

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Desigualdades no acesso a serviços de saúde por adolescentes brasileiros,
segundo características contextuais na Pesquisa Nacional de Saúde 2019**

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

Pelotas/RS

2023

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

**Desigualdades no acesso a serviços de saúde por adolescentes brasileiros,
segundo características contextuais na Pesquisa Nacional de Saúde 2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes

Pelotas/RS

2023

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586d Silva, Larissa Ádna Neves

Desigualdades no acesso a serviços de saúde por adolescentes brasileiros, segundo características contextuais na Pesquisa Nacional de Saúde 2019 / Larissa Ádna Neves Silva ; Luiz Augusto Facchini, orientador ; Bruno Pereira Nunes, coorientador. — Pelotas, 2023.

127 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Epidemiologia. 2. Adolescentes. 3. Serviços de saúde. 4. Estudo transversal. 5. Desigualdades em saúde. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Nunes, Bruno Pereira, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Elaine Tomasi

Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Juliana Gagno Lima

Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini (orientador)

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Bruno Pereira Nunes (coorientador)

Universidade Federal de Pelotas

Pelotas/RS

2023

Agradecimentos

Em primeiro lugar, externo minha total gratidão à Deus, por me guiar e me mostrar sempre o melhor caminho a seguir. Manifesto também meus agradecimentos a *todos* e a *todas* que torceram e me incentivaram durante toda esta trajetória, mesmo antes da minha entrada no mestrado, de perto ou de longe. Vocês foram e continuam sendo essenciais na construção da minha história e sou grata a cada um de vocês <3

Em especial, gostaria de agradecer:

À toda minha família que estão sempre na torcida por mim.

Aos meus pais, João Batista e Alessandra e a minha irmã, Laís por todo amor, por sempre me incentivarem a lutar pelos meus sonhos, pelas orações e esforços empenhados para que eu seja feliz. Essa conquista também é de vocês.

Aos meus orientadores Luiz A Facchini e Bruno P Nunes pelo acolhimento, disponibilidade, confiança e pelos variados momentos de aprendizado. Agradeço a oportunidade que foi trabalharmos juntos.

As queridas professoras da banca avaliadora. Obrigada profa. Elaine Tomasi pelo aceite e pelas importantes contribuições, tanto em sala de aula como no processo de qualificação e defesa desta dissertação. Obrigada profa. Juliana, pelo aceite de participação na conclusão de mais uma etapa da minha vida, por ser essa grande mãe acadêmica e por me dar todas as oportunidades que nunca imaginei ter, parte do que aprendi nessa vida foi por conta dos seus grandes ensinamentos, paciência, confiança e otimismo.

Às minhas queridas amigas Luciane e Dejayne. Amigas, vocês fazem parte da minha trajetória, sem vocês, esse caminho seria mais difícil. Obrigada por todos os momentos compartilhados, mesmo que muitos deles sejam a distância (valeu whatsapp!) e por estarem sempre presente.

Aos meus colegas do mestrado e doutorado que me acolheram e compartilharam comigo todos os conhecimentos e aflições.

Aos queridos professores da Pós-graduação em Epidemiologia e da Universidade Federal do Oeste do Pará, em especial do Instituto de Saúde Coletiva sempre dispostos e atenciosos em não só compartilhar conhecimentos, mas também em compartilhar sabedoria. Muito obrigada, todos vocês foram/são fundamentais na minha trajetória. Ao Centro Internacional de Equidade, pela oportunidade e por me acolherem nessa fase final do mestrado. O aprendizado proporcionado por todos os envolvidos nesse projeto é incrível e me sinto muito feliz de fazer parte.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa para o desenvolvimento da pesquisa.

Apresentação

A presente dissertação de mestrado, exigida para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é composta pelos seguintes itens:

- 1) Projeto de Pesquisa**, apresentado e defendido no dia 21 de setembro de 2021;
- 2) Relatório do trabalho de campo;**
- 3) Alterações no projeto de pesquisa;**
- 4) Artigo original** intitulado “*Associação entre características contextuais e a procura dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019*” a ser submetido na Revista **Cadernos de Saúde Pública**; e o
- 5) Comunicado à imprensa.**

SUMÁRIO

I - PROJETO DE PESQUISA.....	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Estratégia de busca	14
2.2 Características dos estudos selecionados	30
2.3 Adolescência: discussões	32
2.4 Acesso aos serviços de saúde: conceito	39
2.5 Acesso aos serviços de saúde: resultados dos estudos selecionados	41
2.3.4 Características individuais associadas à utilização dos serviços de saúde por adolescentes: resultados dos estudos selecionados	45
3 MARCO TEÓRICO	50
4 MODELO TEÓRICO	57
5 JUSTIFICATIVA.....	58
6 OBJETIVOS.....	59
6.1 Objetivo geral	59
6.2 Objetivos específicos	59
7 HIPÓTESES.....	60
8 METODOLOGIA	61
8.1 Delineamento do estudo	61
8.1.2 Justificativa para o delineamento.....	61
8.1.3 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	61
8.2 População-alvo	62
8.2.1 Critérios de inclusão	62
8.2.2 Critérios de exclusão	62
8.3 Aspectos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).....	63
8.3.1 Plano amostral.....	63
8.3.2 Tamanho da amostra da PNS	64
8.3.3 Expansão da amostra	66
8.3.4 Coleta de dados.....	66
8.3.5 Instrumento.....	67
8.3.6 Estudo piloto	68

8.3.7 Mais informações sobre a PNS	68
8.4 Definição operacional das variáveis.....	69
8.4.1 Definição operacional do desfecho	69
8.4.2 Definição operacional da exposição	72
8.4.3 Outras variáveis independentes	73
8.5 Plano de análise de dados	74
9 ASPECTOS ÉTICOS	75
10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS	75
11 FINANCIAMENTO	75
12 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	75
13 CRONOGRAMA	76
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXOS	84
II – RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	85
1 Consórcio de Pesquisa	86
2 Relatório de atividades.....	87
III - ALTERAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA.....	89
IV- ARTIGO ORIGINAL	92
V - COMUNICADO À IMPRENSA	112
IV – ANEXOS.....	114
1 Normas para publicação na Revista	115
2 Resumo do XXIV Encontro de Pós-Graduação da 8ª Semana Integrada da Universidade Federal de Pelotas	123

I - PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Como uma das fases mais rápidas e formativas do desenvolvimento humano, a adolescência é o período de mudanças fisiológicas e psicológicas significativas na transição da infância para a idade adulta (DONAHUE *et al.*, 2019; MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001; NEWACHECK *et al.*, 2003; NUNES *et al.*, 2015; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; VINAGRE; BARROS, 2019). É também um momento importante para o desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas, adoção de comportamentos saudáveis e padrões de utilização de serviços de saúde que são necessários para uma vida adulta de qualidade (NUNES *et al.*, 2015; VINAGRE; BARROS, 2019; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). Para muitos adolescentes, essas mudanças levam ao início de comportamentos de risco que estão ligados às principais causas de morbidade e mortalidade para essa população. Tais mudanças podem impactar o seu estado de saúde e também podem ter efeitos importantes sobre a saúde dos adultos no futuro (HAYRUMYAN *et al.*, 2020; NEWACHECK *et al.*, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Martins *et al.*, (2019) destacam que, por muito tempo, os adolescentes foram considerados um grupo populacional saudável, com menor risco de adoecimento e morte. Contudo, dados da Organização Mundial de Saúde demonstram que mais de 1,5 milhão de adolescentes e adultos jovens com idade entre 10 e 24 anos morreram em 2019. Isso se deve aos padrões de morbimortalidade nessa faixa etária, com maior ocorrência de mortalidade por causas externas; lesões intencionais ou não intencionais; problemas de saúde mental; risco de gravidez indesejada e/ou complicações relacionadas à gravidez; infecções sexualmente transmissíveis; uso abusivo de tabaco, álcool e outras substâncias; e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (ELLIOTT; LARSON, 2004; FORD; BEARMAN; MOODY, 1999; MARTINS *et al.*, 2019; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Essa situação demanda iniciativas políticas e sociais exigindo atenção dos sistemas de saúde e dos profissionais de saúde para o reconhecimento das demandas dessa população. Estudos demonstram que o estabelecimento de relações com o sistema de saúde durante o período de transição é essencial para fornecer o apoio necessário e oportuno para promoção de estilos de vida saudáveis e para dar respostas às necessidades específicas dos adolescentes (HAYRUMYAN *et al.*, 2020;

ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). Para isso, é preciso que os adolescentes acessem os serviços de saúde. O acesso é especialmente importante durante a adolescência porque o uso de serviços preventivos adequados pode modificar comportamentos de riscos e melhorar a saúde (IRWIN *et al.*, 2009; KLEIN *et al.*, 1999; KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998; MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001).

No Brasil, o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde é direito garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como objetivo principal a oferta de atenção integral, abrangente, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação de serviços descentralizados, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. Esses serviços são ofertados em diferentes níveis de atenção, entre eles: a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial do sistema de saúde, visa o acesso universal e oferta de serviços abrangentes por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF); a atenção secundária e a atenção terciária. Essas duas últimas envolvem procedimentos de média e alta complexidade (custos mais elevados), e que geralmente têm oferta limitada (CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011).

Mesmo com uma proposta de rede regionalizada e hierarquizada, esses níveis de atenção dentro do sistema de saúde encontram desafios em relação a mecanismos de regulação, referência e contrarreferência dentro da rede de atenção. Além disso, a oferta de serviços de atenção secundária e terciária sofre devido à dependência do SUS por contratos com o setor privado. Entretanto, apesar dos desafios vivenciados pelo SUS, que incluem o financiamento insuficiente, a renegociação dos papéis público-privado e as persistentes desigualdades geográficas, o acesso aos serviços de saúde melhorou consideravelmente após a sua criação, com redução das desigualdades sociais no acesso e nas condições de saúde da população (CASTRO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2011).

Nesse sentido, é importante destacar que o acesso aos serviços de saúde pode ser fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Regiões menos desenvolvidas e com os piores indicadores socioeconômicos apresentam um contexto desfavorável em termos de disponibilidade e infraestrutura dos serviços de saúde, além de maior precariedade em termos de transportes, recursos financeiros da população e rede de apoio social, que explicam em boa parte, as desigualdades no acesso e utilização dos

serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; TRAVASSOS *et al.*, 2000; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; VIACAVA *et al.*, 2019). Além disso, essas desigualdades também podem ocorrer no interior das regiões e dos municípios, sendo que indivíduos com melhores condições sociais em relação à renda, escolaridade e habitação, possuem melhor estado de saúde e maior o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2000; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Estudos brasileiros, realizados com dados de Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), evidenciaram que, em 2012, 48% dos adolescentes procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em 2015, esse percentual foi de 56,7% (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Além disso, nos dois anos estudados, essas prevalências foram maiores nas regiões Sul e Sudeste em comparação às outras regiões geopolíticas (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018). Entretanto, o fato de a amostra estudada ser composta apenas por adolescentes escolares pode estar superestimando a medida real de acesso aos serviços de saúde, sendo que essas prevalências de acesso podem ser menores se considerarmos os adolescentes que podem estar fora da escola.

De modo geral, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes não é valorizado nos serviços de saúde como fator de proteção e prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento e do desenvolvimento, de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis como tabagismo, e de agravos como os que são ocasionados pelas violências (BRASIL, 2010). Hayrumyan *et al.*, (2020) demonstram que, geralmente, os serviços de saúde prestados aos adolescentes são inconsistentes em termos de qualidade e coordenação, pois poucos adolescentes recebem exames recomendados e muitos dos que fazem visitas preventivas não recebem aconselhamento preventivo recomendado ou procedimentos de triagem (KLEIN *et al.*, 1999).

Além disso, os adolescentes em todo mundo encontram várias barreiras para utilizar os serviços de saúde. Barreiras que incluem custos financeiros, horários de funcionamento inconvenientes, pacote de serviços inadequados, distâncias até os serviços de saúde e medos em relação à privacidade e confidencialidade (DENNY *et al.*, 2013; DONAHUE *et al.*, 2019; HAYRUMYAN *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2013). Isso faz com que os adolescentes tenham menos probabilidade de ter acesso aos cuidados de saúde em comparação a outras faixas etárias (KLEIN *et al.*, 1999).

A maioria das barreiras que os adolescentes enfrentam podem ser resolvidas pelos sistemas de saúde. Para isso, estudos sobre o acesso aos serviços de saúde são necessários para o reconhecimento das desigualdades e das barreiras de organização dos serviços e para a identificação de grupos prioritários para atenção à saúde (MARTINS *et al.*, 2019; MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001). O investimento na saúde dos adolescentes tem implicações significativas para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e também pode fortalecer os ganhos já obtidos em saúde da primeira infância, além de permitir que os adolescentes se tornem adultos saudáveis preparados para contribuir positivamente para a sociedade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estratégia de busca

A revisão de literatura foi realizada através das bases PubMed e LILACS, utilizando-se os termos combinados “Acesso aos serviços de saúde” e “saúde do adolescente” ou “serviço de saúde do adolescente”, que foram previamente consultados no Descritores em Ciências da Saúde (DECS). A versão em inglês desses termos (“Health Services Accessibility” AND “Adolescent Health” OR “Adolescent Health Services”) foi utilizada na base PubMed. Não foi utilizado nenhum filtro para seleção geral dos artigos. No total, foram 10318 referências recuperadas, sendo 4237 da base LILACS e 6081 da base PubMed. Desse total, foram excluídas 43 referências duplicadas, totalizando 10275 referências para leitura dos títulos. Foram selecionados, a partir da leitura dos títulos, 169 resumos. Destes, 76 foram separados para leitura na íntegra e a partir dessa leitura foram selecionados 29 artigos para essa revisão. Além disso, na lista de referências dos artigos selecionados, foram encontrados três artigos de interesse. Assim, foram incluídos nesta revisão um total de 32 artigos. Esse processo está ilustrado na Figura 1.

Nas etapas de seleção dos artigos, foram excluídos artigos que não tratavam sobre acesso aos serviços de saúde por adolescentes; artigos que tratavam de acesso aos serviços de saúde, mas que não tinham como população-alvo os adolescentes; estudos com avaliação de acesso de serviços específicos como serviços de saúde reprodutiva e sexual, saúde mental, alimentação, estilo de vida, saúde bucal e de gravidez na adolescência; artigos sobre outros temas que não eram sobre acesso aos serviços de saúde; artigos sobre outros temas diversos como asma, mortalidade por diversas doenças, medicamentos, judicialização, e etc. Além de serem excluídos também artigos de revisão de literatura ou sistemática e notas ou comentários de autores na revista. As características e resumo dos principais resultados dos artigos selecionados estão no Quadro 1.

Cabe ressaltar que, para caracterização da adolescência e conceitos de acesso foram incluídos outros artigos que não estão no tópico da revisão de literatura, mas que ajudaram na construção e elaboração do projeto como um todo, como: leis, estatutos e documentos nacionais e internacionais; artigos sobre o conceito de adolescência e discussão sobre faixa etária; e artigos sobre o conceito de acesso,

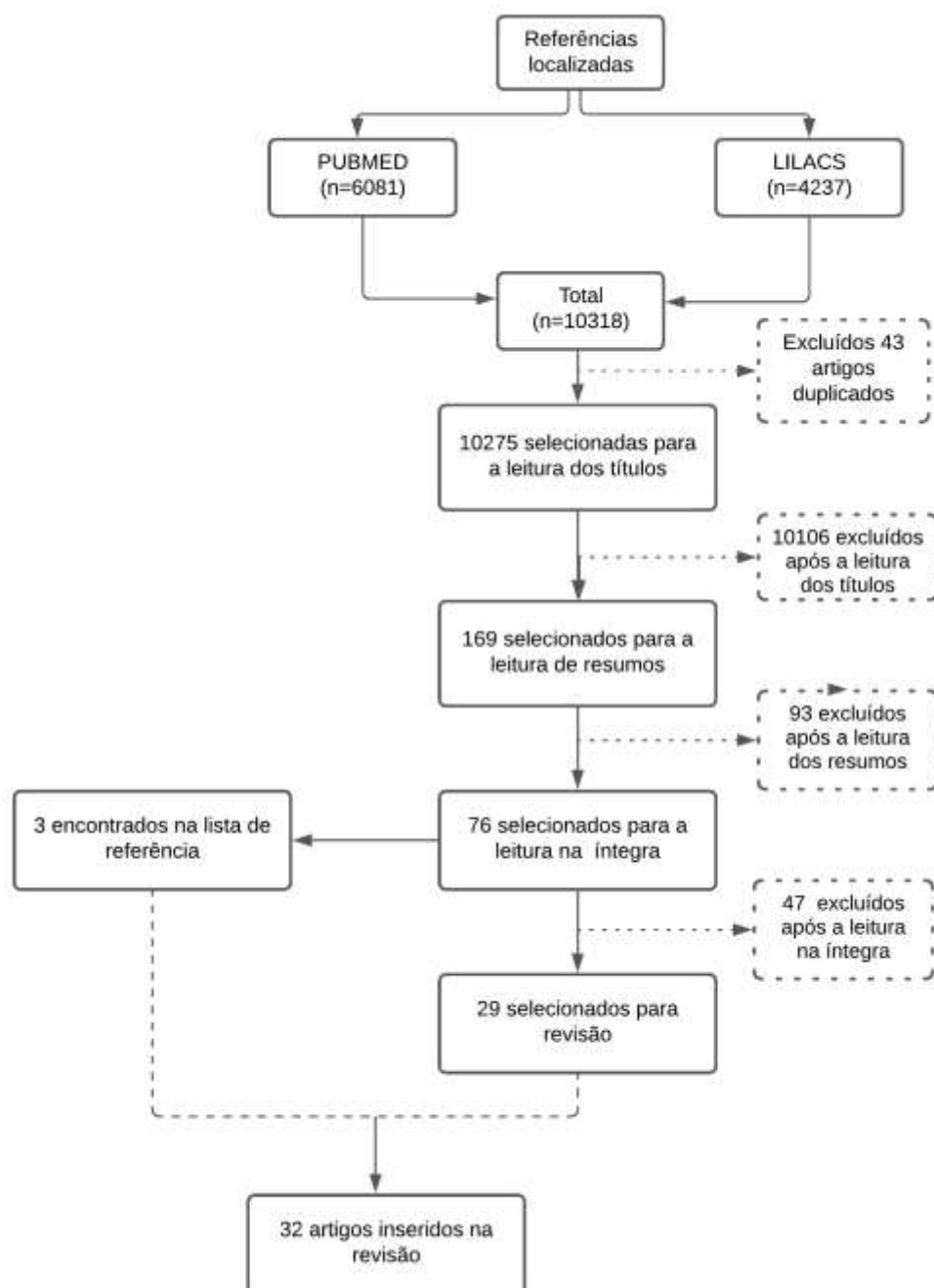


Figura 1 – Fluxograma da revisão de literatura sobre acesso aos serviços de saúde e saúde do adolescente ou serviços de saúde do adolescente

