadas com até duas turmas do 9º ano, escolas privadas com mais de duas turmas do 9º ano, escolas públicas com até duas turmas do 9º ano, e escolas públicas com mais

de duas turmas do 9º ano. Alguns dos 53 estratos geográficos não tinham escolas em todos os estratos de alocação definidos. No total, foram definidos 207 estratos. Os estágios de agregação foram definidos da seguinte forma: as escolas como unidades primárias da amostragem, e as turmas as unidades secundárias.

A amostra da PeNSE 2012 correspondeu a um total de 109.104 indivíduos (IBGE, 2013), e a PeNSE 2015 um total de 102 301 adolescente brasileiros (IBGE, 2015).

A terceira edição (PeNSE 2015) dispõe de informações oriundas de dois planos amostrais distintos, que contemplam, respectivamente, adolescentes frequentando o 9º ano do ensino fundamental, e adolescentes de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) e da 1ª a 3ª série do ensino médio, no ano de referência da pesquisa (IBGE, 2016).

O plano amostral das PeNSEs permite a comparação temporal entre os municípios das Capitais e o Distrito Federal entre as edições da pesquisa. As especificações de como foi realizado o processo amostral considerando a estratificação do território e uma amostra por conglomerado encontra-se disponível nos livros da “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012 e 2015” (IBGE, 2013, 2016).

#### **4.4 Conceitos e variáveis e plano de análise**

##### **4.4.1 Estudo de determinantes do reconhecimento de FUC**

Este estudo será desenvolvido a partir do seguinte problema de pesquisa: Quais os fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e comportamentos de risco estão associados ao reconhecimento de uma fonte usual do cuidado, segundo o sexo, entre adolescentes brasileiros?

**Variável dependente:** Fonte Usual de Cuidado – Que será definida a partir do conceito de Starfield, que destaca que a fonte usual do cuidado é definida como ter um profissional de saúde específico ou lugar para os pacientes consultar na condição de doente ou quando necessitam de cuidados de saúde (STARFIELD, 2002). Neste estudo foi definida como o serviço ou profissional de saúde que o indivíduo afirmou ter procurado com maior frequência para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses. Será considerado como não ter uma FUC os indivíduos que responderam “não” na primeira pergunta, que responderam que procuraram uma farmácia, e não informado.

Além dessa, forma de análise foi considerado a variável tipo de FUC, o qual considerou-se o serviço de saúde que indivíduo procurou com mais frequência, nos últimos 12 meses. Os



serviços de saúde que constituíram a FUC dos indivíduos foram categorizados nas seguintes opções: Unidades Básicas de Saúde (UBS), consultórios particulares ou clínica particular, Consultório odontológico, consultório de outros profissional de saúde, serviços de especialidades médicas ou Policlínicas, Pronto-socorro, emergência ou UPA, Serviços de atendimento domiciliares, hospital, laboratórios ou clínicas para exames complementares, farmácia e outros.

Este estudo será conduzido através de duas formas de avaliação da variável dependente: Ter uma Fonte Usual do Cuidado (FUC) e Tipo de FUC (quadro 2).

A definição dessa análise com variáveis binárias será baseada no estudo de Dourado & Cols (2016): Qual a FUC os indivíduos reconhecem: (APS x Consultório particulares); (APS x Serviços de especialidades médicas/Laboratórios ou clínicas); (APS x Cuidados domiciliares); (APS x Hospitais); (APS x Cuidados de urgência e emergência). Os detalhes da definição de cada variável podem ser observados no quadro 2.

### **Variáveis independentes**

As variáveis utilizadas na análise foram organizadas em três blocos, e estão descritas no Quadro 2:

- *Aspectos sociodemográficos e econômicos:* Idade em anos; raça/cor; defasagem escolar; trabalho remunerado; região de residência; dependência escolar; bens de consumo; escolaridade materna; escolaridade paterna.
- *Contexto Familiar:* número de pessoas que residem com o adolescente; costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável;
- *Condições de Saúde e hábitos comportamentais:* tabagismo regular, uso de drogas, consumo abusivo de álcool, comportamento sexual, situação de violência, valor da imagem corporal, satisfação da imagem corporal, imagem corporal e autoavaliação do estado de saúde.

### Variáveis independentes

As variáveis utilizadas na análise foram organizadas em três blocos, e estão descritas no Quadro 2:

- Aspectos sociodemográficos e econômicos: Idade em anos; raça/cor; defasagem escolar; trabalho remunerado; região de residência; dependência escolar; bens de consumo; escolaridade materna; escolaridade paterna.
- Contexto Familiar: número de pessoas que residem com o adolescente; costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável;

- Condições de Saúde e hábitos comportamentais: tabagismo regular, uso de drogas, consumo abusivo de álcool, comportamento sexual, situação de violência, valor da imagem corporal, satisfação da imagem corporal, imagem corporal e autoavaliação do estado de saúde.