Quadro 1 - Resumos dos artigos selecionados sobre acesso aos serviços de saúde e saúde do adolescente ou serviços de saúde do adolescente

Autores (ano)	País	Objetivo	Delineamento e amostra	Resultados principais
(BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997)	Estados Unidos	Caracterizar a utilização de serviço ambulatorial para adolescentes e identificar adolescentes em risco de não receber um atendimento em ambulatório em caso de sintomatologia.	Estudo transversal – Dados “National Medical Expenditure Survey”, ano 1987. 25.198 adolescentes de 11 a 17 anos, atendidos em serviço ambulatorial.	66% dos adolescentes procuraram algum tipo de atendimento médico em 1987. Adolescentes brancos (66,8%) eram mais vistos no consultório médico do que adolescentes hispânicos (47,3%) e adolescentes afro-americanos (43,4%). Adolescentes de famílias de média e baixa renda tinham menos probabilidade de ter feito uma consulta média (60,1%, 47%) quando comparados a famílias de alta renda (72,8%). Adolescentes com seguros públicos eram menos propensos a ir a uma consulta médica (56,4%) do que aqueles com seguro privado (66,1%).
(ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997)	Estados Unidos	Descrever o acesso dos alunos aos serviços de saúde, identificar as populações de alunos que continuaram com necessidade de serviços de saúde e destacar as necessidades particulares não atendidas de cuidados de saúde identificadas por esses adolescentes.	Estudo transversal – Dados “Youth Risk Behavior Surveillance Survey” 13.992 adolescentes, alunos do 9º ao 12º ano de escolas em Oregon, Estados Unidos.	75% dos adolescentes relataram ter visitado um ou mais prestadores de cuidados de saúde nos últimos 12 meses. 19% dos adolescentes relataram que não receberam 1 ou mais dos 10 tipos específicos de atendimento quando necessário no último ano. Mulheres, algumas minorias raciais / étnicas, adolescentes rurais e sexualmente ativos eram mais propensos a relatar necessidades não atendidas de cuidados de saúde. Mais frequentemente, os adolescentes relataram que precisavam, mas não recebiam cuidados devido a uma doença (7%) ou a problemas pessoais ou emocionais (6%). Além disso, cerca de 400 (3%) estudantes relataram que precisavam de métodos anticoncepcionais que não receberam.
(KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998)	Estados Unidos	Investigar o relato de adolescentes sobre o uso que fazem dos serviços de saúde, o acesso aos cuidados e o conhecimento e uso de serviços confidenciais.	Estudo transversal - Pesquisa anônima aleatória por telefone 259 adolescentes de 14 a 19 anos, moradores do condado de Monroe, Nova York.	Quase todos os adolescentes (92%) avaliaram sua saúde como excelente ou boa. 88% dos adolescentes identificaram uma fonte de atenção primária, sendo que os médicos de atenção primária foram os mais citados para atendimento como dor de garganta (71%), lesão esportiva (53%), DST (49%) e informações sobre AIDS (29%). Apenas 8,4% dos entrevistados usaram os serviços de forma confidencial, mas quase metade de todos os jovens não sabia onde poderiam obter atendimento confidencial, se necessário. Os adolescentes tinham menos probabilidade de saber onde obter saúde mental ou abuso de substâncias e serviços reprodutivos.

(KLEIN <i>et al.</i> , 1999)	Estados Unidos	Examinar os fatores associados ao acesso a cuidados entre adolescentes, incluindo gênero, cobertura de seguro e ter uma fonte regular de cuidados de saúde.	<p>Estudo transversal – Dados “Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescents Girls”</p> <p>6748 adolescentes, estudantes da 5ª a 12ª séries de escolas públicas, privadas e paroquiais dos Estados Unidos.</p>	92% dos adolescentes relataram ter uma fonte regular de cuidados primários (um consultório médico, centro de saúde ou clínica baseada em hospital). As fontes de atendimento mais comuns para os adolescentes foram consultório médico (62%), clínica ou centro de saúde (24%), outro ambiente hospitalar (7%) e pronto-socorro (5%). 27% dos adolescentes relataram ter perdido os cuidados necessários. O motivo mais comum para a falta de atendimento foi não querer que os pais soubessem (35%). As meninas (29%) eram mais propensas do que os meninos (24%) a faltar aos cuidados. Adolescentes sem seguro saúde (40%) eram mais propensos a ter perdido os cuidados necessários.
(FORD; BEARMAN; MOODY, 1999)	Estados Unidos	Descrever a proporção de adolescentes que relatam cuidados de saúde perdidos a cada ano e a influência de fatores sociodemográficos, situação de seguro, cuidados de saúde anteriores e riscos / comportamentos para a saúde em casos de cuidados desnecessários.	<p>Estudo transversal – Dados do “National Longitudinal Study of Adolescent Health”</p> <p>12.101 adolescentes, estudantes do 7º ao 12º ano.</p>	Em média, 2.268 (18,7%) de 12.079 adolescentes relataram atendimento de saúde abandonado no último ano. Os fatores associados à diminuição do risco de tratamento não realizado incluíram seguro público ou privado contínuo (RR 0,64 [0,50-0,82] a 0,82 [0,70-0,96]) e exame físico no último ano (RR 0,87 [0,78-0,97] para adolescentes do sexo masculino e RR 0,79 [0,70-0,88] para adolescentes do sexo feminino). Fatores associados ao aumento do risco de perda de cuidados incluíram idade avançada (RR 1,12 [1,06-1,15] para homens), raça / etnia minoritária (RR 1,25 [1,06-1,46] a 1,50 [1,30-1,73]), casa com apenas um dos pais (RR 1,31 [1,18 -1,46] para mulheres) e deficiência (RR 2,03 [1,61-2,52] para homens e RR 1,66 [1,20-2,10] para mulheres). Adolescentes que participam dos seguintes comportamentos eram mais propensos a relatar cuidados dispensados do que aqueles que não o faziam: uso diário de cigarro, uso frequente de álcool para homens e relações sexuais. De 32,4% a 38,2% dos adolescentes com sintomas sugestivos de problemas de saúde relataram cuidados perdidos. Entre os 2.351 participantes que relataram renúncia de cuidado, o motivo mais frequentemente relatado foi "pensei que o problema iria embora" (63,3%). Outras razões para o cuidado dispensado foram medo do que o médico diria ou faria (15,5%), incapacidade de pagar (14,0%), preocupação com a confidencialidade (11,5%), pai / responsável não iria com o

				participante para o cuidado (11,7%) e dificuldade para marcar consulta (8,9%).
(NEWACHECK <i>et al.</i> , 1999)	Estados Unidos	Avaliar a situação do seguro saúde de adolescentes, as tendências na cobertura de saúde para adolescentes, os correlatos demográficos e socioeconômicos da cobertura de seguro e o papel que a cobertura de seguro desempenha em influenciar o acesso e o uso dos cuidados de saúde.	Estudo transversal – Dados “National Health Interview Survey de 1995” 14.252 adolescentes, de 10 a 18 anos.	92% dos adolescentes tinham uma fonte usual de atendimento ou lugar para ir para cuidados de saúde de rotina ou tratamento de doenças em 1995. A maioria dos adolescentes com uma fonte usual de atendimento recebeu seus cuidados em consultórios médicos ou instituições de saúde (77,2%). Uma proporção substancialmente menor recebeu seus cuidados em centros de saúde comunitários e outras clínicas (16,2%). Muito poucos adolescentes em geral receberam seus cuidados em salas de emergência ou ambientes de atendimento de urgência (2,4%). No geral, 1 em cada 12 adolescentes (8,5%) não conseguiu acessar pelo menos um dos serviços de saúde. O tipo de necessidade não atendida mais comum foi de atendimento odontológico (6,3%), seguido por prescrições e / ou óculos (2,7%) e atendimento médico (1,7%). Adolescentes sem seguro também eram seis vezes mais propensos a ter múltiplas necessidades não atendidas do que adolescentes segurados (7,2% vs 1,2%; $P < 0,001$). 73% dos adolescentes tiveram contato com pelo menos um médico no ano anterior à entrevista, com média de 2,5 contatos por ano. Adolescentes com saúde regular ou ruim tiveram quatro vezes mais contatos do que aqueles com saúde boa, muito boa ou excelente (12,9 vs 3,0; $P < 0,001$), embora adolescentes com limitação de atividade (deficiência) por causa de doença crônica as condições tinham mais de três vezes mais contatos do que aquelas sem limitação (9,0 vs 2,8; $P < 0,001$).
(WILSON; KLEIN, 2000)	Estados Unidos	Examinar os fatores associados ao uso do pronto-socorro (PS) como única fonte de atendimento à saúde entre adolescentes	Estudo transversal – Dados “Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescents Girls” 6.748 adolescentes, estudantes da 5ª a 12ª séries de escolas	46% dos adolescentes relataram que o pronto-socorro era sua única fonte usual de atendimento, sendo os meninos mais propensos a utilizar esse serviço (5,5%). Os adolescentes rurais eram mais propensos a usar apenas o pronto-socorro (6,6%) do que os adolescentes suburbanos (3,2%) ou urbanos (4,4%). Adolescentes afro-americanos (8,3%) eram mais propensos do que adolescentes brancos (3,7%) e adolescentes hispânicos (5,1%) a relatar o uso do pronto-socorro como sua fonte usual de cuidado. Adolescentes com níveis mais altos de comportamentos de risco, história de abuso físico ou sexual e

			públicas, privadas e paroquiais dos Estados Unidos.	escores mais altos de depressão eram mais propensos a usar o pronto-socorro como sua fonte usual de cuidado.
(MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001)	Tanzânia	Descrever a utilização de serviços de saúde por adolescentes da Tanzânia, sua satisfação com os serviços de saúde e os determinantes de sua satisfação com esses serviços.	Estudo transversal 1247 adolescentes do 7º ano do ensino fundamental	Setenta e cinco por cento (75%) dos entrevistados relataram usar apenas serviços de saúde modernos, 1,2% usaram apenas serviços tradicionais, 10% usaram ambos e 14% não utilizaram nenhum nos últimos 2 anos. Os serviços de saúde modernos foram procurados, em ordem decrescente de frequência: hospital (48,6%), dispensário (35,9%) e posto de saúde (15,5%). Os serviços de saúde tradicionais foram procurados: curandeiro espiritual (37,2%), fitoterapeuta (35,7%) e praticante de circuncisão (27,1%). A febre foi o motivo mais comum para a procura de serviços de saúde modernos, seguida de lesões.
(RYAN <i>et al.</i> , 2001)	Estados Unidos	Examinar os fatores associados ao uso de diferentes tipos de serviços ambulatoriais de saúde em uma população adolescente rural.	Estudo transversal 1615 adolescentes rurais de escolas públicas no condado mais ao oeste de Maryland	23,9% dos indivíduos da amostra relatou ter o mesmo provedor médico como fonte regular de cuidados tanto para cuidados preventivos quanto orientados para o problema, e menos de um quarto relatou ter uma fonte regular apenas para cuidados preventivos; 21,5% relataram não ter fonte regular de cuidados preventivos ou de doença. Adolescentes cujas mães não tinham concluído o ensino médio tinham 1,7 vezes menos probabilidade (odds ratio [OR], 0,58) de ter recebido cuidados preventivos do que aqueles cujas mães eram graduadas. Aqueles que relataram que não tinham uma fonte regular de cuidados para cuidados preventivos ou de doença tinham quase 4 vezes menos probabilidade de ter recebido cuidados preventivos (OR, 0,26) do que aqueles com a mesma fonte para cuidados preventivos e de doença. Aqueles que relataram 4 a 5 tipos de condições versus relataram 0 ou 1 e aqueles que relataram um maior número de comportamentos positivos de saúde da família foram significativamente mais propensos a receber cuidados preventivos (ORs, 1,7 e 1,4, respectivamente)
(NEWACHECK <i>et al.</i> , 2003)	Estados Unidos	Avaliar a relação entre renda e um amplo conjunto de indicadores de estado de saúde, acesso e utilização.	Estudo transversal – Dados “National Health Interview Surveys”.	98% dos adolescentes foram relatados com saúde excelente, muito boa ou boa. 13,1% dos adolescentes não tinham cobertura de segura saúde, com maior risco para adolescentes pobres e quase pobres. 90% dos adolescentes tinham uma fonte usual de cuidados de saúde. 53,6% tinham acesso a cuidados noturnos e finais de semana por meio de sua fonte habitual de atendimento.

			12.434 adolescentes de 10 a 18 anos (adultos responderam as perguntas quando adolescente menor de 17 anos).	71% tiveram que esperar pelo menos 30 minutos para ver um profissional de saúde. 3,1% dos adolescentes foram relatados como tendo ficado sem cuidados médicos no ano anterior devido aos custos. A renda familiar pode influenciar na saúde e cuidados de saúde do adolescente.
(ELLIOTT; LARSON, 2004)	Estados Unidos	Investigar as necessidades de saúde percebidas, cuidado dispensado, barreiras ao cuidado e fatores de risco associados em uma população não urbana de adolescentes.	Estudo transversal 1831 adolescentes de 15 a 17 anos que frequentavam uma escola do condado de Minnesota e 117 adolescentes residentes no condado fora da escola. (adolescentes que vivem em comunidades rurais e de médio porte)	Quase metade dos adolescentes relatou ter dispensado os cuidados de saúde, embora achassem que era indicado (44%). 43% dos adolescentes que frequentam a escola relataram cuidados anteriores, enquanto 62% entre o grupo fora da escola relatou desistência do cuidado. 91% relataram ter uma doença que necessitou de cuidados de saúde no último ano, 26% não receberam os cuidados necessários. As barreiras para necessidades de saúde específicas eram: custo dos cuidados e falta de cobertura de seguro para lesões e doenças; falta de conhecimento, desconfiança e estigma para depressão; constrangimento e transporte para controle de natalidade e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); e não saber onde ou como acessar atendimento para uso de drogas e álcool.
(CLARO <i>et al.</i> , 2006)	Brasil	Descrever a relação dos adolescentes com os serviços de saúde através dos indicadores – morbidade referida, autoavaliação do estado de saúde, necessidade de saúde sentida, demanda, utilização, fidelidade aos serviços de saúde e adesão aos cuidados de saúde – e sua associação com variáveis sociodemográficas.	Estudo transversal 457 adolescentes de 12 a 17 anos, matriculados em escolas públicas e privadas de um bairro do município de Niterói, Rio de Janeiro.	46% dos adolescentes afirmaram ter sentido necessidade de procurar um serviço de saúde nos últimos três meses. Ainda, 47,7 % dos adolescentes disseram não ter procurado um serviço de saúde nos últimos três meses. E, 11,2% responderam que não foram atendidos no primeiro serviço procurado. O nível socioeconômico, representado pelo tipo de escola, mostrou-se associado a todos os indicadores. Alunos de escolas públicas tiveram menores chances de expressarem necessidade sentida positivamente, demandarem serviços de saúde e obterem acesso aos serviços procurados.