Será realizada regressão logística multinível para calcular as razões de prevalências através de uma modelagem hierarquizada. Nesta análise será utilizada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis estudadas, permitindo assim prever o comportamento da variável dependente na presença simultânea das variáveis do estudo.

Inicialmente será realizada pré-seleção das variáveis para inclusão no modelo através da análise de colinearidade, além de questões teóricas que foram consideradas na escolha dessas variáveis. Após esta etapa, para a obtenção do modelo multivariado todas as variáveis pré-selecionadas serão incluídas e realizar-se-á o diagnóstico do modelo (HOSMER; LEMESHOW, 2000) através do cálculo da razão de prevalência e seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

Todas as análises serão realizadas usando Stata versão 15, e os com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa.

#### **4.4.2 Estudo da associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS**

Este estudo será desenvolvido a partir do seguinte problema de pesquisa: Existe associação entre o desenvolvimento de ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde e o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS, segundo sexo, entre adolescentes brasileiros?

**A variável dependente** – Fonte Usual de Cuidado de APS - Será analisada considerando uma variável binária (APS e outras FUC) (Quadro 2).

A variável Fonte usual do cuidado de APS foi definida quando foi a opção Unidades Básicas de Saúde (UBS) o serviço ou profissional de saúde que o indivíduo afirmou ter procurado com maior frequência para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses.

**A variável independente principal** - ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde.

A variável ações intersetoriais será mensurado a partir de iniciativas que contam com a interação de dois ou mais órgãos pertencentes a diferentes setores sociais ou econômicos. Esta

variável foi analisada a partir da construção de um indicador por meio de três perguntas do inquérito que visam identificar a presença de uma relação escola/serviços da APS.

Para a definição do indicador “Ações intersetoriais” considerou-se “Sim” para a pergunta: A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica? Adicionado a esta pergunta será considerado a condição “sim” para uma das outras duas perguntas (A escola implementa ações do Programa Saúde da Escola (PSE)? Ou Sua escola implementa ações do Programa Mais Educação?) (quadro 2).

**Co-variáveis:** Neste estudo as co-variáveis serão utilizadas apenas para ajuste da modelagem.

O plano de análise proposto considerará a variável sexo como efeito estratificado. Inicialmente, será realizada análise descritiva bivariada entre a variável independente principal e as co-variáveis que apresentam características sociodemográficos e econômicos, condições de saúde e hábitos comportamentais, além de variáveis relacionadas a escola. Para esta análise será considerado o primeiro estágio do conglomerado (escolas). A análise descritiva será realizada através de testes de qui-quadrado de Pearson e respectivos p valores para testar a independência, fará uso de procedimentos de correções necessárias para amostragens complexas através do conjunto de comandos survey do software estatístico Stata® versão 15.0.

Será realizada regressão logística multinível para calcular as razões de prevalências. Nesta análise será utilizada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis estudadas, permitindo assim prever o comportamento da variável dependente na presença simultânea das variáveis do estudo.

Inicialmente será realizada pré-seleção das variáveis para inclusão no modelo através da análise de colinearidade, além de questões teóricas que serão consideradas na escolha dessas variáveis. Após esta etapa, para a obtenção do modelo multivariado todas as variáveis pré-selecionadas serão incluídas e realizar-se-á o diagnóstico do modelo (HOSMER; LEMESHOW, 2000) através do cálculo da razão de prevalência e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as análises serão realizadas usando Stata versão 15, e os com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa.

#### **4.4.3 Análise da associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS e o acesso aos serviços de APS**

Este estudo será realizado com a perspectiva de responder a seguinte pergunta de investigação: Existe associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de APS

e o acesso aos serviços de APS? Existe associação entre o reconhecimento de uma FUC e a procura de serviços de APS para realização de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde?

**Variável dependente:** *Acesso aos serviços de APS* - O acesso aos serviços de atenção primária à saúde será mensurada entre os indivíduos que afirmaram ter procurado algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses.

A partir dos indivíduos que afirmaram ter procurado será aferido o acesso aos serviços de APS (Quadro 2).

Para a averiguação da procura pelos serviços da APS, foram observadas as informações do seguinte questionamento: Qual foi o principal motivo da sua procura na UBS/ESF nesta última vez? Tendo como possíveis categorias de análise:

Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde: Apoio para controle de peso (ganhar ou perder); Vacinação; Consulta para métodos contraceptivos (preservativos, pílula, DIU etc); Apoio para parar de fumar; Pré-natal / Teste para gravidez.

Ações curativas: (Acidente ou lesão; Reabilitação ou terapia; Doença; Problema odontológico; Buscar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte); Teste para HIV, Sífilis ou Hepatite B; Solicitação de atestado médico.

**Variável independente principal:** Fonte Usual de Cuidado de APS - Será analisada considerando uma variável binária (APS e outras FUC), semelhante ao terceiro artigo (Quadro

**Co-variáveis:**

As variáveis utilizadas na análise foram organizadas em três blocos, e estão descritas no Quadro 2:

- *Aspectos sociodemográficos e econômicos:* Idade em anos; raça/cor; defasagem escolar; trabalho remunerado; região de residência; dependência escolar; bens de consumo; escolaridade materna; escolaridade paterna.
- *Contexto Familiar:* número de pessoas que residem com o adolescente; costuma almoçar ou jantar com sua mãe, pai ou responsável;
- *Condições de Saúde e hábitos comportamentais:* tabagismo regular, uso de drogas, consumo abusivo de álcool, comportamento sexual, situação de violência, valor da imagem corporal, satisfação da imagem corporal, imagem corporal e autoavaliação do estado de saúde.

O plano de análise proposto considerará a variável sexo como efeito modificador, sendo realizado uma análise estratificada, e iniciará-se pela análise descritiva bivariada entre a variável independente principal e as co-variáveis que apresentam características

sociodemográficos e econômicos, contexto familiar, condições de saúde e hábitos comportamentais, além de variáveis relacionadas a escola. Para esta análise será considerado o primeiro estágio do conglomerado (escolas). A análise descritiva será realizada através de testes de qui-quadrado de Pearson e respectivos p valores para testar a independência, fará uso de procedimentos de correções necessárias para amostragens complexas através do conjunto de comandos survey do software estatístico Stata® versão 15.0.

Além da análise descritiva proposta acima será realizado uma análise exploratória descritiva entre os motivos da procura pelos serviços da APS e a variável dependente. Será realizada regressão logística multinível para calcular as razões de prevalências. Nesta análise será utilizada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis estudadas, permitindo assim prever o comportamento da variável dependente na presença simultânea das variáveis do estudo.

Inicialmente será realizada pré-seleção das variáveis para inclusão no modelo através da análise de colinearidade, além de questões teóricas que serão consideradas na escolha dessas variáveis. Após esta etapa, para a obtenção do modelo multivariado todas as variáveis pré-selecionadas serão incluídas e realizar-se-á o diagnóstico do modelo (HOSMER; LEMESHOW, 2000) através do cálculo da razão de prevalência e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as análises serão realizadas usando Stata versão 15, e os com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa.

#### **4.3.6 Aspectos éticos**

Este estudo utiliza-se de dados disponíveis, individuados e não identificados. Apesar dos inquéritos já disporem de um número de parecer do CEP do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este projeto será submetido para avaliação do CEP do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 564–73, 2013.
- ALLRED, N.; WOOTEN, K.; KONG, Y. The association of health insurance and continuous primary care in the medical home on vaccination coverage for 19- to 35-month-old children. **Pediatrics**. v.119(Suppl 1): S4–S11, 2007.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate [online]**. v.42, n.spe1, pp.244-260, 2018.
- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2006.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.9, n.4, p.865-884, 2004.
- AN, A. R. et al. Having a usual source of care and its associated factors in Korean adults: a cross-sectional study of the 2012 Korea - Health Panel Survey. **Family Practice** v.17, n.167, 2016.
- ANDERSEN, R. M. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*; v.46, n. 7, p. 647-53, 2008.
- ANDRADE, BARRETO & BEZERRA. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, G. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANHAS, D. de M.; CASTRO-SILVA, C. R. de. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.2, p.484-495, 2017.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**. v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.
- 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.
- ARIÈS, P. História social da infância e da família. Rio de Janeiro: Guanabara. 1986, 275 pág.
- ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**. v. 28, n. 385(9974), p.1230-47, 2015.
- ATUYAMBE, L. et al. Adolescent and adult first time mothers' health seeking practices during pregnancy and early motherhood in Wakiso district, central Uganda. **Reprod Health**; v.5, n.13, 2008.

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.

BARATIERI, T.; MANDU, E. N. T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n. 5, p. 1260-1267, 2012.

BARTMAN, B. A.; MOY, E.; D'ANGELO, L. J. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. *J Health Care Poor Underserved*. v. 8, p. 214–26,1997.

BITTENCOURT, A. L. P.; FRANÇA, L. G.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Rev. bioét.** v. 23, n 2, p. 311-9, 2015.

BLANKSON, K. L.; ROBERTS, T. A. Military health care utilization by teens and young adults. **Pediatrics**; v.133, n. 4, p. 627-34, 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.

BRANDÃO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1421-30, 2006.

BRASIL. Diário oficial da União. Lei n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

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.

BRASIL. Constituição (2012). Lei N. 8.069, de 13 de Julho de 1990, e Legislação Correlata nº 8069, de 2012. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 9. ed. Disponível em: <[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_9ed.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRÊTAS, J. R. da et al. Aspectos da Sexualidade na Adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, July, 2011.

BRISCOE, M. E. Sex differences in perception of illness and expressed life satisfaction. **Psychol Med**; v.8, p. 339-45, 1978.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 404-416, mar-abr, 2005.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77 - 93, 2007.