(ALLISON <i>et al.</i> , 2007)	Estados Unidos	Examinar o uso de serviços de saúde por adolescentes e comparar a qualidade do atendimento em centros de saúde baseados na escola com outros locais ambulatoriais em um sistema de saúde de rede de segurança para pacientes de baixa renda e não segurados.	Estudo de coorte retrospectivo. 3.599 adolescentes de 14 a 17 anos de idade matriculados em escolas públicas de Denver, que eram pacientes ativos do "Denver Health" e não tinham seguro ou eram segurados pelo Medicaid ou pelo Programa de seguro Saúde Infantil.	Embora os usuários de centros de saúde em escolas tivessem menos probabilidade do que outros usuários de serem segurados (37% vs 73%), eles eram mais propensos a ter feito ≥ 3 consultas de cuidados primários (52% vs 34%), menos probabilidade de ter usado cuidados de emergência (17% vs 34%) e mais probabilidade de ter recebido uma consulta de manutenção da saúde (47% vs 33%), uma vacina contra a gripe (45% vs 18%), um tétano reforço (33% vs 21%) e uma vacina contra a hepatite B (46% vs 20%).
(TANDON <i>et al.</i> , 2008)	Estados Unidos	Descrever a situação de saúde e o acesso à saúde de adolescentes e jovens desconectados da educação tradicional e do ambiente de trabalho.	Estudo transversal com um grupo de comparação não equivalente. 1037 adolescentes e adultos jovens de 16 a 24 anos matriculados em um programa de emprego e treinamento em Baltimore.	98% dos participantes eram afro-americanos. 51,8% são mulheres. 24,8% relataram que trabalham meio período ou período integral. 62% indicam que tem seguro de saúde. 78,3% relatam ter um local habitual para ir para atendimento médico, sendo mais comum entre as mulheres (86,9%) do que homens (68,8%). Quase um quinto dos entrevistados (17,8%) relatou que houve um tempo em que pensaram que deveriam receber cuidados médicos, mas não o receberam, com participantes mais jovens menos propensos do que os mais velhos a relatar esse problema (14,2% vs. 19,5%, $p < 0,05$).
(BERRA <i>et al.</i> , 2009)	-	Examinar a associação entre o uso de serviços de saúde e as características do estado de saúde, sociodemográficas e do sistema de saúde em	Estudo transversal – dados KIDSCREEN 16.210 pares de pais e filhos (crianças e adolescentes de 8 a 18 anos). Os questionários foram	As variáveis estatisticamente associadas ao acesso incluíram o seguinte: estado de saúde (mais dias de invalidez, mais condições crônicas), características sociodemográficas (ser mais jovem, ser do sexo feminino, ter um nível socioeconômico mais alto ou nível educacional dos pais mais alto) e saúde (maior porcentagem de gastos com saúde pública, ampla cobertura privada de saúde, sistema dirigido por pediatras). No modelo de "intensidade de uso", sociodemográfico (ser mais jovem, forte

		crianças e adolescentes de 11 países europeus.	aplicados em domicílios ou em escolas na Áustria, República Tcheca, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Polônia, Espanha, Suíça, Holanda e Reino Unido.	apoio social) e estado de saúde (condições crônicas, dias de deficiência, transtornos psiquiátricos, queixas psicossomáticas, má qualidade de vida relacionada à saúde) foram associadas a maior intensidade de uso.
(IRWIN <i>et al.</i> , 2009)	Estados Unidos	Examinar o recebimento de serviços preventivos, incluindo disparidades nos serviços recebidos, usando uma amostra nacionalmente representativa de adolescentes.	Estudo transversal – Dados do “Medical Expenditure Panel Survey 2001-2004” 8.464 adolescentes de 10 a 17 anos.	Trinta e oito por cento (38%) dos adolescentes receberam uma consulta preventiva nos últimos 12 meses. Os adolescentes nos grupos de renda moderada (36%) e de renda mais baixa (32%) eram menos propensos a fazer uma visita preventiva em comparação com aqueles no grupo de renda mais alta (48%). Essas diferenças permaneceram significativas quando ajustamos os fatores de confusão (todos $P < 0,001$). Adolescentes com seguro privado de um ano inteiro eram mais propensos a comparecer a uma consulta preventiva do que aqueles com cobertura pública de ano inteiro ou parcial ou status sem seguro de ano inteiro (todos $P < 0,001$). Apenas a diferença no grupo sem seguro de ano inteiro permaneceu significativa nas análises multivariadas.
(GIANNAKOPOULOS <i>et al.</i> , 2010)	Grécia	Identificar os fatores que melhor predizem o uso de cuidados de saúde	Estudo transversal – projeto europeu “Screening and Promotion for HRQoL in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” 894 adolescentes escolares de 11 a 18 anos e seus pais.	Cento e trinta e três adolescentes (14,9%) relataram pelo menos uma consulta com profissional de saúde nas últimas quatro semanas. Adolescentes cujos pais possuíam baixa escolaridade apresentaram menor proporção de pelo menos consultar um profissional de saúde nas últimas quatro semanas (9,5%) em comparação com aquelas cujos pais possuíam escolaridade média (16,0%) ou alta (17,3%). A probabilidade de ter pelo menos uma consulta com um profissional de saúde nas últimas quatro semanas foi 4,16 vezes maior para adolescentes com necessidades crônicas de saúde.
(VINER <i>et al.</i> , 2012)	-	Revisar o que se sabe sobre os DSS na adolescência, usar	Análises ecológicas em nível de país sobre a saúde de	Maior riqueza nacional estava fortemente associada a melhor saúde na maioria dos resultados em ambos os sexos, com exceção de lesões relatadas, exposição à violência e tabagismo.

		dados originais para avaliar os principais determinantes da saúde do adolescente e estender os modelos de curso de vida existentes dos DSS para incluir a adolescência.	jovens de 10 a 24 anos.	Países com sistemas políticos e econômicos que produziram maior desigualdade de renda tiveram pior saúde em todos os resultados, novamente com exceção de violência autorrelatada, lesões e tabagismo. Países com uma proporção maior de seus jovens na educação tiveram menor mortalidade masculina e feminina, bem como menor mortalidade por lesões masculinas e menor mortalidade feminina por doenças não transmissíveis. A participação no ensino superior também foi associada a uma prevalência mais baixa de HIV, níveis mais baixos de lesões em ambos os sexos e menos nascimentos na adolescência. As análises ecológicas mundiais mostraram que os mesmos fatores familiares, de pares e educacionais que afetam a saúde do adolescente em países de alta renda também explicam as variações mundiais entre os países. As estruturas sociais e econômicas nacionais também afetam e restringem a maneira como a família, a escola e os fatores dos pares afetam a saúde dos jovens.
(REIS <i>et al.</i> , 2013)	Brasil	Analisar as vulnerabilidades e as necessidades de acesso à saúde na perspectiva de adolescentes no município de Contagem, Minas Gerais.	Estudo descritivo 678 adolescentes escolares, entre 14 e 15 anos de idade, 9º ano do ensino fundamental	Dados referentes ao acesso e à necessidade de utilização dos serviços de saúde demonstram que nas consultas individuais predominaram, em ordem decrescente, para ambos os sexos, as consultas médicas (51,6%), odontológica (46,8%), de psicologia (27,4%) e de enfermagem (12,5%). Apesar de menor proporção de adolescentes que consultaram enfermeiros, as atividades geralmente realizadas pela enfermagem foram: avaliação do peso/altura (41,9%), vacinação (37,9%) e grupo de adolescentes (26,4%)
(DENNY <i>et al.</i> , 2013)	Nova Zelândia	Descrever a prevalência e as razões para o abandono dos cuidados de saúde entre uma amostra nacionalmente representativa de alunos do ensino médio na Nova Zelândia.	Estudo transversal 9107 adolescentes escolares, 9º ao 13º ano	Um em cada seis alunos (17%) não tinha visto um médico ou enfermeira quando necessário nos últimos 12 meses. O tratamento de saúde esquecido era mais comum entre estudantes do sexo feminino em comparação com estudantes do sexo masculino ($p < 0,001$). Alunos morando em bairros com altos níveis de privação eram mais prováveis para relatar o não acesso a cuidados de saúde quando necessário, em comparação com alunos de bairros com baixos níveis de privação ($p = 0,01$). Não houve diferenças significativas por localização geográfica. Motivos pelos quais os alunos relataram não acessar os cuidados de saúde quando necessário. A maioria razões comuns

				apresentadas foram: 'não querer fazer barulho' (55%); 'Não podia ser incomodado' (39%); 'Custa muito' (32%); 'Muito assustado' (30%); e 'Preocupações com a privacidade' (28%). Entre estudantes que relatam problemas de saúde e / ou comportamentos de risco à saúde, a prevalência de abandono de cuidados de saúde foi maior do que entre alunos sem problemas de saúde e / ou saúde comportamentos de risco.
(TSAI <i>et al.</i> , 2014)	China	Analisar a utilização de serviços de saúde em relação ao estado de saúde e explorar as preferências dos adolescentes por serviços amigos dos jovens entre estudantes taiwaneses do ensino médio.	Estudo transversal 4907 adolescentes escolas de ensino fundamental (7ª a 9ª série com idades de 12 a 15 anos) e escolas de ensino médio (10ª a 12ª série com idades de 15 a 18 anos) na cidade de Taiwan e municípios adjacentes em 2010	As adolescentes do sexo feminino eram mais propensas e as estudantes do ensino médio profissional eram menos propensas a visitar um profissional de saúde do que suas contrapartes nos 3 meses anteriores. A autoavaliação do estado de saúde ruim foi fortemente associada ao uso frequente de serviços de saúde com um OR ajustado de 1,43 (IC 95% 1,09-1,89) para 1-3 vezes e um OR ajustado de 5,2 (IC 95% 3,71-7,29) para > 3 consultas nos 3 meses anteriores. Apenas 40% desses adolescentes relataram ter médico de referência. Homens e participantes com menos educação materna, aqueles que frequentavam uma escola profissionalizante de segundo grau e aqueles que residiam em uma área menos populosa tinham menos probabilidade de consultar um médico regular. Por outro lado, doenças crônicas e autoavaliação do estado de saúde ruim foram associadas à consulta com um médico regular. De acordo com os entrevistados que possuíam médico de referência, o pediatra (57,7%) era a fonte mais frequente de atendimento médico profissional.
(SECOR-TURNER <i>et al.</i> , 2014)	Estados Unidos	Descrever as experiências de adolescentes rurais com acesso a serviços de saúde amigos dos adolescentes, incluindo informações de promoção da saúde.	Estudo Transversal – Dados do “Rural Adolescent Health Survey” 322 adolescentes de idade entre 14 e 19 anos, alunos do 9º ao 12º ano de escolas secundárias em quatro condados	94% dos adolescentes relataram ter visto um provedor de cuidados primários nos últimos 12 meses. No entanto, um terço dos participantes relatou que geralmente é um problema obter atendimento quando julgam necessário. Os adolescentes rurais relataram baixos níveis de serviços de saúde adequado ou eficazes. Sobre promoção da saúde, os tópicos mais falados foram atividade física ou exercícios (45%), seguido por tabagismo e uso de álcool (44% e 43%). Os resultados deste estudo sugerem que os adolescentes rurais podem ter altas taxas de acesso a serviços de saúde aceitáveis, mas os serviços que eles estão acessando podem não incluir informações importantes sobre saúde preventiva e orientação antecipatória.

			fronteiriços de Dakota do Norte.	
(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2015)	Brasil	Descrever a procura por serviços/profissionais de saúde por escolares brasileiros e identificar fatores associados.	Estudo transversal – dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (2012) 109.104 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas de todo o Brasil.	48% dos escolares procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Adolescentes de escolas particulares procuram mais por consultórios particulares (42,9%), enquanto os de escolas públicas, a procura maior foi pela UBS (55,8%). Por região de residência, maior prevalência foi na região Sudeste (48,9%) e menor no Centro-oeste (43,8%) Nas UBS, escolares do sexo feminino relataram mais atendimentos (86,1%). Além disso, a busca por serviços de saúde esteve associada com melhores condições socioeconômicas, presença de sintomas e comportamento de risco/proteção.
(NUNES <i>et al.</i> , 2015)	Brasil	Descrever a prevalência e características da utilização dos serviços de saúde por adolescentes da zona urbana de Pelotas-RS, Brasil.	Estudo transversal 743 adolescentes, de 10 a 19 anos, participantes de um inquérito sobre a saúde de adolescentes, adultos e idosos realizado na zona urbana do município de Pelotas-RS, no ano de 2012.	23% dos adolescentes referiram utilizar serviços de saúde; destes, 38,0% utilizaram consultórios particulares ou de convênio e 32,2% utilizaram unidades básicas de saúde; o Sistema Único de Saúde financiou 52,1% dos atendimentos; os principais motivos para utilização foram problema de saúde (69,0%) e consultas de revisão (18,7%); as razões para escolha do serviço foram a proximidade do domicílio (23,4%), preferência por serviço geralmente utilizado (22,8%) e escolha dos pais ou responsável (21,1%). Algum problema de saúde (69,0%) e revisão (18,7%) foram os motivos mais frequentes para a busca por atendimento. Entre os problemas de saúde referidos, as maiores proporções foram relacionadas a problemas respiratórios (26,3%), problemas de saúde bucal (13,6%) e dores em geral (12,7%)
(SECOR-TURNER; RANDALL; MUDZONGO, 2016)	Quênia	Identificar a percepção de barreiras e facilitadores da saúde na perspectiva de adolescentes quenianos rurais	Estudo qualitativo 64 adolescentes e adultos jovens escolares de 12 a 26 anos.	Os participantes descreveram a saúde como diretamente relacionada à saúde física. Barreiras à saúde física incluíram desnutrição, falta de higiene, ociosidade, deficiência física, e obesidade. Muitos dos participantes descreveram a falta de informações e serviços relacionados a questões sexuais e reprodutivas como barreiras significativas à saúde. Os participantes frequentemente falaram sobre ferimentos resultantes de estradas, acidentes de trânsito e más condições das estradas. Em particular, os participantes relataram altas

				taxas de uso de álcool entre homens casados e meninos após a conclusão da escola primária. Os participantes descreveram o abandono escolar, a baixa frequência escolar e o fracasso escolar como barreiras à saúde que levaram a outros comportamentos de risco. A escola foi descrita como um local apropriado para receber informações de promoção da saúde. Os participantes descreveram a falta de emprego e de serviços de saúde disponíveis como barreiras para a obtenção de saúde. Os serviços de saúde, especialmente os serviços preventivos, eram de difícil acesso para os participantes porque não estavam disponíveis nas proximidades da área em que viviam ou eram muito caros.
(KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016)	Alemanha	Analisar o uso da assistência à saúde de crianças e adolescentes no estado da Turíngia, Alemanha.	<p>Estudo transversal – dados do KIGGS (estudo sobre a saúde de crianças e adolescentes na Alemanha)</p> <p>Entrevista por telefone</p> <p>4884 crianças e adolescentes do sexo feminino e masculino de 0 a 17 anos</p>	93,9% das crianças e adolescentes de 0 a 17 anos na Turíngia consultaram nos últimos 12 meses médicos em consultório particular; o número médio de consultas médicas foi de 6,6 contatos. 75,1% foram atendidas por um pediatra e 29,9% foram a um clínico geral. Além disso, 13,1% das pessoas de 0 a 17 anos na Turíngia passaram pelo menos uma noite no hospital nos últimos 12 meses. Crianças e adolescentes do grupo de classe média foram mais frequentemente apresentados a um consultório médico residente nos últimos doze meses. Essa tendência também foi evidente na prevalência de atendimento médico geral em 12 meses. Além disso, pessoas socialmente desfavorecidas foram, portanto, tratadas com muito mais frequência e por mais tempo no hospital do que aquelas socialmente em melhor situação. O local de residência também tem impacto sobre os cuidados médicos: adolescentes em regiões rurais eram tratados com muito menos frequência por um consultório particular de medicina pediátrica, mas significativamente mais frequente por um consultório particular de medicina geral do que crianças urbanas da mesma idade.
(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018)	Brasil	Descrever e identificar características relacionadas à procura por serviços ou profissionais de saúde	Estudo transversal – dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (2015)	56,7% dos escolares procuraram por algum serviço de saúde ou profissional de saúde, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Entre as variáveis associadas ao desfecho, observa-se que: a procura foi maior no sexo feminino (61,1%), de raça/cor da pele branca (60,4%), estudantes de escolas privadas (69,9%) e residentes da região Sudeste (59,6%). Houve crescimento na

		entre escolares brasileiros.	10.926 estudantes do 6° ao 9° ano do ensino fundamental e do 1° ao 3° ano do ensino médio de escolas públicas e privadas do Brasil.	procura dos serviços por adolescentes com mães com 12 anos ou mais de escolaridade (65,3%), por aqueles que realizavam refeições com os pais (57,7%) e entre os que pais tinham conhecimento sobre o tempo livre dos filhos (60,3%). Alguns comportamentos de risco como consumo de álcool e relação sexual sem preservativo, e algumas questões relacionadas à saúde como sofrer violência física, dor de doente, hábitos de higiene foram motivos para maior procura dos adolescentes aos serviços de saúde.
(MARTINS <i>et al.</i> , 2019)	Brasil	Analisar a associação entre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde dos adolescentes e adultos jovens e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Estudo transversal 812 adolescentes e adultos jovens de 15 a 24 anos do município de Camaçari, Bahia.	89,5% dos adolescentes e adultos jovens tiveram acesso nos últimos 12 meses ao serviço de atenção primária à saúde de referência do domicílio. Entretanto, entre indivíduos residentes em áreas cobertas pela ESF, verificou-se maior acesso às ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, e também menor probabilidade de o atendimento ocorrer no mesmo dia de marcação da consulta e menor disponibilidade de transporte coletivo. Entre os motivos de não procura do serviço de referência do domicílio: o fato de não ter precisado (58,7%); possuir plano de saúde (15,1%), dificuldade de encontrar atendimento (7,7%), não gostar da qualidade do atendimento (4,5%), falta de oferta do serviço que necessitava (3,3%), distância do serviço (1,4%), horário incompatível (1,2%) e outros motivos (8,1%).
(VINAGRE; BARROS, 2019)	Portugal	Identificar e analisar as ideias e preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde	Estudo qualitativo Entrevistas de grupo com 64 adolescentes dos 13 aos 18 anos.	Os Hospitais e os Serviços de Atendimento Permanente (51,5%) são os serviços a que mais recorrem para resolver situações de urgência e também para internamento, sendo a doença (33,3%) e os acidentes (18,2%) os principais motivos de procura. Os Centros de Saúde (42,4%) são procurados para a vacinação (21,2%) e consultas de vigilância (21,2%), e também por doenças. Os adolescentes destacaram como preferências, as condições dos serviços, haver menos tempo de espera e ambientes mais confortáveis e menos lotados; e nas atitudes dos profissionais privilegiaram as competências técnicas, como o saber e a experiência, embora associadas às competências relacionais.