CAMPOS-BRUSTELO, T. N. Participação religiosa e relacionamentos afetivo-sexuais de jovens evangélicos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP; 2003.

CARPENTER, W. R. et al. Racial differences in trust and regular source of patient care and the implications for prostate câncer screening use. **Cancer**. v.115, p. 5048–59, 2009.

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.

CARVALHO, L. P. E.; LOPES, P. N.; URT, S. da C. O adolescente em vulnerabilidade social e a escola: uma análise sob a perspectiva histórico-cultural. **Revista Juventude e Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, Edição Especial, p. 1-13, 2018.

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.

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.

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.

COWLING T. E. et al. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. **PLoS One**. v. 8, n. 6, 2013.

COWLING, T. E. et al. Access to primary care and the route of emergency admission to hospital: retrospective analysis of national hospital administrative data. **BMJ Qual Saf**. v. 25, n. 6, p. 432-40, 2016.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 3, p. 466-472, 2012.



CHUA, K.; SCHUSTER, M. A.; MCWILLIAMS, J. M. Differences in Health Care Access and Utilization Between Adolescents and Young Adults With Asthma. **Pediatrics**, v.131, n. 5, May 2013.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CUNNINGHAM, P. J. Many Medicaid Beneficiaries Receive Care Consistent With Attributes Of Patient-Centered Medical Homes. **Health affairs**, v. 34, n. 7, p.1105–1112, 2015.

CURRIE J, GRUBER J. Health insurance eligibility, utilization of medical care, and child health. **Q J Econ**; v.3, n. 2, p. 431-66, 1996.

DAMIANO P. C. et al. Cost of outpatient medical care for children and youth with special health care needs: investigating the impact of the medical home. **Pediatrics**; v.118, e1187-94, 2006.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n° 9, p. 2961-2973, 2016.

DAVIM, R. M. B. et al. Adolescente/Adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.

DEMPSEY, A. F.; FREED, G. L. Health care utilization by adolescents on medicaid: implications for delivering vaccines. **Pediatrics**. v. 125, n. 1, p. 43-9, 2010.

DEVOE, J. E. et al. Receipt of Preventive Care Among Adults: Insurance Status and Usual Source of Care. **American Journal of Public Health**; v.93, n. 5, 2003.

DEVOE, J. E. et al. Is health insurance enough? A usual source of care may be more important to ensure a child receives preventive health counseling. **Matern Child Health J**; v.16, n. 2, p.306-15, 2012.

DEVOE, J.E.; PETERING, R.; KROIS, L. A usual source of care: supplement or substitute for health insurance among low-income children? **Medical Care**. V.46, n. 10, p.1041-1048, 2008.

DEVOE, J. E.; TILLOTSON, C. J.; WALLACE, L. S. Usual Source of Care as a Health Insurance Substitute for U.S. Adults With Diabetes? **Diabetes Care**, v. 32, p. 983–989, 2009.

DEVOE, J. E.; SAULTZ, J. W.; KROIS, L. A Medical Home versus Temporary Housing: The Importance of a Stable Usual Source of Care Among Low-Income Children. **Pediatrics**. v. 124, n. 5, p.1363–1371, 2009.

DEVOE, J. E. Et al. The case for synergy between a usual source of care and health insurance coverage. **J Gen Intern Med**. v. 26, p.1059–66, 2011.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in Health**, v.15, p.151, 2016.

DU Z. et al. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. **Int J Equity Health**; v. 14, n. 60, 2015.

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.

FARION, K. J. et al. Understanding Low-Acuity Visits to the Pediatric Emergency Department. **PLoS ONE**; v.10, n. 6, e0128927, 2015.

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.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, 2006.

FIGUEIREDO, T. A. M. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S.de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. V.15, n.2, p.397-402, 2010.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr. [online]**; vol.31, n.2, pp.258-264, 2013.

FRANK, B. R. B. et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**; Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, 2015.

GÉRVAS, J; FERNÁNDEZ, M. P. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. bras. epidemiol**, v. 8, nº 2, p. 205-218, 2005.

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.

GILLUM, R. F.; JARRETT, N.; OBISESAN, T. O. Access to Health Care and Religion among Young American Men. **Int. J. Environ. Res. Public Health**; v. 6, p. 3225-3234, 2009.

GILL, J. M.; MAINOUS, A. G.; NSEREKO, M. The effect of continuity of care on emergency department use. **Arch Fam Med**. V.9, n. 4, p. 333-8, 2000.

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.

GIOVANELLA et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GROWING up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization - WHO, Regional Office for Europe, 2016. 276 p.

GRUMBACH, K.; KEANE, D.; BINDMAN, A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health*. V.83, n.3, p. 372-8, 1993.

GUTTMAN, N.; ZIMMERMAN, D. R.; NELSON, M. S. The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. **J Health Polit Policy Law**; v. 28, n. 6 p.1089 –120, 2003.

HAY, C. et al. Understanding the unattached population in Ontario: evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS). **Healthc Policy**; v. 6, n. 2, p. 33-47, 2010.

HARZHEIM, E.; STEIN, A.T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Bol Saúde**. v.18, p. 23-40, 2004.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. FO atendimento e o acompanhamento de adolescentes na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **REME – Rev. Min. Enferm**; v. 14, n. 2, p. 251-256, 2010.

HEILBORN, M. L. Entre as tramas da sexualidade brasileira sexualidade brasileira. **Estudos Feministas**, Florianópolis; v. 14, n.1, p. 336, janeiro-abril/2006.

HIGA, E. de F. R. et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface**, v.19 (suppl 1), 2015.

HOLL, J. L. et al. Profile of uninsured children in the United States. **Arch Pediatr Adolesc Med**; v.149, p. 398-406, 1995.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression. 2nd. New York: John Wiley & Sons, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudo e Pesquisas. Informação Demográfica Socioeconômica. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. n. 27. Rio de Janeiro: Gráfica Digital; IBGE, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 13 dez de 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.

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.

JERANT, A. et al. Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study. **Annals of family medicine**; v.10, n. 5, 2012.

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.

KING, E.; PEARSON, W.S. Religious attendance and continuity of care. **Int. J. Psychiat. Med.** V. 33, p. 377-389, 2003.

KIM, K.; JEON, H.; LEE, J. Having a Physician Rather than a Place as a Usual Source of Care Would Be Better - from 2012 Korea Health Panel Data. **J Korean Med Sci**; v.32, p. 4-12, 2017.

KIRAN, T. et al. Emergency Department Use and Enrollment in a Medical Home Providing After-Hours Care. **Annals of family medicine**, v. 16, n. 5, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2013, v.29, n.7, p.1370-1380, 2013.

LUCAS, J. W.; BARR-ANDERSON, D.J.; KINGTON, R. S. Health status, health insurance, and health care utilization patterns of immigrant black men. **American Journal of Public Health**. v. 93, p.1740-1747, 2003.

MACINKO, J.; COSTA, M. F. L. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. **Tropical Medicine and International Health**; v 17, n 1, p 36-42, 2012.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**; v. 42, n. esp 1, p. 18-37, 2018.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Aff (Millwood)**. V.29, n.12, p. 2149-60, 2010.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambul Care Manage.** v. 40 Suppl 2 S4-S11, 2017.

MALVASI, P. A. ONGs, vulnerabilidade juvenil e reconhecimento cultural: eficácia simbólica e dilemas. **Interface (Botucatu) [online]**; v.12, n.26, p.605-617, 2008.

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, n. 3, p. 65-72, 2012.

MARTINS, M. M. F. O Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um Município do Estado da Bahia. 2017. 134P. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MARTINS, M. M. F. et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública;** v. 35, n. 1, Jan, 2019.

MIAN, O.; PONG, R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? **Can Fam Physician.** v. 58, n. 11, e658–e666, 2012.

MORAIS, N. A., RAFFAELLI, M., & KOLLER, S. H. Adolescentes em situação de vulnerabilidade social e o continuum risco-proteção. **Avances em Psicologia Latinoamericana,** v. 30, n. 1, p. 122-140, 2012.

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.

NEDEL, F. B. et al. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. **Rev Saude Publica.** v. 42, nº 6, p. 1041–52, 2008.

NEWACHECK, P. W. et al. Health insurance and access to primary care for children. **The New England Journal of Medicine.** v. 338, n. 8, p. 513 -519, 1998.

NEWACHECK, P.W.; HUGHES, D. C.; STODDARD, J. J. Children's access to primary care: differences by race, income, and insurance status. **Pediatrics,** v. 97, p. 26-32, 1996.

NEWTON M. F. et al. Uninsured adults presenting to US emergency departments: assumptions vs data. **JAMA,** n. 300, p. 914 –24, 2008.

NÓBREGA, V. M. da et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Esc Anna Nery;** v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015.

NUNES, B. P. Acesso aos serviços de saúde em adolescentes e adultos na cidade de Pelotas-RS. 2012, 184p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

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. 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/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)>. Acesso em: 19 maio 2019. OMS, 2019.

OSÓRIO, L.C. **Adolescente hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

ORTÚN, V.; GÉRVAS, J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. **Med Clin (Barc)**; v.106, p. 97-102, 1996.

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.

PASTOR-SÁNCHEZ, R. et al. Continuidad Y Longitudinalidad em Medicina General en cuatro países Europeos. **Rev Esp Salud Pública**; v.71, p. 479-485, 1997.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**, São Camilo, RJ. v. 4, n. 4, p. 423-430. out./dez. 2010.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**; v.7, p. 687-707, 2002.

PIEHL, M. D.; CLEMENS, C. J. JOINES, J. D. “Narrowing the gap”: decreasing Emergency Department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. v.54, p.791–795, 2000.