(DONAHUE <i>et al.</i> , 2019)	Costa do Marfim	Compreender as barreiras e facilitadores para o acesso dos adolescentes e a utilização dos serviços de saúde nas regiões centro-norte de Gbêkê e Hambôl na Costa do Marfim.	Estudo qualitativo Participaram do estudo: 99 adolescentes de 15 a 24 anos que utilizaram os serviços de saúde variados de oito estabelecimentos de saúde selecionados; 24 cuidadores de adolescentes (pais, avós e responsáveis); e 52 profissionais de saúde.	Os principais motivos para consultas de adolescentes e adultos jovens (15-24 anos) nessas unidades de saúde de julho a setembro de 2017 incluíam malária, parto, dor abdominal ou vaginal, ferimentos na estrada, pneumonia, anemia moderada, dermatose e febre tifóide. Barreiras e facilitadores surgiram dentro de três temas: cultural, estrutural e 'accueil', um termo francês que engloba sentimentos e experiências gerais de uma situação. As barreiras culturais incluíam crenças e estigma da comunidade e conhecimento do adolescente, enquanto o apoio do cuidador e a preferência médica eram barreiras e facilitadores. As barreiras estruturais incluíam custos financeiros, distância das unidades de saúde, tempo de espera e falta de suprimentos e medicamentos. Sentimentos de medo, vergonha e desconforto foram barreiras relacionadas ao 'accueil' enquanto as interações com profissionais de saúde foram barreiras e facilitadores.
(HAYRUMYAN <i>et al.</i> , 2020)	Armênia	Explorar os desafios potenciais que dificultam a utilização de serviços de saúde amigos do adolescente (AFHS) em unidades de saúde primária (APS) na Armênia.	Estudo qualitativo Participaram do estudo: 17 adolescentes de 18 e 19 anos; sete gestores de unidade de atenção primária, cinco especialistas e 29 prestadores de cuidados primários de saúde.	A alfabetização dos adolescentes em saúde era limitada. As entrevistas com adolescentes revelaram que o conhecimento dos serviços de saúde disponíveis nas unidades de APS variava de acordo com suas experiências pessoais de utilização dos serviços de APS. A falta de competências profissionais prestadores, as falhas em manter a confidencialidade dos adolescentes de forma adequada e a atitude negativa dos prestadores em relação aos adolescentes apareceram como barreiras para a utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes. A falta de privacidade, horários de funcionamento inconvenientes e longos tempos de espera, bem como as más condições das instalações e equipamentos médicos como principais entraves à utilização dos serviços de saúde.
(HARDIN <i>et al.</i> , 2021)	Estados Unidos	Explorar necessidades de saúde não atendidas em adolescentes que frequentam uma escola pública de ensino médio em uma comunidade rural de baixa renda no	Estudo transversal 224 adolescentes de 14 a 19 anos, matriculados em uma escola pública de 9º ao 12º ano.	A necessidade de saúde não atendida foi relatada por 17,4% dos participantes, com a maior razão ser "pensei ou esperava que o problema fosse embora". Dos que relataram uma necessidade de saúde não atendida, 59% eram meninas e 41% eram meninos. Uma relação inversa significativa foi encontrada entre necessidade de saúde não satisfeita e estrutura familiar: morando com o pai, tendo um provedor de cuidados

		meio-oeste dos Estados Unidos		primários como a fonte usual de cuidados de saúde, morando em uma família de baixa renda. Uma relação positiva significativa foi encontrada entre necessidade de saúde não atendida e não ter seguro saúde. A maior barreira estrutural comum para os cuidados de saúde era "não podia pagar", enquanto a maior barreira não estrutural comum era "pensava ou esperava que o problema fosse embora longe."
--	--	-------------------------------	--	--

2.2 Características dos estudos selecionados

Dentre os 32 artigos selecionados, 15 são estudos norte-americanos, seis latino-americanos, cinco europeus, três africanos, um asiático e um do continente da Oceania. Apenas em um artigo a pesquisa foi realizada em todos os países do mundo. Todos os estudos foram realizados entre os anos 1997 e 2020. Quanto aos delineamentos utilizados, 25 estudos utilizaram delineamento transversal, quatro estudos foram de caráter qualitativo, um estudo foi de caráter descritivo, um estudo utilizou delineamento longitudinal e um utilizou delineamento ecológico.

O tamanho da amostra nos estudos selecionados foi variado. O estudo com a maior amostra investigou de forma transversal um total de 109.104 adolescentes brasileiros, estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas, avaliados na Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE) (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O estudo com menor tamanho amostral foi de caráter qualitativo, realizado com um total de 17 adolescentes armênios (HAYRUMYAN *et al.*, 2020).

Com relação às características das amostras estudadas nos artigos selecionados observou-se que a amostra em 21 dos 32 estudos selecionados era composta por adolescentes escolares, com idades entre 10 a 19 anos (ALLISON *et al.*, 2007; BERRA *et al.*, 2009; CLARO *et al.*, 2006; DENNY *et al.*, 2013; ELLIOTT; LARSON, 2004; GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; HARDIN *et al.*, 2021; KLEIN *et al.*, 1999; MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; REIS *et al.*, 2013; RYAN *et al.*, 2001; SECOR-TURNER *et al.*, 2014; SECOR-TURNER; RANDALL; MUDZONGO, 2016; TANDON *et al.*, 2008; TSAI *et al.*, 2014; VINAGRE; BARROS, 2019; WILSON; KLEIN, 2000; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). Cabe destacar que em dois dos 21 estudos com amostras de adolescentes escolares tinha-se outro grupo para avaliação. No estudo de Elliot *et al.*, (2004) observa-se que além da entrevista com adolescentes escolares, foram entrevistados 117 adolescentes residentes no condado de Minesotta que estavam fora da escola e que viviam em comunidades rurais e de médio porte. No estudo de Tandon *et al.*, (2008), adolescentes e adultos jovens de 16 a 24 anos matriculados em um programa de emprego e treinamento em Baltimore foram comparados a adolescentes que estavam na escola.

Os outros estudos apresentaram características de amostra como: adolescentes que tiveram acesso aos serviços de saúde em algum nível de atenção (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; DONAHUE *et al.*, 2019; HAYRUMYAN *et al.*, 2020; IRWIN *et al.*, 2009; KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016; MARTINS *et al.*, 2019; NEWACHECK *et al.*, 1999; NUNES *et al.*, 2015); adolescentes participantes de uma pesquisa por telefone (KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998; KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016); domicílios participantes de pesquisa nacional de entrevistas de saúde, tendo os pais como os principais respondentes sobre a saúde dos adolescentes (NEWACHECK *et al.*, 2003); e, um dos estudos desenvolveu análises ecológicas, em nível de país, sobre a saúde de adolescentes e adultos jovens de 10 a 24 anos utilizando bases de dados secundários (VINER *et al.*, 2012). Além dessas características, observa-se que seis estudos tiveram a amostra composta por adolescentes rurais (ELLIOTT; LARSON, 2004; HARDIN *et al.*, 2021; RYAN *et al.*, 2001; SECOR-TURNER *et al.*, 2014; SECOR-TURNER, M.; RANDALL; MUDZONGO, 2016; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997), cinco estudos tiveram amostra composta por adolescentes e adultos jovens com faixa etária de 10 a 24 anos (DONAHUE *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2019; SECOR-TURNER, M.; RANDALL; MUDZONGO, 2016; TANDON *et al.*, 2008; VINER *et al.*, 2012) e em dois estudos a amostra era de crianças e adolescentes com faixa etária de 0 a 18 anos (BERRA *et al.*, 2009; KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016).

Sobre os métodos empregados, 14 dos 32 artigos selecionados utilizaram bases de dados nacionais de seus respectivos países para investigação sobre acesso aos serviços de saúde por adolescentes. Estudos norte-americanos utilizaram bases como “National Medical Expenditure Survey” (tradução: Pesquisa Nacional de Despesas Médicas) (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; IRWIN *et al.*, 2009); “National Longitudinal Study of Adolescent Health” (tradução: Estudo Longitudinal Nacional de Saúde do Adolescente) (FORD; BEARMAN; MOODY, 1999); “Youth Risk Behavior Surveillance Survey” (tradução: Pesquisa de levantamento de comportamento de risco juvenil) (ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997); “Commonwealth Fund Survey of the Health of adolescents girls” (tradução: Pesquisa comunitária sobre a saúde de meninas adolescentes) (KLEIN *et al.*, 1999; WILSON; KLEIN, 2000); “National Health Interview Surveys” (tradução: Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde) (NEWACHECK *et al.*, 1999, 2003); e “Rural

Adolescent Health Survey” (tradução: Pesquisa rural de Saúde do Adolescente)(SECOR-TURNER *et al.*, 2014).

Estudos europeus utilizaram bases como a KIDSCREEN, que avaliou a utilização dos serviços de saúde em crianças e adolescentes de 11 países europeus (BERRA *et al.*, 2009); o KIGGS, que é um estudo sobre a saúde da criança e do adolescente na Alemanha (KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016); e dados de um projeto europeu chamado “Screening and Promotion for HRQoL in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” (tradução: Rastreio e promoção da qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes - uma perspectiva europeia de saúde pública) (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010). No Brasil, dois estudos utilizaram a base de dados chamada “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar” (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018).

2.3 Adolescência: discussões

Nas últimas décadas, muitos países entraram em uma transição demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade e aumento da expectativa de vida, dos movimentos migratórios e de urbanização (BRASIL, 2018; SAWYER *et al.*, 2012). Fatores como a redução de doenças infecciosas, da desnutrição e da mortalidade na primeira infância levou ao crescimento da população adolescente e mudou a atenção para aspectos que se tornam proeminentes durante a adolescência como a saúde sexual e reprodutiva, o uso indevido de substâncias, saúde mental, lesões, obesidade e doenças físicas e crônicas. Aspectos que precisam de respostas diferenciadas (SAWYER *et al.*, 2012).

Estima-se que, atualmente, a geração de pessoas com idades entre 10 e 24 anos é a maior da história - uma população de 1,8 bilhões, representando um quarto da população mundial (DONAHUE *et al.*, 2019; SAWYER *et al.*, 2012). No Brasil, mesmo com a desaceleração no ritmo de crescimento da população jovem, a proporção de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos é significativa, representando 36,9% da população brasileira – um total de 51.402.821 pessoas (BRASIL, 2018). São pessoas extremamente diversas, diferindo em experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação

sexual, o que pode ter um grande impacto na saúde e no bem-estar (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Autores colocam que a adolescência é o período em que o indivíduo passa por grandes mudanças físicas e psicológicas, ao mesmo tempo em que ocorrem enormes mudanças nas interações e relacionamentos sociais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018; HARDIN *et al.*, 2021; KLEIN *et al.*, 1999; KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Entretanto, Sawyer *et al.* (2018) descrevem que, a definição da adolescência representa um enigma, isso porque, essa fase da vida que se estende entre a infância e a idade adulta abrange elementos de crescimento biológico e importante transições de papéis sociais que difere entre as culturas e ao longo do tempo (SAWYER *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Há muito tempo, o início da puberdade é aceito como ponto de partida da adolescência e as principais transições de papéis sociais, como conclusão da educação, emprego, casamento e criação dos filhos, historicamente assinalavam o fim (BRASIL, 2007; SAWYER *et al.*, 2012). No entanto, ao longo do século 20, ocorreu uma diminuição da idade de início da puberdade que parecia estar relacionada com melhorias na higiene, nutrição e saúde infantil, acelerando o início da adolescência em quase todas as populações (SAWYER *et al.*, 2012, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Paralelamente, as principais transições sociais para a idade adulta começam a ser adiadas até bem depois da maturidade biológica, mudando a percepção popular de quando começa a idade adulta. Isso porque, os jovens passam mais anos na educação e no treinamento e suas expectativas em relação a emprego, casamento, criação de filhos são papéis e responsabilidades cada vez menos definidos e lineares do que eram historicamente (SAWYER *et al.*, 2012, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). O fato de que crianças estão começando a puberdade mais cedo e assumindo papéis caracteristicamente adultos em uma idade mais avançada do que antes aumentou a duração e mudou a forma da adolescência (SAWYER *et al.*, 2012)

São muitas as discussões sobre a faixa etária ideal para definir adolescência. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), adolescentes são aquelas pessoas entre 10 e 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Acrescentando ainda que as diferentes fases de desenvolvimento na segunda década de vida podem ser divididas em adolescência inicial (10–13 anos), intermediária (14–16 anos) e tardia

(17–19 anos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Entretanto, a grande maioria dos adolescentes estão incluídos na definição de “criança” baseada na idade, adotada pela Convenção sobre os Direitos da Criança, como menor de 18 anos (BRASIL, 1990). Sawyer et al. (2018) comentam que, em diferentes países, essa definição continua a ser recebida com surpresa tanto sobre quando a adolescência começa (a noção de que uma pessoa de 10 anos é uma criança, não um adolescente) e quando acaba (a ideia de que um jovem de 19 anos já é um adulto).

Sobrepondo-se à adolescência, em 1985, o termo juventude ficou conhecido no primeiro Ano Internacional da Juventude da ONU. Apesar de a juventude ser definida tipicamente como o período entre 15 e 24 anos pela OMS, a Declaração de Barcelona define juventude como categoria social (CONGRESO MUNDIAL SOBRE LA JUVENTUD, 1985). Essa definição de juventude levanta outro desafio para definição de adolescência, isso porque, ao mesmo tempo, uma pessoa de 16 anos é uma criança, um adolescente e um jovem. Termos que transmitem significados diferentes: criança sugere dependência; jovem sinaliza independência; e adolescente traz a noção do indivíduo em crescimento que é capaz de assumir responsabilidades crescentes, mas que precisa de mais proteção do que um adulto (SAWYER *et al.*, 2012).

Nesse sentido, alguns autores propõem estender a definição de adolescência de 10-19 anos para 10-24 anos, observando que esta faixa-etária abrange a maioria dos indivíduos que estão passando por mudanças biológicas e transições de papéis sociais. Contudo são vistos alguns desafios, entre eles: o risco de diluir o foco de políticas voltadas para os adolescentes e os fundos já insuficientes; e o risco de que a expansão da faixa-etária possa fazer com que os adolescentes sejam vistos como incapazes de se engajar plenamente na sociedade e de assumir papéis de responsabilidade. Apesar disso, os autores destacam que, embora os adolescentes de 10 a 19 anos sejam diferentes dos jovens de 20 a 24 anos, seus desafios de saúde também fazem parte de um *continuum* de riscos e oportunidades de intervenção que começa no grupo mais jovem (KINGHORN *et al.*, 2018; MCDONAGH, 2018; SAWYER *et al.*, 2012).

A lei brasileira considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos (BRASIL, 2019). Entretanto, o Ministério da Saúde segue a definição elaborada pela OMS que delimita o período entre 10 e 19 anos como adolescência, e o situado entre 15 e 24

anos como juventude (BRASIL, 2010). Diretrizes brasileiras da saúde integral de adolescentes e jovens adotam os termos adolescências e juventudes, no plural. Considerando que essas categorias são construções culturais e sociais, que têm uma base material vinculada à idade (BRASIL, 2010). Nota-se que há um descompasso entre a fixação etária do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da OMS adotada pelo Ministério da Saúde, além de que se observa uma interseção, já descrita, entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

Documentos nacionais exemplificam que marcadores, condição ou fronteiras etárias tem relevância ou funcionam como um dos principais eixos ordenadores no planejamento e na implantação de políticas e ações sociais, mas na vida concreta e na experiência individual das pessoas, as fronteiras da adolescência e da juventude não estão dadas de modo homogêneo e delimitado por idade cronológica (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018). Isso porque, as diferentes particularidades que cada idade infere aos adolescentes e jovens no momento do ciclo de vida têm singularidades e fatores socioculturais, socioeconômicos e psicobiológicos importantes e distintos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010).

Além disso, é necessário considerar que adolescentes e jovens também passam por processos complexos de emancipação, que não se restringe somente a passagem da escola para o trabalho, mas que envolve três dimensões interdependentes: a macrossocial, no qual estão situadas as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; as dimensões institucionais que envolvem os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho; e a dimensão biográfica que apresenta as particularidades da trajetória pessoal de cada sujeito (BRASIL, 2010; BRASIL, 2018).

Assim, é fundamental destacar que adolescentes não são simplesmente crianças crescidas ou jovens adultos. O conjunto de determinantes que influenciam a saúde humana assume formas particulares e tem impactos únicos na adolescência ((SAWYER *et al.*, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, 2014). Os determinantes estruturais da saúde que afetam especificamente os adolescentes consistem em políticas e ambientes que apoiam o acesso à educação, fornecem recursos relevantes para a saúde e criam oportunidades para aumentar a autonomia dos jovens, a capacidade de tomada de decisão, o emprego e os direitos humanos.

Esses determinantes estruturais junto aos determinantes proximais da saúde que são também chamados de fatores de riscos e de proteção e que operam dentro do indivíduo e sua família, colegas, escola e comunidades, afetam em conjunto o envolvimento dos adolescentes em comportamentos relacionados à saúde – tanto de forma positiva como negativa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; SAWYER *et al.*, 2012; VINER *et al.*, 2012).