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

RAGIN D. F. et al. Reasons for using the emergency department: results of the EMPATH Study. **Acad Emerg Med**; v. 12, n.12, p.1158–66, 2005.

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, n. 2, 2010.

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.

ROSENBLATT R. A. et al. The effect of the physician-patient relationship on emergency department use among the elderly. **Am J Public Health**; v. 90, n. 1, p. 97-102, 2000.

RUST G. et al. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. **Arch Intern Med**; v.168, n. 15, p. 1705-10, 2008.

RYAN, S. et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med.** v.155, n. 2, p.184-190, 2001.

SANMARTIN, C.; ROSS, N. Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada. **Health Policy.** V.1, n. 2, p. 103–119, 2006.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia I Campinas**, v. 22, n. 1, p. 33-41, 2005.

SAULTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Ann Fam Med**; v. 1, nº 3, p. 134-145, 2003

SANTOS, C. C. dos; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência & Saúde**; v. 10 n. 1 - Jan/Mar – 2013.

SANTOS, S. M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. **Cad Saude Publica**; v. 23, n. 11, p. 2533-54, 2007.

SCHAPPERT, S. M. Ambulatory care visits of physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1995. **Vital Health Stat**, v. 13, n. 129, p.1-38, 1997.

SCHOEN C. et al. Primary Care and Health System Performance: Adults' Experience in Five Countries. **Health Affairs.** W4-487–503, 2004.

SCHOEN, C. et al. How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries. **Health affairs**, v. 29, n. 12, 2010.

SKEER, M. R.; BALLARD, E. L. Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. **J Youth Adolesc**; v. 42, n. 7, p. 943-63, 2013.

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.

SILVA, G. S. et al. Comportamento Sexual de Adolescentes escolares. **Rev Min Enferm.** V. 19, n. 1, p. 154-160, 2015.

SILVA, L. N.; RANÑA, F. F. **Captação e acolhimento do adolescente.** In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SHI, L. Type of Health Insurance and the Quality of Primary Care Experience. **Am J Public Health**, v. 90, nº 12, p.1848-1855, 2000.

SMITH, P. J. et al. The association between having a medical home and vaccination coverage among children eligible for the vaccines for children program. **Pediatrics.** v. 116, p.130–9, 2005.

- SOLT, F. The Standardized World Income Inequality Database. **Social science quarterly**, v. 97, n. 5, p. 1267-81, 2016.
- SOUSA, B. B. de. Adolescer na zona rural da Bahia: condicionantes da saúde em comunidades quilombolas e não quilombolas. 2017. 216p. Tese (Doutorado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2017.
- STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**. V 344, n. 8930, p. 1123-1133, 1994.
- STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford University Press, New York, 1998.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.
- 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.
- TILLOTSON, C. J. et al. The Effects of Health Insurance and a Usual Source of Care on a Child's Receipt of Health Care. **J Pediatr Health Care**; v. 26, n5, e25–e35, 2012.
- 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.
- VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov, 2006.
- VIERA, A. J.; PATHMAN, D. E.; GARRETT, J. M. Adults' Lack of a Usual Source of Care: A Matter of Preference? **Ann Fam Med**, v. 4, n. 4, p. 359 – 365, 2006.
- WILSON, K. M.; KLEIN, J. D. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. **Arch Pediatr Adolesc Med**. v. 154, n. 4, p. 361-5, 2000.
- WEBER E. J. et al. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population- based study. **Ann Emerg Med**; n. 45:4 –12, 2005.
- WEINICK, R. M.; ZUVEKAS, S. H.; DRILEA, S. K. Access to health care sources and barriers. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. 1996.
- WOOD, D. L. et al. Access to medical care for children and adolescents in the United States. **Pediatrics**, v. 86, p.666-73, 1990.
- XU, K. T. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. **Health Services Research**. V.37, n. 6, p.1509–1529, 2002.





Quadro 2. Variáveis para análise.

| Variáveis                      | Descrição  | Perguntas (Escolares/Escolas)  | Categorias   |
|--------------------------------|--|--|--|
| Fonte Usual de Cuidado         | <p>Fonte usual do cuidado foi definida como o serviço ou profissional de saúde que o indivíduo afirmou ter procurado com maior frequência para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses.</p> <p>Será considerado como não ter uma FUC os indivíduos que responderam “não” na primeira pergunta, que responderam que procuraram uma farmácia, e não informado.</p>  | <p>- Você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses?</p> <p>- Qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência, nos últimos 12 meses?</p> | <p>- Não</p> <p>- Sim</p>  |
| Tipo de Fonte Usual de Cuidado | <p>Os serviços de saúde que constituíram a FUC dos indivíduos foram categorizados nas seguintes opções: Unidades Básicas de Saúde (UBS), consultórios particulares ou clínica particular, Consultório odontológico, consultório de outros profissional de saúde, serviços de especialidades médicas ou Policlínicas, Pronto-socorro, emergência ou UPA, Serviços de atendimento domiciliares, hospital, laboratórios ou clínicas para exames complementares, farmácia e outros.</p> <p>Para os que responderam que procuraram uma farmácia, e não informado serão transformados em <i>missing</i>.</p> | <p>- Qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência, nos últimos 12 meses?</p>  | <p>- APS (Unidades Básicas de Saúde (UBS)) – Sim ou Não</p> <p>- Consultório particulares (consultórios particulares ou clínica particular, Consultório odontológico, consultório de outros profissional de saúde) – Sim ou Não</p> <p>- Hospitais – Sim ou Não</p> <p>- Serviços de urgência e emergência (Pronto-socorro, emergência ou UPA)</p> <p>- Sim ou Não</p> |
| Fonte Usual de Cuidado de APS  | <p>Fonte usual do cuidado de APS foi definida quando foi a opção Unidades Básicas de Saúde (UBS) o serviço ou profissional de saúde que o indivíduo afirmou ter procurado com maior frequência para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses.</p>  | <p>Você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses?</p> <p>Qual foi o serviço de saúde que você procurou com mais frequência, nos últimos 12 meses?</p>     | <p>- (APS) – Sim</p> <p>- (Outros - (Consultório particulares; Serviços de especialidades médicas; Laboratórios ou clínicas; Cuidados domiciliares; Hospitais; Serviços de urgência e emergência)) - Não</p>   |

|   |  |  |                |
|---|--|--|----------------|
| Acesso aos serviços de APS                          | O acesso aos serviços de atenção primária à saúde será mensurado entre os indivíduos que afirmaram ter procurado algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nos últimos 12 meses - Para análise serão dicotomizadas as respostas em: (Nenhuma e uma ou mais vezes).<br>A partir dos indivíduos que afirmaram ter procurado será aferido o acesso aos serviços de APS.   | Nos últimos 12 meses, quantas vezes você procurou por algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde)? Para análise serão dicotomizadas as respostas em: (Nenhuma e uma ou mais vezes).<br>Você foi atendido, na última vez que procurou algum Posto de Saúde (Unidade Básica de Saúde), nestes últimos 12 meses? | - Não<br>- Sim |
| Ações intersetoriais entre escola/serviços de saúde | Ações intersetoriais será mensurado a partir de iniciativas que contam com a interação de dois ou mais órgãos pertencentes a diferentes setores sociais ou econômicos.<br><br>Esta variável será analisada a partir da construção de um indicador por meio de três perguntas do inquérito que visam identificar a presença de uma relação escola/serviços da APS.<br>Para a definição do indicador “Ações intersetoriais” será considerado “Sim” para a pergunta: A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica? Adicionado a esta pergunta será considerado a condição “sim” para uma das outras duas perguntas. | - A escola aderiu ao Programa Saúde da Escola (PSE)?<br>- A escola implementa ações do Programa Saúde da Escola (PSE)?<br>- A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica?  | - Não<br>- Sim |
| Ações do PSE  | Ações intersetoriais será mensurado a partir de iniciativas que contam com a interação de dois ou mais órgãos pertencentes a diferentes setores sociais ou econômicos.<br><br>Para a definição dessa variável considerou para avaliação das ações do PSE apenas os estudantes de escolas públicas, conforme a  | - A escola aderiu ao Programa Saúde da Escola (PSE)?<br>- A escola implementa ações do Programa Saúde da Escola (PSE)?   | - Não<br>- Sim |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | proposta do programa, que aderiram e implementaram as ações do PSE.   |   |   |
| Ações intersetoriais entre escola/serviços de APS             | As ações intersetoriais entre escola/serviços de APS foi definida considerando a realização destas ações entre a escola e os serviços de APS, exceto os indivíduos que já frequentam escolas com ações do PSE.  | - A escola realiza ações conjuntas com Unidade Básica de Saúde ou Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica?                             | - Não<br>- Sim  |
| Motivos de procurar os serviços de APS                        | A variável será dicotomizada em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e ações de caráter curativo.<br>Será considerado como:<br><b>Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde:</b> Apoio para controle de peso (ganhar ou perder); Vacinação; Buscar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte); Consulta para métodos contraceptivos (preservativos, pílula, DIU etc); Apoio para parar de fumar; Pré-natal / Teste para gravidez.<br><br><b>Ações curativas:</b> (Acidente ou lesão; Reabilitação ou terapia; Doença; Problema odontológico; Teste para HIV, Sífilis ou Hepatite B; Solicitação de atestado médico. | Qual foi o principal motivo da sua procura na Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF) nesta última vez? | - Ações de prevenção e promoção da saúde<br>- Ações curativas |
| <b>Co-variáveis - Aspectos sociodemográficos e econômicos</b> |   |   |   |
| Faixa etária  | A partir das idades apresentadas serão definidas duas faixas etárias  | Qual é a sua idade?   | - ≤ 14 anos<br>- 15 a 19 anos                                 |
| Raça/cor  |   | Qual é a sua cor ou raça?   | - Preto/Pardo/Amarelo e Indígena<br>- Branco                  |
| Defasagem escolar   | Considerando que a defasagem idade-série ocorre com alunos que apresentam dois anos ou mais de atraso com reação a idade (10 anos) para cursar a 4ª série/ 5º ano do ensino fundamental I (SOUSA, 2018).  | Qual é a sua idade?<br>Em que ano/série você está?  | - Não<br>- Sim  |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | Para a análise desta variável será necessário definir um constructo a partir das informações de idade do aluno e do ano/série que estuda.  |   |  |
| Trabalho remunerado   | Trabalho remunerado, emprego ou negócio que exerce atualmente  | Você tem algum trabalho, emprego ou negócio atualmente?   | - Não<br>- Sim   |
| Região de residência  | Região do país em que reside.  | Região geográfica?  | - Norte/Nordeste<br>- Sudeste/Centro-Oeste/Sul   |
| Dependência escolar   | Tipo de dependência administrativa da escola.  | Dependência Administrativa da escola?   | - Pública<br>- Privada   |
| Escolaridade materna  | Nível de escolaridade da mãe.  | Qual nível de ensino (grau) sua mãe estudou ou estuda?  | - Até ensino médio incompleto (Não estudou; Ensino fundamental completo)<br>- Do ensino médio ao superior completo (Ensino médio completo; Ensino superior completo) |
| <b><i>Co-variáveis - Contexto Familiar</i></b>                            |  |   |  |
| <b><i>Co-variáveis - Condições de Saúde e hábitos comportamentais</i></b> |  |   |  |
| Tabagismo regular   | A variável será definida como relato de ter fumado cigarro pelo menos um dia nos últimos trinta dias anteriores à realização da pesquisa.  | Nos últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?   | - Não (Nenhum dia e não informado)<br>- Sim (Um ou mais dias)  |
| Uso de drogas ilícitas  | A variável será definida como relato de ter usado drogas como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc por pelo menos um dia nos últimos trinta dias anteriores à realização da pesquisa. | Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou droga como maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc?   | - Não (Nenhum dia e não informado)<br>- Sim (Um ou mais dias)  |
| Consumo abusivo de álcool   | A variável será definida a Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias ou consumo atual/regular.   | NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica? (Uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de cachaça ou uísque etc) | - Não (Nenhum dia e não informado)<br>- Sim (Um ou mais dias)  |