O desenvolvimento de comportamentos positivos durante a adolescência pode contribuir para uma vida adulta saudável e reduzir a probabilidade de problemas nos próximos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). No entanto, o processo de ações e decisões dos adolescentes sofre estrangulamentos das estruturas sociais, econômicas e culturais e dos diferentes dispositivos institucionais (BRASIL, 2010; VINER *et al.*, 2012). Ao mesmo tempo em que ocorre um aumento de responsabilidades com relação a própria vida exigidas pela sociedade e a família, os adolescentes e jovens tem seus pensamentos e comportamentos influenciados por outros meios como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e os sistemas legal e político. Além de influência das necessidades de grande importância para o desenvolvimento relacionado aos determinantes estruturais da saúde (BRASIL, 2010; SAWYER *et al.*, 2018).

Todas essas situações podem aumentar a vulnerabilidade desses adolescentes aos mais diversificados agravos à saúde (BRASIL, 2010). Isso porque, adolescentes vulneráveis sofrem maior exposição aos riscos para a saúde, têm menos acesso aos serviços de saúde e piores resultados de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Sawyer *et al.* (2012) colocam que, pelo menos 15% da carga mundial de doenças é responsável por anos de vida ajustados por incapacidades (DALYs) perdidos na adolescência, sendo que os principais fatores de risco incidentes foram: álcool, sexo inseguro, deficiência de ferro, falta de contracepção e uso de drogas ilícitas.

Paralelamente, os autores destacam que mais de 2,6 milhões de adolescentes e jovens morreram em 2004; e a OMS demonstrou que mais de 1,5 milhão de adolescentes e jovens com idade entre 10-24 anos morreram em 2019, com as principais causas de morte provocadas por lesões; causas maternas; doenças transmissíveis, nutricionais e perinatais; e doenças crônicas (ORGANIZAÇÃO PAN-

AMERICANA DE SAÚDE, 2018; SAWYER *et al.*, 2012). Destaca-se que todas as taxas e causas de morte diferiram substancialmente por idade, sexo e região, com taxas de mortalidades quase quatro vezes mais altas em países de baixa e média renda do que em países de alta renda (SAWYER *et al.*, 2012). Confirmando a afirmação da OMS de que as desigualdades na saúde dos adolescentes são influenciadas por fatores como sexo, renda, educação e residência rural ou urbana (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Diante desse contexto, é preciso reconhecer que os adolescentes têm necessidades de cuidados de saúde diferentes das crianças e adultos mais jovens, e que os sistemas de saúde têm um papel crucial sobre o bem-estar na adolescência e na redução das desigualdades em saúde (BRASIL, 2010; SAWYER *et al.*, 2012; VINER *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, 2014). Contudo, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desse ciclo de vida não é valorizado nos serviços de saúde como fator de proteção e prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento e do desenvolvimento, de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis como tabagismo, e de agravos como os que são ocasionados pelas violências (BRASIL, 2010). Além disso, apesar de necessidades de saúde específicas, os adolescentes são amplamente ignorados nas políticas e intervenções de saúde e não tiveram os mesmos ganhos de saúde ao longo dos anos que foram documentados em outras populações prioritárias como crianças, idosos e mulheres (DONAHUE *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, 2014).

Na última década, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, atual Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), impulsionaram a política de saúde global. A adolescência se tornou foco importante porque a melhoria da saúde do adolescente é fundamental para cumprimento de metas mundiais associadas a redução de taxas de mortalidade e fertilidade, assim como para o desenvolvimento, a saúde ou bem-estar de adolescentes – direta ou indiretamente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; SAWYER *et al.*, 2012). Pela primeira vez, a Estratégia Global da OMS para 2016-2030 em apoio a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, inclui um foco em adolescentes, identificando-os como fundamentais para alcançar os ODS da Agenda 2030, inclusive os relacionados à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água e saneamento, crescimento econômico, assentamento humano, mudanças climáticas e sociedades pacíficas e inclusivas (DONAHUE *et al.*, 2019;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; UNITED NATIONS, 2015). A OMS destaca que, ao ajudar os adolescentes a realizarem seus direitos à saúde, bem-estar, educação e participação plena e igualitária na sociedade, contribuiremos para que eles atinjam seu pleno potencial como adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Para isso, são necessárias intervenções em saúde de qualidade e cobertura universal, adaptadas às necessidades específicas dos adolescentes e realizadas de forma intersetorial. Isso porque, os principais determinantes da saúde de adolescentes estão fora do domínio único do setor saúde, envolvendo outros setores como a educação, proteção social, estradas e transportes, telecomunicações, habitação e planejamento urbano, energia, água e saneamento etc (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Documentos da OMS ressaltam que, não existe um pacote de intervenções em saúde ideal, pois as necessidades de saúde dos adolescentes diferem entre os países, sendo necessário que os governos avaliem as necessidades particulares de seus países antes de desenvolver programas nacionais para adolescentes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, 2014)

No Brasil, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), de 1989, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, foram as primeiras políticas que apresentaram diretrizes voltadas para atenção à saúde e proteção social dos adolescentes (BRASIL, 2019; COSTA *et al.*, 2015; JAGER *et al.*, 2014). O PROSAD foi o primeiro programa brasileiro a se preocupar com a inclusão do adolescente em uma política de saúde (JAGER *et al.*, 2014). Entretanto, houve falhas na sua implementação relacionadas a abordagem integral e ação protagonista dos adolescentes evidenciadas pela escassez de intersetorialidade das ações (COSTA *et al.*, 2015). E o ECA junto a outras políticas como a Constituição Federal de 1988 e as Lei Orgânicas da Saúde de 1990 legitimaram os adolescentes e jovens como sujeitos sociais e autônomos, inseridos no mundo produtivo, na participação das decisões do Estado, nos movimentos em defesa da cidadania. (LOPEZ; MOREIRA, 2013)

Nesse cenário que se iniciam as discussões para proposição de uma política nacional de atenção integral à saúde, para além de uma perspectiva programática definida pelos limites do PROSAD. Intensos movimentos de adolescentes e jovens foram realizados na década de 90 para o reconhecimento das múltiplas dimensões

que compõem o que é ser adolescente e jovem. Contudo, mesmo que esses atores tenham sido reconhecidos como sujeitos de direitos pelo campo da saúde, isto não foi suficiente para assegurar seu reconhecimento como sujeito nas esferas sociais e políticas mais ampliadas (LOPEZ; MOREIRA, 2013). Assim, mesmo com uma proposta de política, essa legislação não foi promulgada. E a ausência da promulgação de uma legislação da Saúde Integral do Adolescente e Jovem, e consequente falta de recursos financeiros específicos, torna a atenção à saúde dessa população em tema transversal, esvaziada diante de outras especificidades, como saúde da mulher, saúde do homem e gênero (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Vários outros documentos nacionais foram lançados com objetivo de orientar a saúde dos adolescentes e jovens, entre eles, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, lançada em 2010 e voltada para os profissionais e gestores relacionados ao campo da saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010). Posteriormente, com finalidade de contribuir para uma das diretrizes que é a reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral desses ciclos de vida, foram lançados documentos para apoiar a ampliação do acesso e qualificação do processo de trabalho para esse público ((BRASIL, 2013; BRASIL, 2018)

O acesso aos serviços de saúde durante esse período é essencial para modificar comportamentos de risco, promover hábitos saudáveis e melhorar a saúde dos adolescentes (MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001). Nesse sentido, é necessário reconhecer as demandas e necessidades desses adolescentes, assim como as desigualdades e barreiras para o acesso aos serviços de saúde.

2.4 Acesso aos serviços de saúde: conceito

Os sistemas de saúde têm papel relevante na redução das desigualdades sociais nas condições de saúde e de vida da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Entre os seus principais objetivos está a garantia da universalidade do acesso, com oferta de serviços de saúde efetivos, resolutivos e de qualidade, de acordo com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011; SÓRIA *et al.*, 2019). No Brasil, o acesso é um direito de toda

população garantido através da Constituição Federal por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM *et al.*, 2011).

O acesso é um conceito complexo e multidimensional, muitas vezes utilizado de forma imprecisa e variado, e com pouca clareza na sua relação com os serviços de saúde (DILÉLIO *et al.*, 2015; SÓRIA *et al.*, 2019; TRAVASSOS; CASTRO, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Alguns autores priorizam o termo acessibilidade em vez de acesso, e, por vezes acesso vem sendo confundido com o conceito de utilização de serviços de saúde (DILÉLIO *et al.*, 2015; SÓRIA *et al.*, 2019; TRAVASSOS; CASTRO, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Apesar de o acesso ser utilizado como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde em alguns estudos (ALMEIDA *et al.*, 2020; DILÉLIO *et al.*, 2015; TRAVASSOS; CASTRO, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004), autores destacam que acesso se refere a relação entre procura por cuidados de saúde a partir da percepção de necessidade de saúde pelos indivíduos e seu ingresso/entrada no serviço/sistema, enquanto acessibilidade está relacionada com as características da oferta dos serviços que permitem que estes sejam utilizados pelos usuários potenciais (ALMEIDA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2012; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010)

Embora os conceitos de acesso e utilização estejam relacionados, eles não são sinônimos (ALMEIDA *et al.*, 2017; SÓRIA *et al.*, 2019). A utilização dos serviços de saúde representa todo contato direto com os serviços de saúde e pode ser compreendida como evidência de que o acesso foi alcançado, ou seja, se refere a todas as pessoas que procuraram os serviços de saúde e obtiveram atendimento (ALMEIDA *et al.*, 2020; STOPA *et al.*, 2017; TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Essa utilização resulta da interação entre o comportamento da pessoa que procura o cuidado e das características da oferta dos serviços, tanto organizacionais, quanto dos profissionais, que conduzem o usuário pelo sistema (ALMEIDA *et al.*, 2017; TRAVASSOS *et al.*, 2000; TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A utilização do serviço é determinada por uma necessidade de saúde percebida pelo usuário, decorrente de sua situação de saúde e de seu conhecimento prévio de doença, que, por sua vez, também sofre influência sociodemográfica (STOPA *et al.*, 2017). A percepção de uma necessidade de saúde pode levar o indivíduo a procura ou não dos serviços de saúde. Essa procura configura uma demanda, e esta é

mediada pela existência ou não dos serviços adequados ao atendimento das necessidades de saúde do indivíduo (DILÉLIO *et al.*, 2015; TRAVASSOS; CASTRO, 2008). A disponibilidade dos serviços é uma condição necessária à sua utilização, entretanto só a mera disponibilidade não garante acesso. Barreiras geográficas (longas distâncias, tempo de deslocamento), financeiras (capacidade de pagar), organizacionais (tempo de espera, serviços disponíveis), informacionais, culturais etc., também expressam as características da oferta dos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Devido a dificuldades de se obter medidas de acesso em seu domínio mais amplo, a maior parte das pesquisas tem adotado a utilização de serviços de saúde como *proxy* de acesso (ALMEIDA *et al.*, 2017). Entretanto, sua definição exclui e não permite conhecer a respeito daqueles indivíduos que buscaram e não conseguiram atendimento, o que também se denomina demanda não-satisfeita ou falta de acesso (ALMEIDA *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2016). Desse modo, o acesso representa não somente a obtenção do cuidado de saúde, mas contempla a demanda não-satisfeita e as dificuldades enfrentadas pelos usuários para chegar até os serviços de saúde.

2.5 Acesso aos serviços de saúde: resultados dos estudos selecionados

Os artigos selecionados relataram de diferentes formas a busca por cuidados de saúde por adolescentes, evidenciando a prevalência de utilização dos serviços; nível de atenção; motivos de procura dos serviços; falta de acesso; e barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Um dos estudos demonstrou que 66% dos adolescentes norte-americanos procuraram algum tipo de atendimento médico no ano de 1987 (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997). Em 1995, Newacheck *et al.*, (1999) apresentaram que 73% dos adolescentes norte-americanos tiveram contato com pelo menos um médico no ano anterior à pesquisa. No ano de 1997, outro estudo desenvolvido em escolas de Oregon, nos Estados Unidos, relatou que 75% de adolescentes escolares visitaram um ou mais prestadores de cuidados de saúde nos 12 meses anteriores ao ano da pesquisa (ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). E o estudo de Tandon *et al.*, (2008) demonstrou que 78% dos adolescentes norte-americanos tinham um local habitual para atendimento médico. Na Tanzânia, 75% dos adolescentes

escolares africanos relataram usar apenas serviços de saúde modernos (hospital, farmácia e postos de saúde) e 1,2% usavam apenas serviços de saúde tradicionais (curandeiro, fitoterapia).

Klein *et al.*, (1998), em uma pesquisa anônima aleatória por telefone, obteve que 88% dos adolescentes norte-americanos identificaram alguma fonte de atenção primária. Outros estudos relataram percentuais maiores ou iguais a 90% de adolescentes que relataram ter alguma fonte usual de cuidados primários (um consultório médico, centro de saúde ou clínica baseada em hospital) (KLEIN *et al.*, 1999; NEWACHECK *et al.*, 1999, 2003) ou relataram ter visto um provedor de cuidados primários nos últimos 12 meses (KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016; SECOR-TURNER *et al.*, 2014), ou tiveram acesso nos últimos 12 meses aos serviços de atenção primária à saúde de referência do seu domicílio (MARTINS *et al.*, 2019). Prevalências de utilização dos serviços de saúde menores que 60% também foram encontradas em estudos com adolescentes norte-americanos (ELLIOTT; LARSON, 2004; IRWIN *et al.*, 2009; RYAN *et al.*, 2001; WILSON; KLEIN, 2000), adolescentes europeus (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010), adolescentes asiáticos (TSAI *et al.*, 2014) e adolescentes brasileiros (CLARO *et al.*, 2006; NUNES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018).

Em estudos realizados no Brasil, observou-se que 46% dos adolescentes matriculados em escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro afirmaram ter sentido necessidade de procurar um serviço de saúde nos últimos três meses (CLARO *et al.*, 2006). Outro estudo também em adolescentes escolares brasileiros, observou que 48% procuraram por algum serviço ou profissional de saúde nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa (OLIVEIRA *et al.*, 2015). No estudo de Nunes *et al.*, (2015), realizado com adolescentes da zona urbana do município de Pelotas/RS, observou-se que somente 23% dos adolescentes referiram utilizar serviços de saúde. Em estudo realizado no município de Camaçari/BA, 89,5% dos adolescentes e adultos jovens tiveram acesso a um serviço de atenção básica nos últimos 12 meses (MARTINS *et al.*, 2019).

Sobre o nível de atenção e o motivo de procura dos serviços pelos adolescentes, é demonstrado no estudo de Klein *et al.*, (1998), que os médicos da atenção primária foram os mais procurados para atendimentos como: dor de garganta (71%), lesão esportiva (53%), Infecções Sexualmente Transmissíveis (49%) e

informação sobre AIDS (29%). Outros estudos também evidenciaram que as fontes de atendimento mais comuns para adolescentes foram o consultório médico (particulares ou de convênio) e a clínica ou centro de saúde ou unidade básica de saúde (KLEIN *et al.*, 1999; NEWACHECK *et al.*, 1999; NUNES *et al.*, 2015). No estudo de Vinagre *et al.*, (2019), realizado em Portugal, observa-se que os adolescentes europeus geralmente recorrem a hospitais e serviços de urgência e internamento por motivos de doenças e acidentes; e nos centros de saúde os motivos são vacinação, consultas de vigilância e também por doenças.

No Brasil, o estudo de Reis *et al.*, (2013) com adolescentes escolares apresentou que os serviços mais procurados foram: as consultas médicas (51,6%), odontológica (46,8%), de psicologia (27,4%) e de enfermagem (12,5%). A pesquisa evidenciou ainda que, apesar de ter uma menor proporção de adolescentes que consultaram enfermeiros, as atividades geralmente realizadas pela enfermagem foram: avaliação de peso/altura (41,9%), vacinação (37,9%) e grupo de adolescentes (26,4%) (REIS *et al.*, 2013). Outro estudo realizado com adolescentes brasileiros da região Sul destacou que os motivos mais frequentes para busca por atendimento foram algum problema de saúde (69%) e revisão (18,7%), sendo que nos problemas de saúde referidos, as maiores proporções, foram problemas respiratórios, problema de saúde bucal e dores em geral (NUNES *et al.*, 2015).

Para os adolescentes escolares africanos, o motivo mais comum de procura de serviços de saúde modernos como hospitais, farmácia e postos de saúde foi à febre, seguido de lesões (MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001). Enquanto para os adolescentes e adultos jovens europeus os motivos para consultas nas unidades de saúde incluíram malária, parto, dor abdominal ou vaginal, ferimentos na estrada, pneumonia, anemia moderada, dermatose e febre tifóide (DONAHUE *et al.*, 2019).

Com relação à falta de acesso e aos motivos de não procura e falta de acesso aos serviços de saúde, o estudo de Zimmer-Gembeck *et al.*, (1997) evidenciou que 19% dos adolescentes norte-americanos relataram que não receberam um ou mais dos 10 tipos específicos de atendimento quando necessário. O estudo de Newacheck *et al.*, (1999) apresentou que 8,5% dos adolescentes norte-americanos não conseguiram acessar pelo menos um dos serviços de saúde, evidenciando que as necessidades não atendidas mais comuns foram: atendimento odontológico (6,3%), prescrição e/ou óculos (2,7%) e atendimento médico (1,7%). Estudo com

adolescentes escolares da Nova Zelândia demonstrou que um em cada seis alunos (17%) não tinham visto um médico ou enfermeira quando necessário nos 12 meses anteriores à pesquisa. Outro estudo em adolescentes norte-americanos demonstrou que 27% relataram ter perdido cuidados necessários e que o motivo mais comum para a falta de atendimento era não querer que os pais soubessem (35%) (KLEIN *et al.*, 1999).