|                                    |  |   |   |
|------------------------------------|--|---|---|
| Última relação sexual desprotegida | O comportamento sexual será observado a partir da prática de relação sexual e o uso de preservativo.   | Na última vez que você teve relação sexual (transou), você ou seu(sua) parceiro(a) usou camisinha (preservativo)?   | - Não (Não teve relação sexual; teve relação sexual com preservativo)<br>- Sim (Teve relação sexual sem preservativo) |
| Situação de violência              | A análise da variável situação de violência considerou as seguintes condições: vitimização de violência física intrafamiliar (VFI); vitimização por violência sexual (VS) e violência armada, incluindo envolvimento em brigas com arma de fogo (VAF) e com objeto perfurocortante (VOC). Para avaliar definiu um constructo utilizando as seguintes perguntas: “Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por um adulto da sua família?”. Foram considerados como vítimas de VFI todos escolares que relataram terem sofrido uma ou mais agressões nos últimos 30 dias. Para avaliação da VS, perguntou-se: “Alguma vez na vida você foi forçado(a) a ter relação sexual?”. Todos que responderam “sim” para essa pergunta foram consideradas vítimas de VS. Já sobre a ocorrência de VAF, a PeNSE perguntou: “Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo, como revólver ou espingarda?” e para a ocorrência de VOC, a pergunta foi: “Nos últimos 30 dias, você esteve envolvido(a) em alguma briga em que alguma pessoa usou alguma outra arma como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa?”. Aqueles que responderam “sim” foram consideradas vítimas. | Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi agredido(a) fisicamente por um adulto da sua família?<br>Alguma vez na vida você foi forçado(a) a ter relação sexual?<br>Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi seriamente ferido(a)?<br>Nos últimos 12 meses, qual foi o ferimento ou a lesão mais séria que aconteceu com você? | - Não<br>- Sim  |

|                                  |   |  |  |
|----------------------------------|---|--|--|
|                                  | Em caso positivo para uma das situações foi considerado como vítima de violência. |  |  |
| Satisfação corporal              | A satisfação em relação ao corpo.   | Como você se sente em relação ao seu corpo?  | - Satisfeito/Muito satisfeito(a)<br>-Indiferente/Insatisfeito/Muito insatisfeito(a)) |
| Autoavaliação do estado de saúde |   | Como você classificaria seu estado de saúde? | - Muito bom; Bom; Regular<br>- Ruim; Muito ruim                                      |