O estudo de Ford *et al.*, (1999) com adolescentes escolares norte-americanos relatou que 18,7% abandonaram o atendimento de saúde no ano anterior a pesquisa, sendo que os motivos mais comuns para renúncia de cuidado foram: pensar que o problema iria embora (63,3%), seguido de medo do que o médico diria ou faria (15,5%), incapacidade de pagar (14%), preocupação com a confidencialidade (11,5%), o pai ou responsável não iria com o adolescente para o cuidado (11,7%) e dificuldade para marcar a consulta (8,9%). Outros estudos apresentaram que os custos para utilização dos serviços de saúde também foram considerados motivo para perda dos cuidados necessários em saúde (DENNY *et al.*, 2013; ELLIOTT; LARSON, 2004; FORD; BEARMAN; MOODY, 1999; KLEIN *et al.*, 1999; WILSON; KLEIN, 2000).

No estudo de Secor-Turner *et al.*, (2014), com adolescentes rurais do condado de Dakota do Norte, os autores destacam que embora os adolescentes rurais possam ter altas taxas de acesso a serviços de saúde aceitáveis (94%), um terço dos adolescentes relataram que geralmente é um problema obter atendimento quando julgam necessário, e quando tem, pode ser serviços que não incluem informações importantes sobre a saúde preventiva e orientação antecipatória.

A pesquisa de Elliot *et al.*, (2014) apresentou que 26% dos adolescentes moradores do Condado de Minesotta, nos Estados Unidos, não receberam os cuidados necessários. Além disso, 44% dos adolescentes relataram ter dispensado os cuidados de saúde, embora achassem indicado obtê-los; e 62% do grupo de adolescentes fora da escola relatou desistência do cuidado. Dentre as principais barreiras destacadas pelos autores estão: o custo dos cuidados e falta de cobertura de seguro para lesões e doenças; falta de conhecimento, desconfiança e estigma para depressão; constrangimento e transporte para controle de natalidade e infecções sexualmente transmissíveis; e não saber onde ou como acessar o atendimento para uso de drogas ou álcool.

Um estudo com adolescentes africanos, também observou outras barreiras para utilização dos serviços de saúde, entre elas: a falta de competências dos profissionais prestadores; as falhas em manter a confidencialidade de forma adequada; a atitude negativa dos prestadores em relação aos adolescentes; a falta de privacidade; os horários de funcionamento inconveniente e longos tempos de espera; e as más condições das instalações e equipamentos médicos (SECOR-TURNER; RANDALL; MUDZONGO, 2016). Assim, Martins *et al.*, (2019) destacam, em resumo, alguns motivos de não procura/barreiras dos serviços, entre eles: o fato de não ter precisado, dificuldade de encontrar atendimento, não gostar da qualidade do atendimento, falta da oferta do serviço de que necessitava, distância do serviço e horário incompatível.

Para os adolescentes, destacado no estudo de Vinagre *et al.*, (2019), as preferências em relação às condições dos serviços é que deve haver menos tempo de espera e ambientes mais confortáveis e menos lotados; e nas atitudes dos profissionais destacam as competências técnicas e a experiência associada às competências relacionais.

2.3.4 Características individuais associadas à utilização dos serviços de saúde por adolescentes: resultados dos estudos selecionados

As variáveis observadas nos estudos selecionados que estiveram associadas à utilização dos serviços de saúde foram: sexo; raça ou cor da pele; renda familiar; escolaridade; ter ou não plano de saúde; tipo de área ou região de residência; estado, autoavaliação de saúde e comportamentos de risco; e estrutura familiar.

Com relação ao sexo, a procura por serviços foi maior no sexo feminino (BERRA *et al.*, 2009; KLEIN *et al.*, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; TANDON *et al.*, 2008; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). Somente o estudo de Denny *et al.*, (2013) apresentou que o tratamento de saúde esquecido era mais comum entre adolescentes escolares do sexo feminino do que em adolescentes escolares do sexo masculino. Estudos demonstraram que adolescentes de raça ou cor da pele branca procuravam mais os serviços de saúde e eram mais vistos no consultório médico (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Inversamente, o estudo de Wilson *et al.*, (2000) observou que adolescentes afro-americanos eram mais

propensos do que adolescentes brancos e adolescentes hispânicos a relatar o uso do pronto-socorro como sua fonte usual de cuidados.

Sobre a renda familiar, as pesquisas apresentaram que adolescentes de famílias de média e baixa renda tinham menos probabilidade de ter feito uma consulta médica quando comparados aos de famílias de alta renda (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; BERRA *et al.*, 2009; CLARO *et al.*, 2006; HARDIN *et al.*, 2021; IRWIN *et al.*, 2009; NEWACHECK *et al.*, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2015; VINER *et al.*, 2012). Corroborando com a análise ecológica realizada por Viner *et al.*, (2012), em que foi observado que maior riqueza nacional estava fortemente associada à melhor saúde na maioria dos resultados e que países com sistemas políticos e econômicos que produziram maior desigualdade de renda tiveram pior saúde em todos os resultados, com exceção de lesões relatadas, exposição à violência e tabagismo. Em países europeus, ter um nível socioeconômico mais alto também esteve associado ao maior acesso dos adolescentes aos serviços de saúde (BERRA *et al.*, 2009). Entretanto, o estudo de Krause *et al.*, (2016) demonstrou que adolescentes europeus socialmente desfavorecidos foram tratados com muito mais frequência e por mais tempo no hospital do que aqueles socialmente em melhor situação.

Ainda sobre o nível socioeconômico, o estudo de Claro *et al.*, (2006), identificou em análises do nível socioeconômico representado pelo tipo de escola, que alunos de escolas públicas tiveram menos chances de expressarem necessidade sentida positivamente, demandarem serviços de saúde e obterem acesso aos serviços procurados. Resultado confirmado com o estudo de Oliveira *et al.*, (2018), em que adolescentes de escolas privadas (69,9%) procuraram mais os serviços de saúde do que adolescentes de escolas públicas. Outra pesquisa específica ainda, que, adolescentes de escolas particulares procuram mais por consultórios particulares (42,9%), enquanto que os de escolas públicas, a procura é maior na unidade básica de saúde (55,8%) (OLIVEIRA, M. M. De *et al.*, 2015).

Com relação à escolaridade, os estudos demonstram que adolescentes que estão na escola e que os pais têm nível educacional mais alto são mais propensos a ter acesso aos serviços de saúde e evitar comportamentos de risco (ALLISON *et al.*, 2007; BERRA *et al.*, 2009; GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2018; RYAN *et al.*, 2001; SECOR-TURNER; RANDALL; MUDZONGO, 2016; VINER *et al.*, 2012). Estudos europeus relataram que adolescentes cujos pais possuíam baixa

escolaridade apresentaram menor proporção de pelo menos consultar um profissional de saúde nas últimas quatro semanas anteriores à pesquisa (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010); e adolescentes cujas mães não tinham concluído o ensino médio tinha 1,7 menos chance de ter recebido cuidados preventivos do que aqueles cujas mães eram graduadas (RYAN *et al.*, 2001).

No estudo de Allison *et al.* (2007), em escolas públicas de Denver, os resultados demonstraram que adolescentes que estavam na escola eram mais prováveis de ter feito mais de três consultas de cuidados primários (52%), mais prováveis de ter recebido uma consulta de manutenção da saúde (43%), uma vacina contra a gripe (45%), um tétano reforço (33%) e uma vacina contra a hepatite B (46%). A pesquisa de Viner *et al.*, (2012) também evidenciou que países com uma proporção maior de seus jovens na educação tiveram menor mortalidade masculina e feminina, bem como menor mortalidade por lesões e menor mortalidade por doenças não transmissíveis. A participação no ensino superior também foi associada a uma prevalência mais baixa de HIV e níveis mais baixos de lesões em ambos os sexos e menos nascimentos na adolescência. O abandono escolar, a baixa frequência escolar e o fracasso escolar foram fatores descritos por adolescentes no estudo de Secor-Turner *et al.*, (2016) como barreiras à saúde que pode levar a outros comportamentos de risco, sendo colocado a escola como um local apropriado para receber informações de promoção da saúde.

No que se refere à presença de plano ou seguro de saúde, estudos norte-americanos destacaram que adolescentes com seguros públicos ou sem seguros eram menos propensos de ir a uma consulta médica do que aqueles com seguros privados (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; IRWIN *et al.*, 2009). Klein *et al.*, (1999) apresentaram ainda que adolescentes sem seguro eram mais propensos a ter perdido os cuidados necessários. Newacheck *et al.*, (1999, 2003) destacam ainda que, adolescentes sem seguro eram seis vezes mais propensos a ter múltiplas necessidades não atendidas do que adolescentes segurados (NEWACHECK *et al.*, 1999), além de apresentar que adolescentes que não possuíam cobertura de seguro de saúde eram adolescentes pobres ou quase pobres (NEWACHECK *et al.*, 2003). No estudo de Hardin *et al.*, (2021), em uma comunidade rural de baixa renda no Oeste dos Estados Unidos, a maior barreira estrutural comum para os cuidados de saúde era de que os adolescentes ou suas famílias não podiam pagar, sendo encontrada

uma relação positiva entre necessidade de saúde não atendida e não ter seguro de saúde.

Sobre o tipo de área, no estudo de Zimmer-Gembeck *et al.*, (1997) os adolescentes rurais eram mais prováveis a relatar necessidades não atendidas de cuidados de saúde. A pesquisa de Wilson *et al.*, (2000) sobre adolescentes e serviços ambulatoriais, demonstrou que adolescentes rurais eram mais propensos a usar apenas o pronto-socorro (6,6%) do que os adolescentes suburbanos (3,2%) ou urbanos (4,4%). Estudo nacional com adolescentes europeus destacou que adolescentes em regiões rurais eram tratados com muito menos frequência por um consultório particular de pediatria, mas significativamente mais frequente por um consultório particular de medicina geral do que adolescentes urbanos da mesma idade (KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016).

O estudo de Denny *et al.*, (2013) com adolescentes escolares da Nova Zelândia observou também que, adolescentes que moravam em bairros com altos níveis de privação eram mais prováveis de relatar a falta de acesso aos cuidados de saúde quando necessário se comparados com adolescentes de bairros com baixo níveis de privação. O mesmo foi observado no estudo de Tsai *et al.*, (2014) com adolescentes escolares asiáticos, aqueles que residiam em uma área menos populosa tinham menos probabilidade de consultar regularmente um médico. Por região de residência, observaram-se dois estudos selecionados no Brasil, em ambos a região Sudeste foi a que apresentou maiores prevalências de utilização dos serviços de saúde por adolescentes escolares (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018).

Com relação ao estado e autoavaliação de saúde, um estudo com adolescentes norte-americanos (NEWACHECK *et al.*, 1999) e outro com adolescentes asiáticos (TSAI *et al.*, 2014) evidenciaram que adolescentes que autoavaliaram sua saúde como regular ou ruim tiveram mais contato com os cuidados de saúde do que aqueles com saúde boa, muito boa ou excelente. Estudos relataram também que adolescentes com condições e necessidades crônicas tinham maior probabilidade de ter consultado um médico (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; TSAI *et al.*, 2014) ou de ter tido contato com o serviço de saúde (NEWACHECK *et al.*, 1999).

Mais especificamente, o estudo de Berra *et al.*, (2009) destacaram que mais dias de invalidez e mais condições crônicas foram associadas ao maior acesso aos serviços de saúde e que condições crônicas, dias de deficiência, transtornos

psiquiátricos, queixas psicossomáticas, má qualidade de vida relacionada à saúde foram variáveis associadas a maior intensidade de uso dos serviços. Oliveira *et al.*, (2018) também demonstram que algumas questões relacionadas à saúde como sofrer violência física, dor de dente e hábitos de higiene foram motivos para maior procura dos adolescentes pelos serviços de saúde.

Níveis mais altos de comportamento de risco, história de abuso físico ou sexual, relação sexual sem preservativo e escores mais altos de depressão também foram situações que levaram à maior procura dos adolescentes por serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; WILSON; KLEIN, 2000). Inversamente, o estudo de Ford *et al.*, (1999) demonstrou que adolescentes norte-americanos que apresentavam comportamentos de risco como uso diário de cigarro, uso de álcool para homens e relações sexuais eram mais propensos a dispensar os cuidados de saúde do que adolescentes que não tinham esses comportamentos.

No que concerne a estrutura familiar, o estudo de Oliveira *et al.*, (2018) destacou que adolescentes que realizavam refeições com os pais e adolescentes que os pais tinham conhecimento sobre o tempo livre dos filhos tinham mais probabilidade de utilizar os serviços de saúde. Enquanto adolescentes norte-americanos do sexo feminino que moravam apenas com um dos pais apresentaram maior risco de perda de cuidados de saúde (FORD; BEARMAN; MOODY, 1999)

3 MARCO TEÓRICO

A adolescência é uma fase marcada por situações de vulnerabilidade, em que os adolescentes podem estar expostos à violência, acidentes; negligência; moradia inadequada; discriminação; abandono afetivo-social; exclusão social; questões relativas à sexualidade; e dificuldades de acesso à cultura, educação e serviços de saúde (BARROS *et al.*, 2019). Essas situações estão relacionadas às características do contexto em que os adolescentes vivem, cujas alterações positivas ou negativas podem afetar sua situação de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; BARRETO, 2017; BUSS; FILHO, 2006)

No Brasil, as condições contextuais do território evidenciam as profundas desigualdades regionais históricas decorrentes do uso e da conformação política e econômica do país. A forma fragmentada como as políticas públicas incentivaram a integração territorial mais seletiva, relacionada a inserção de lugares e regiões no mercado internacional, configurou regiões mais e menos desenvolvidas. Para além do processo de reorganização produtiva, essa situação resultou no aumento das desigualdades socioespaciais que permaneceram vinculadas a concentração de poder em grupos específicos e de infraestruturas e de riqueza em determinados lugares e atividades (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; BARRETO, 2017).

Esses contextos diferenciados modelam a ocorrência das relações de reprodução social, na qual os sujeitos se desenvolvem como seres sociais e as necessidades de saúde se originam (BARROS *et al.*, 2019, 2021; HINO *et al.*, 2009). De modo geral, as relações de produção e reprodução são a base das necessidades em saúde, determinando assim, o processo saúde-doença, e explicando boa parte das diferenças históricas observadas na situação de saúde e no acesso aos serviços de saúde pelos diferentes grupos sociais (BARROS *et al.*, 2019, 2021).

As necessidades de saúde dos adolescentes, como as demais faixas etárias, não se restringem às necessidades médicas, problemas de saúde, doenças, sofrimentos ou risco, também se referem a carências ou vulnerabilidades relacionadas ao modo de vida e identidade, expressos no que é necessário para ter saúde e gozo de vida (BARROS *et al.*, 2019, 2021; HINO *et al.*, 2009). A necessidade é um fator central na utilização de serviços de saúde e pode ser percebida e levar o indivíduo a buscar o serviço de saúde, que também depende do modo como está inserido no

sistema de saúde. Além disso, a necessidade pode, por exemplo, ser uma doença diagnosticada por profissionais de saúde, após o primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde (ANDERSEN, 1995; ANDERSEN, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A percepção de uma necessidade de saúde está associada à situação de saúde e ao comportamento individual frente à doença, que por sua vez estão conectados às condições contextuais e podem resultar em demanda por serviços de saúde. Nesse caso, a demanda pode ser satisfeita, na qual corresponde a busca bem-sucedida de cuidado, cuja obtenção do atendimento corresponde a utilização dos serviços de saúde. Entretanto, se a busca for malsucedida (demanda não satisfeita) resulta em falta de acesso do indivíduo que não obtém o atendimento ao procurar o serviço de saúde. A demanda é mediada pela existência ou não do serviço, principal barreira do acesso (TRAVASSOS *et al.*, 2000; TRAVASSOS; CASTRO, 2008; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

A demanda em saúde ainda pode ser influenciada pelas políticas de saúde, que, por sua vez, podem influenciar na forma como os serviços são organizados e oferecidos no território. Mais especificamente, as políticas de saúde influenciam a organização do sistema de saúde, suas formas de financiamento, a localização geográfica dos serviços, entre outros fatores, que, associados às características de oferta dos serviços locais, podem interferir na quantidade e na qualidade dos serviços disponibilizados, assim como no tipo e na quantidade de profissionais e recursos disponíveis (TRAVASSOS; CASTRO, 2008)

Na maioria das vezes, essa configuração territorial do sistema de saúde expressa e reproduz as desigualdades regionais no Brasil (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). Albuquerque *et al.* (2017) comentam que a distribuição espacial dos serviços públicos de saúde acompanhou as tendências de desconcentração e desigualdade que marcam o processo de globalização e reorganização produtiva na integração das regiões. Regiões menos desenvolvidas e com piores indicadores socioeconômicos apresentam um contexto desfavorável em termos de disponibilidade e infraestrutura dos serviços de saúde, além de maior precariedade em termos de transportes, recursos financeiros da população e rede de apoio social (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; TRAVASSOS *et al.*, 2000; VIACAVA *et al.*, 2019; VIANA *et al.*, 2015).

Essas desigualdades regionais na distribuição dos serviços promovem desigualdades na oferta e acesso aos serviços de saúde, assim como desigualdades na situação de saúde dos indivíduos (VIANA *et al.*, 2015). Isso porque, podem influenciar na decisão dos indivíduos em buscar os serviços de saúde, na demanda por serviços, e conseqüentemente, na sua utilização. Inversamente, a não utilização dos serviços de saúde pode promover pioras na situação de saúde dos indivíduos e aumento na demanda por serviços de saúde.

A utilização dos serviços de saúde é garantia de que o acesso foi alcançado. Algumas características individuais determinam o acesso e a utilização dos serviços de saúde por adolescentes, entre elas: características demográficas, socioeconômicas e comportamentais. Todas as características podem ser moduladas pelas condições contextuais da região geopolítica, que por vezes refletem as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006); e podem ser modificadas por meio de políticas de saúde ou outras políticas como de acesso aos serviços básicos de saneamento, água, transporte, emprego, etc.

Com relação ao sexo, demonstra-se que adolescentes do sexo feminino utilizam mais os serviços de saúde preventivos do que os adolescentes do sexo masculino, provavelmente devido a questões de saúde reprodutiva, mais interesse e maior preocupação com sua saúde. Além de apresentarem autoavaliação de estado de saúde menos positiva que os meninos, aumentando as chances de procura dos serviços de saúde e do diagnóstico de doenças (CLARO *et al.*, 2006; DENNY *et al.*, 2013; GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; KLEIN *et al.*, 1999; NUNES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997).

No entanto, os meninos têm maior probabilidade de utilizar serviços não médicos, devido a problemas de desenvolvimento, comportamentais, de aprendizagem e outros problemas relevantes e são mais propensos a relatar o uso do pronto-socorro com fonte usual de cuidado (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; KLEIN *et al.*, 1999). Isso porque, apresentam taxas mais altas de lesão e acidentes, e também tendem a apresentar diagnósticos tardios por conta da ideia do senso comum de que 'o homem é um ser forte que dificilmente adoece' (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Essa menor utilização dos serviços de saúde por adolescentes do sexo masculino pode provocar maior exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de

problemas crônicos, infecções sexualmente transmissíveis, acidentes e violências (NUNES *et al.*, 2015).

No que se refere à raça/etnia, adolescentes brancos possuem melhor acesso aos serviços de saúde do que adolescentes de outras categorias raciais ou étnicas (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; KLEIN *et al.*, 1999; NUNES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Geralmente, adolescentes brancos são mais propensos a ter uma fonte de cuidados primários, assim como apresentam maior probabilidade de identificar um consultório médico como fonte usual de atendimento (KLEIN *et al.*, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Enquanto adolescentes de outras categorias raciais são mais propensos a utilizarem clínicas, centros de saúde ou cuidados hospitalares, ou ainda o pronto-socorro como fonte usual de cuidados (KLEIN *et al.*, 1999).

A utilização de hospitais e pronto-socorro em vez de um local de atendimento primário para atendimento regular de saúde, demonstra que esses adolescentes podem estar sem uma fonte regular de cuidados de saúde e, conseqüentemente, mais expostos a comportamentos de risco e ao desenvolvimento de doenças devido ao menor uso de serviços preventivos (ALLISON *et al.*, 2007; NUNES *et al.*, 2015; RYAN *et al.*, 2001). No entanto, Nunes *et al.*, (2015) destacam também que, essas diferenças no acesso podem ocorrer devido a discriminação na obtenção do atendimento. Entretanto, são necessárias análises entre a utilização de serviços e a variável raça/etnia com controle de confusão para variáveis socioeconômicas, com finalidade de melhor descrever essas disparidades observadas.

Do outro lado, Oliveira *et al.*, (2018) consideram essa categoria raça/etnia como *proxy* de renda, e demonstram que pessoas que pertencem a grupos de renda mais baixa procuram menos os serviços de saúde, independente da faixa etária. Apesar do aumento da utilização dos serviços de saúde e da diminuição das desigualdades no acesso aos serviços primários de saúde, ainda persistem as desigualdades no acesso relacionadas à renda. Essas diferenças estariam relacionadas a demanda por atendimento que é maior entre pessoas de menor renda (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Essa maior demanda por atendimento pode ocorrer pelo fato de que o nível socioeconômico mais baixo está associado aos piores resultados em uma série de medidas de estado de saúde, incluindo mortalidade, condições crônicas e agudas e autoavaliação de saúde (NEWACHECK *et al.*, 2003). No entanto, esses piores resultados em saúde também podem estar relacionados a menor acesso aos serviços

preventivos. Isso porque, as desigualdades socioeconômicas no acesso também estão associadas às condições contextuais, principalmente as relacionadas com a características de oferta dos serviços e pela forma como o sistema de saúde está organizado, fatores que podem reforçar ou dificultar as desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017).

De modo geral, essa desigualdade social no acesso tende a ser maior em países com sistema de saúde privado, em que as pessoas precisam pagar por planos de saúde e seguros, do que em países com sistema universal (ALMEIDA *et al.*, 2017). No Brasil, as pessoas podem utilizar o sistema público (Sistema Único de Saúde - SUS), que apresenta diversos desafios para garantia da universalidade no acesso; ou podem pagar/ter plano de saúde ou plano privado. A forma como o sistema de saúde está ajustada permite maior acesso a quem pode custear o serviço ou plano de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017; PAIM *et al.*, 2011).

Geralmente, pessoas com planos e seguros de saúde privados relatam ter melhor acesso a serviços preventivos. No entanto, essas pessoas frequentemente recebem vacinas, serviços de alto custo e procedimentos complexos, por meio do SUS (PAIM *et al.*, 2011). Estudos evidenciam que adolescentes em famílias pobres e quase pobres apresentam maior probabilidade de não ter seguro do que adolescentes de famílias de média e alta renda, assim como adolescentes de raça/etnia preta têm maior probabilidade de utilizar serviços de cobertura pública do que adolescentes brancos. Além disso, adolescentes sem plano ou seguro de saúde são mais propensos a não ter uma fonte usual de atendimento e a ter mais necessidades não atendidas (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; IRWIN *et al.*, 2009; KLEIN *et al.*, 1999; NEWACHECK *et al.*, 1999).

A educação também pode ter influência importante no acesso e na utilização de serviços de saúde. Adolescentes que estudam tendem a utilizar mais os serviços de saúde do que aqueles que não estudam e também em relação aos adolescentes que trabalham (ALMEIDA *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2015; SECOR-TURNER; RANDALL; MUDZONGO, 2016; TANDON *et al.*, 2008). Essa questão pode estar relacionada ao fato de que adolescentes que trabalham e que estão fora da escola pertencem, predominantemente, as classes econômicas menos favorecidas (NUNES *et al.*, 2015). Comumente, adolescentes que estão fora da escola têm mais probabilidade de ter problemas de saúde, altas taxas de doenças crônicas e mais

comportamentos de risco (TANDON *et al.*, 2008). As escolas podem ser espaços de oportunidades no fornecimento de educação em saúde e de intervenções de desenvolvimento de comportamentos positivos na adolescência (SECOR-TURNER; RANDALL; MUDZONGO, 2016).

O menor nível de escolaridade dos pais também foi associado à diminuição da taxa de consultas a um profissional de saúde e ao aumento da taxa de hospitalizações (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; RYAN *et al.*, 2001). Tais fatos podem ser reflexos do menor conhecimento e compreensão dos pais sobre como cuidar dos seus filhos; ou sobre os benefícios das práticas de prevenção; ou ainda podem subestimar preocupações não médicas, como problemas psicológicos, de aprendizagem e desenvolvimento, ou sintomas leves de doenças, e, portanto, não procure ajuda profissional. Consequentemente, esse uso limitado de serviços preventivos de saúde e a identificação tardia de problemas de saúde podem levar ao aumento das hospitalizações (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010). Não obstante, a escolaridade dos pais também pode estar atuando como um proxy para recursos financeiros (RYAN *et al.*, 2001).

Sobre o local/região de residência, estudos demonstram que adolescentes residentes em áreas rurais versus áreas urbanas são menos propensos a usar os serviços de saúde e mais propensos a relatar necessidades não atendidas e falta de acesso aos serviços de saúde do que adolescentes de áreas urbanas (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; HARDIN *et al.*, 2021; RYAN *et al.*, 2001; WILSON; KLEIN, 2000; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). Autores colocam que os adolescentes rurais podem ter mais problemas com falta de transporte, disponibilidade de serviços, ou preocupações com privacidade e confidencialidade (HARDIN *et al.*, 2021; WILSON; KLEIN, 2000; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997). Frente a essas barreiras de acesso aos serviços de saúde, somente a necessidade de saúde dos adolescentes rurais pode não ser suficiente para garantir o recebimento do cuidado (RYAN *et al.*, 2001)

Além das diferenças relacionadas ao local urbano/rural onde adolescentes residem, pesquisas demonstram que existem diferenças no acesso aos serviços de saúde por adolescentes entre regiões. Adolescentes escolares na região Sudeste foram os que mais procuraram os serviços de saúde em relação aos adolescentes de outras regiões do Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018). Isso pode estar relacionado às

condições contextuais da região, que por sua vez, reflete na concentração da maior oferta de serviços de saúde, uma vez que, quanto maior o nível socioeconômico dos indivíduos ou das regiões, melhor o estado de saúde das pessoas e maior o acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A autoavaliação do estado de saúde tem sido utilizada como indicador importante sobre o comportamento da população referente a busca por serviços de saúde devido à dificuldade de mensurar as necessidades de saúde (CLARO *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Tsai *et al.*, (2014) comentam que, para os adolescentes, a autoavaliação do estado de saúde pode ser determinada por uma complexa interação de fatores pessoais e contextuais. E que, isso pode ser atribuído a um número acumulado de problemas de saúde e estilo de vida que os adolescentes apresentam, mas que também são mediados pelos recursos e capacidades com o qual eles têm de superar as desvantagens de saúde. Autoavaliação de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde estão significativamente associadas à utilização de serviços de saúde (GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010).

Estudos demonstram que adolescentes que autoavaliam sua saúde como regular ou ruim apresenta maior probabilidade de consultar um profissional de saúde. Além disso, adolescentes com uma condição médica relatada, problemas crônicos de saúde e deficiências são mais propensos a utilizar os serviços de saúde (BERRA *et al.*, 2009; CLARO *et al.*, 2006; DENNY *et al.*, 2013; GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; NEWACHECK *et al.*, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2018; TSAI *et al.*, 2014).

Sobre comportamentos de risco, observa-se que adolescentes com níveis mais altos de comportamentos de risco como sexo inseguro; uso de álcool e outras drogas; violência; lesão; escores mais altos de depressão; e etc, procuram mais os serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; WILSON; KLEIN, 2000). Uma hipótese destacada por Oliveira *et al.*, (2018) é que adolescentes com comportamentos de risco como a não utilização de preservativo podem manifestar preocupações com relação a infecções sexualmente transmissíveis ou mesmo com gravidez indesejada; e por isso, devem buscar mais os serviços de saúde. Entretanto, esses também apresentam maior probabilidade de dispensar os cuidados de saúde (DENNY *et al.*, 2013)

Secor-Turner *et al.* (2016) relatam que, intervenções que ocorrem contextos sociais e ambientais de adolescentes podem ser eficazes na redução de comportamentos de risco. A família também pode exercer papel protetor no cuidado

junto aos adolescentes, não só no estímulo na procura por serviços ou profissionais de saúde, mas também na promoção de comportamentos positivos de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; RYAN *et al.*, 2001).

4 MODELO TEÓRICO

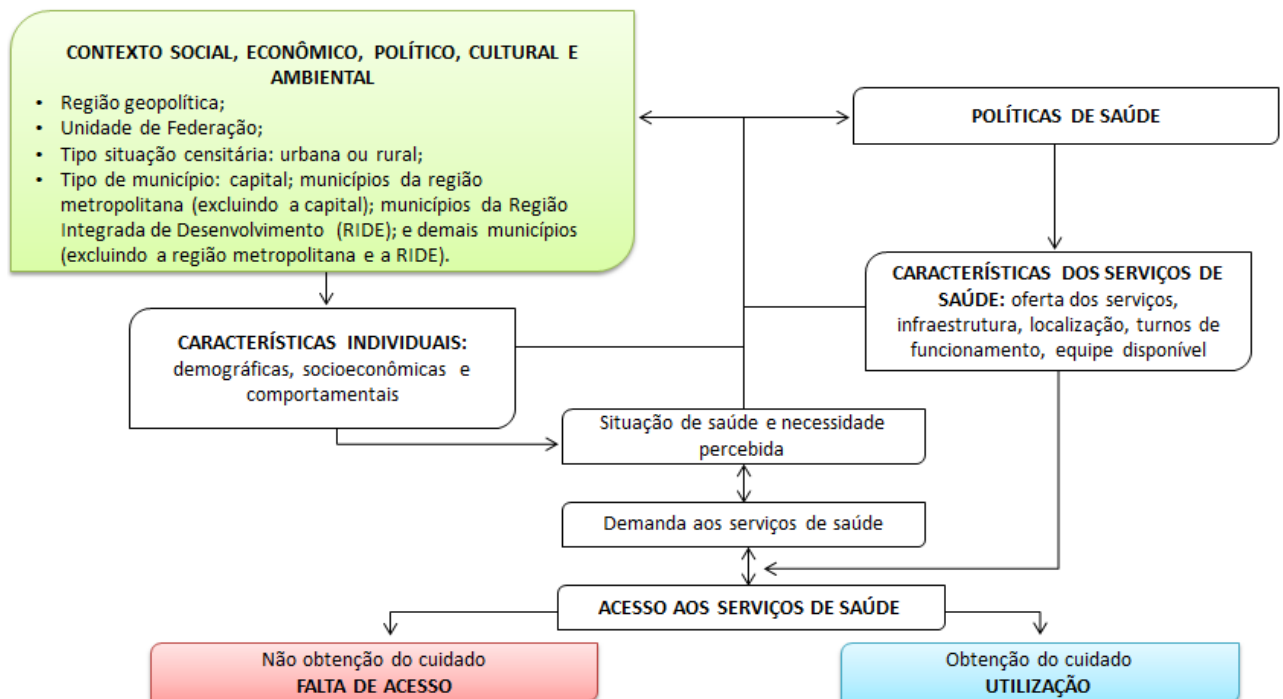


Figura 2 - Modelo teórico de determinação social do acesso aos serviços de saúde por adolescentes

5 JUSTIFICATIVA

Políticas e diretrizes nacionais reforçam a necessidade de um modelo de atenção integral à saúde dos adolescentes (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2018). Entretanto, os serviços de saúde encontram dificuldades para atender adolescentes e jovens, considerando as suas particularidades e especificidades (VIEIRA *et al.*, 2011). Carbonell e Ressel (2013) reforçam ainda, que, embora existam programas de atenção ao adolescente, observam-se mudanças significativas no perfil de morbimortalidade nesse grupo populacional, com aumento de problemas que poderiam ser evitados com atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (CARBONELL; RESSEL, 2013).

Estudos sobre acesso aos serviços de saúde entre adolescentes são pouco frequentes, sendo a maioria específicos para um determinado tipo de cuidado, como gravidez na adolescência, saúde bucal, saúde mental ou outros problemas de saúde. Na revisão de literatura, foram encontrados somente dois estudos nacionais sobre acesso aos serviços de saúde por adolescentes. Esses estudos tratavam apenas de adolescentes escolares participantes da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE). Além disso, os resultados desses estudos demonstraram disparidades regionais no que diz respeito ao acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de mais estudos que considerem também os adolescentes que não estão nas escolas e evidencie essas diferenças entre as regiões (OLIVEIRA, M. M. De *et al.*, 2015, 2018).

Desse modo, o presente estudo poderá contribuir para o planejamento de ações e políticas para esse ciclo de vida e redirecionamento das práticas assistenciais dos serviços de saúde nas diferentes regiões do Brasil.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Analisar os efeitos de características contextuais no acesso aos serviços de saúde por adolescentes brasileiros

6.2 Objetivos específicos

- Descrever as características de acesso e utilização de serviços de saúde;
- Descrever a procura dos serviços de saúde de acordo com características sociodemográficas, de situação de saúde e cobertura de atenção à saúde;
- Descrever o tipo de serviço utilizado por adolescentes, a natureza do financiamento e motivo de procura, segundo variáveis de contexto;
- Analisar os efeitos da situação censitária e do tipo de município na utilização de serviços de saúde, segundo a Unidade de Federação.

7 HIPÓTESES

- A prevalência de falta de procura dos serviços de saúde será maior que 40%
- A prevalência de utilização de serviços de saúde por adolescentes apresentará uma variabilidade entre 20 e 30%;
- A prevalência de falta de acesso será menor do que 5%.
- A utilização dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros será maior no nível de Atenção Primária à Saúde e com financiamento pela rede pública de saúde.
- Os motivos da procura de serviços serão por doença (dor, febre, diarreia etc.) ou continuação de tratamento da doença, seguido de acidentes, lesão ou fratura; problema odontológico; e serviços de vacinação.
- Adolescentes que moram em áreas urbanas, próximos da capital ou da região metropolitana e em estados da região Sul e Sudeste procurarão significativamente mais os serviços de saúde.
- A variabilidade do efeito da situação censitária e do tipo de município será maior em estados da região Norte e Nordeste.
- Em relação as características sociodemográficas, a procura dos serviços de saúde será maior entre adolescentes do sexo feminino, de cor da pele branca, que frequentam a escola na rede privada e que possuem rendam per capita familiar maior que 2 salários-mínimos.
- Sobre a cobertura de atenção à saúde, a procura será maior entre os adolescentes que tem algum tipo de plano de saúde e que possuem o domicílio cadastrado na unidade de saúde da família.
- No que se refere as características de situação de saúde, maiores prevalências de procura serão encontradas entre aqueles com estado de saúde ruim ou muito ruim, que deixaram de realizar suas atividades habituais por motivo da própria saúde e que entre aqueles que o médico já deu algum diagnóstico de doença física, crônica ou mental.

8 METODOLOGIA

8.1 Delineamento do estudo

O estudo utiliza delineamento transversal, de base domiciliar, com amostra representativa da população brasileira.

8.1.2 Justificativa para o delineamento

O delineamento escolhido tem sido uma metodologia amplamente utilizada para avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde (BARTMAN; MOY; D'ANGELO, 1997; BERRA *et al.*, 2009; CLARO *et al.*, 2006; DENNY *et al.*, 2013; ELLIOTT; LARSON, 2004; FORD; BEARMAN; MOODY, 1999; GIANNAKOPOULOS *et al.*, 2010; HARDIN *et al.*, 2021; IRWIN *et al.*, 2009; KLEIN *et al.*, 1999; KLEIN; MCNULTY; FLATAU, 1998; KRAUSE; ANDING; KAMTSIURIS, 2016; MARTINS *et al.*, 2019; MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001; NEWACHECK *et al.*, 1999, 2003; NUNES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015, 2018; RYAN *et al.*, 2001; SECOR-TURNER *et al.*, 2014; TSAI *et al.*, 2014; WILSON; KLEIN, 2000; ZIMMER-GEMBECK; ALEXANDER; NYSTROM, 1997), visto que as estimativas de prevalências e fatores associados são úteis para o planejamento em saúde e redirecionamento das práticas assistenciais.

8.1.3 Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

Para esse estudo serão utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A PNS é um inquérito de base domiciliar e âmbito nacional, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) nos anos de 2013 e 2019 (STOPA *et al.*, 2020). A PNS foi planejada para ter periodicidade quinquenal. Sua primeira edição ocorreu em 2013, com coleta de dados entre os meses de agosto de 2013 e fevereiro de 2014. Devido às questões relacionadas a seu delineamento e execução, a segunda edição, prevista inicialmente para 2018, só foi a campo no ano de 2019, sendo que a coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020 (IBGE, 2019a; STOPA *et al.*, 2020).

Antes da PNS, outros inquéritos nacionais haviam sido conduzidos no Brasil, entretanto havia necessidade de ampliação da captação de informações e análise de

resultados sobre saúde visando atender as demandas e prioridades do Ministério da Saúde. Desse modo, a PNS apresenta como objetivo principal produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida dos brasileiros, assim como sobre a assistência à saúde, no que se refere a aspectos do acesso e utilização dos serviços, ações preventivas, continuidade do cuidado e financiamento (IBGE, 2019a; STOPA *et al.*, 2020; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

8.2 População-alvo

Adolescentes de 10 a 19 anos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde no ano de 2019.

8.2.1 Critérios de inclusão

A população alvo da PNS foram todas as pessoas residentes em domicílios particulares permanentes (construídos com a finalidade exclusiva de habitação) ocupados na área de abrangência da pesquisa, em áreas urbana e rural por grandes regiões nacionais, Unidades de Federação, capitais e regiões metropolitanas (STOPA *et al.*, 2020).

Assim, para esse projeto de pesquisa, foram incluídos os adolescentes:

- Com faixa etária de 10 a 19 anos;
- Que, na data da entrevista, residiam em domicílios particulares permanentes de áreas urbana e rural, de todas as grandes regiões nacionais, Unidades de Federação, capitais e regiões metropolitanas do Brasil.

8.2.2 Critérios de exclusão

A amostra da PNS excluiu todos os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de escassa população, como agrupamentos indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado à criança e ao adolescente, conventos, hospitais, agrovilas de projeto de assentamento e agrupamentos quilombolas (STOPA *et al.*,

2020). Além disso, moradores em embaixadas, consulados ou delegações também não foram abrangidos pela pesquisa (IBGE, 2019a). Desse modo, foram excluídos da pesquisa todos os adolescentes que na data da entrevista estavam residindo em domicílios nas áreas citadas.

8.3 Aspectos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

8.3.1 Plano amostral

Como uma das pesquisas integrantes do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, a amostra da PNS constitui uma subamostra da Amostra Mestra. A Amostra Mestra corresponde a um conjunto de unidades de área selecionadas em um cadastro, baseada no Censo 2010, que objetivam atender a seleções de subamostras para diferentes pesquisas previstas no SIPD/IBGE, como a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios e a Pesquisa de Orçamento Familiar. Essas unidades de área constituem as Unidades Primárias de Amostragem (UPAs) dentro do planejamento amostral das pesquisas que utilizam a Amostra Mestra, caso da PNS que também é uma pesquisa domiciliar. E essas UPAs são formadas pelos setores censitários, ou por um conjunto desses setores (IBGE, 2019, 2020; STOPA *et al.*, 2020; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

Para a seleção da Amostra Mestra, as UPAs foram estratificadas de acordo com quatro diferentes critérios: 1) o administrativo (estratifica as UPA por UF e dentro de cada UF, subdivide as UPA em capital, resto da Região Metropolitana (RM) ou Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE) e resto da UF); 2) o geográfico (subdivide as capitais e outros municípios de grande porte em mais estratos, como exemplo de distrito, subdistrito e bairros); 3) o de situação (subdivide os estratos, como urbano e rural); e 4) o estatístico (subdivide os estratos em estratos mais homogêneos considerando informações sobre rendimento total dos domicílios e o total de Domicílios Particulares Permanentes (DPP), na finalidade de melhorar a precisão das estimativas) (SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015).

A seleção das UPA dentro de cada estrato foi realizada com uma amostragem de probabilidade proporcional ao tamanho, definida pelo número de Domicílios

Particulares Permanentes (DPP). Nesse sentido, o plano amostral empregado pela PNS foi o de amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das UPA. O primeiro estágio correspondeu a seleção da subamostra das UPAs da PNS por amostragem aleatória simples da amostra de um trimestre da Amostra Mestra. Foi mantida a estratificação das UPA utilizada na Amostra Mestra. A PNS 2019 utilizou aproximadamente 53% (8036) das UPAs na Amostra Mestra (15096 UPAs) (IBGE, 2019, 2020; SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015; STOPA *et al.*, 2020)

No segundo estágio foram selecionados aleatoriamente os domicílios para cada UPA selecionada no primeiro estágio. A seleção foi realizada a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE)/IBGE, em sua atualização mais recente. Inicialmente foi definido que seriam selecionados 15 domicílios em cada UPA, entretanto, algumas Unidades da Federação (UF) não teriam quantidades de UPAs necessárias para atingir o seu tamanho de amostra, e outras teriam uma amostra muito grande (IBGE, 2019b). Assim, foi redefinida a distribuição da quantidade de domicílios por UPA. Para a coleta da pesquisa foi utilizado o critério de que, em UF com maiores quantitativos de UPAS, a quantidade definida de domicílios seria menor (IBGE, 2019). Com isso, nos Estados de Roraima, Amapá e Tocantins foram selecionados 18 domicílios em cada UPA, enquanto nos Estados do Maranhão, Ceará, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foram selecionados 12 domicílios. Nas demais UF foram selecionados 15 domicílios (IBGE, 2019, 2020).

No terceiro estágio, foi selecionado aleatoriamente dentro de cada domicílio, um morador de 15 anos ou mais para responder um questionário específico individual obtido da lista de moradores construída no momento da entrevista (IBGE, 2020; STOPA *et al.*, 2020).

8.3.2 Tamanho da amostra da PNS

O cálculo do tamanho da amostra da edição PNS 2019 foi baseado em estimativas utilizadas na PNS 2013. Para a determinação do tamanho da amostra foi definido inicialmente o nível de precisão desejado, em intervalos de confiança de 95% para as estimativas de alguns indicadores de interesse em diferentes níveis de

desagregação geográfica e grupos populacionais específicos. Nesses grupos populacionais específicos, foi preciso avaliar a proporção de domicílios que possuíam pessoas nesses grupos baseados nos dados do Censo 2010. Posteriormente, foram calculados os Coeficientes de Variação (CV) para cada indicador, sendo que esses cálculos foram realizados utilizando-se os valores dos indicadores estimados com base nos dados da PNS 2013 (IBGE, 2020; SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015).

Na PNS 2013, por falta de informações para toda a população sobre as características envolvidas nos indicadores, os cálculos iniciais foram baseados em Amostragem Aleatória Simples (AAS). Da mesma forma ocorreu na PNS 2019, isso porque foi observado a necessidade de definir um tamanho de amostra maior que o da PNS 2013 para garantir precisão aceitável nos diversos domínios de estimação, entretanto também foi utilizado o mesmo plano de AAS da PNS 2013 para a PNS 2019. Considerando que o plano amostral adotado na pesquisa não foi o de AAS e sim de amostragem por conglomerado em três estágios, foi necessário considerar o Efeito do Plano Amostral (EPA) (IBGE, 2020; SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

O EPA indica o quanto do plano amostral por conglomerados é menos eficiente que a AAS, por isso os coeficientes de variação obtidos para a AAS foram ajustados. Nesse caso, os tamanhos de amostra iniciais calculados para AAS foram aumentados para que se alcançasse a mesma precisão. Na PNS 2013, os valores EPA utilizados nos cálculos foram estimados com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, ano 2008, pelos técnicos da Fundação Oswaldo Cruz. A PNS 2019 utilizou essas mesmas estimativas (IBGE, 2020; SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015; SZWARCOWALD *et al.*, 2014).

Para estimação dos indicadores com precisão mais próxima, os tamanhos de amostra de domicílios e de pessoas sofreram alguns ajustes para serem adaptados aos tamanhos da Amostra Mestra. No que se refere a definição do tamanho da amostra da UPA, foi fixado o número de domicílios selecionados em cada UPA. Esse número foi de 12, 15 ou 18 domicílios, dependendo do domínio, foi dividido pelo tamanho da amostra de domicílios. Ao final foram planejadas 7.968 UPAs e 107.628 domicílios; e selecionados, após alocação pelos estratos da pesquisa, 8.036 UPAs e 108.525 domicílios (IBGE, 2020).

Para avaliação da precisão das estimativas foram calculados os coeficientes de variação esperados por Unidade de Federação, além disso foram calculados o percentual de domínios, por classes de coeficiente de variação esperados (até 15%, mais de 15% até 30%, e mais de 30%), para cada um dos indicadores de interesse. Os domínios são as áreas onde a pesquisa é capaz de gerar estimativas com precisão suficiente e representativa da população. Foram considerados como domínios pela PNS 2019: as Grandes Regiões, as Unidades de Federação, as Regiões Metropolitanas, Capital e Restante da Unidade da Federação (IBGE, 2020; SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015).

8.3.3 Expansão da amostra

Considerando que a PNS tem um desenho complexo de amostragem e com probabilidades desiguais de seleção, para análise dos dados é necessário definir os fatores de expansão ou peso amostrais, tanto para os domicílios quanto para os moradores selecionados. O peso final que deve ser aplicado é um produto do inverso das probabilidades de seleção em cada estágio do plano amostral, sendo incluídos os processos de correção para perdas e as calibrações para ajuste dos totais populacionais conhecidos (IBGE, 2020; SOUSA-JÚNIOR *et al.*, 2015; STOPA *et al.*, 2020)

8.3.4 Coleta de dados

A organização da coleta dos dados e a coordenação do trabalho de campo foi realizada pelo IBGE e envolveu diferentes atores, entre eles: entrevistadores; supervisores, responsáveis pela supervisão da coleta de dados e gestão dos entrevistadores; e coordenadores, responsáveis pela pesquisa em determinada unidade estadual ou central (IBGE, 2020; STOPA *et al.*, 2020).

Todos os componentes da equipe foram capacitados para compreender toda a pesquisa. O treinamento ocorreu em diferentes etapas: primeiro foram treinados os coordenadores das unidades estaduais do IBGE por meio de oficina presencial na cidade de Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul. Posteriormente, esses participantes,

nas suas unidades, repassaram o conteúdo do treinamento para os supervisores e entrevistadores. Finalmente, toda a equipe de campo, ao longo do processo de coleta de dados, participou de um treinamento simultâneo com a possibilidade de questionamentos online (STOPA *et al.*, 2020). Além do treinamento, foi preparado um manual de instruções que auxiliou a equipe de campo sobre os objetivos estabelecidos em cada uma das questões incluídas para coleta dos dados na edição da PNS 2019 (IBGE, 2019, 2020).

As entrevistas foram realizadas com a utilização de Dispositivos Móveis de Coleta (DMC), programados para 'pulos' sobre itens do questionário e para processos de crítica de variáveis (STOPA *et al.*, 2020). Inicialmente, quando o entrevistador chegava ao domicílio selecionado, era feito o contato com a pessoa responsável ou com algum dos moradores. O entrevistador descrevia o estudo ao morador explicando os objetivos, procedimento de coleta de dados e a importância da sua participação na pesquisa. Nesse momento, era preenchida uma lista de todos os moradores do domicílio, independente de concordarem ou não em participar da pesquisa. Posteriormente, caso concordassem, identificava-se o morador (18 anos ou mais) que proveria as informações sobre os questionários domiciliar e todos os moradores do domicílio e também era realizada a seleção aleatória pelo DMC do morador (15 anos ou mais) que responderia ao questionário individual. (IBGE, 2020; STOPA *et al.*, 2020).

As entrevistas foram agendadas nas datas e horários mais convenientes para os informantes, sendo previstas duas ou mais visitas a cada domicílio. A coleta de dados da PNS 2019 ocorreu entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020. Foram visitados 108.525 domicílios e foram realizadas 94.114 entrevistas. A taxa de não resposta foi de 6,4% (IBGE, 2020).

8.3.5 Instrumento

A PNS conta com 24 módulos temáticos, sendo os dois primeiros destinados às informações do domicílio, os nove seguintes a todos os moradores do domicílio, e os outros 13 são direcionados exclusivamente ao morador selecionado. Instrumentos e manuais de instrução encontram-se disponíveis na íntegra no endereço eletrônico: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/questionarios/>>.

Para essa pesquisa serão utilizados os dados referentes à parte domiciliar e de todos os moradores, sendo considerado os módulos:

- Módulo A – Informações do domicílio;
- Módulo C – Características gerais dos moradores;
- Módulo E – Trabalho dos moradores do domicílio;
- Módulo F – Rendimentos domiciliares;
- Módulo J – Utilização de serviços de saúde.

Importante ressaltar que parte das temáticas investigadas na PNS (questionários do domicílio e de todos os moradores), que serão utilizadas nesta pesquisa, foram coletadas em entrevista com um(a) morador(a) do domicílio na faixa etária de 18 anos ou mais, que responde por si e pelos demais (*proxy*) (STOPA *et al.*, 2020). Desse modo, as informações deste trabalho constarão das respostas desse morador selecionado sobre os adolescentes que residiam em cada domicílio pesquisado no período de coleta dos dados.

8.3.6 Estudo piloto

O pré-teste do instrumento de coleta da PNS 2019 foi realizado com pequenas amostras de indivíduos. Esse processo teve a condução e desenvolvimento pelos responsáveis da PNS nas unidades estaduais do IBGE. Além disso, como a PNS 2019 introduziu novos módulos ao questionário, foi realizado mais um processo de validação, o teste cognitivo. O teste aconteceu em uma comunidade de baixo nível socioeconômico na cidade do Rio de Janeiro/RJ e teve como objetivo avaliar a compreensão das questões apresentadas aos entrevistados, e consequentemente, obter a percepção real sobre o instrumento e necessidade de ajustes (STOPA *et al.*, 2020).

8.3.7 Mais informações sobre a PNS

Outras informações metodológicas sobre a PNS podem ser encontradas nos seguintes *sites* e artigos:

- <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>

- <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>
- <https://www.scielo.br/j/csc/a/rysffTqrwZPZnghSq5CJHsG/abstract/?lang=pt>
- <https://www.scielo.br/j/ress/a/3m4VDz9fcxM3pygHMFNR64S/?format=pdf&lang=pt7>
- http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035

8.4 Definição operacional das variáveis

8.4.1 Definição operacional do desfecho

O acesso aos serviços de saúde é definido pela procura dos serviços de saúde, e consequente, obtenção ou não do atendimento. Para esse trabalho, o desfecho principal será a procura dos serviços de saúde. No entanto, também será realizada uma descrição do itinerário de acesso aos serviços de saúde por adolescentes, como demonstrado na Figura 3.

Inicialmente, foi realizada a pergunta: “Nas duas últimas semanas procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?”. Para aqueles que não procuraram os serviços de saúde por conta de barreiras de acesso, será descrita a prevalência de falta de procura por serviços de saúde. Cabe destacar que serão consideradas como barreiras de acesso, as seguintes opções da pergunta “Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde?”: 1) não tinha dinheiro; 2) o local de atendimento era distante ou teve dificuldade de transporte; 3) horário incompatível; 4) o atendimento é muito demorado; 5) o estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades; 6) achou que não tinha direito; 7) não tinham quem o (a) acompanhasse; 8) não gosta dos profissionais do estabelecimento; 9) greve nos serviços de saúde; e 10) outros motivos.

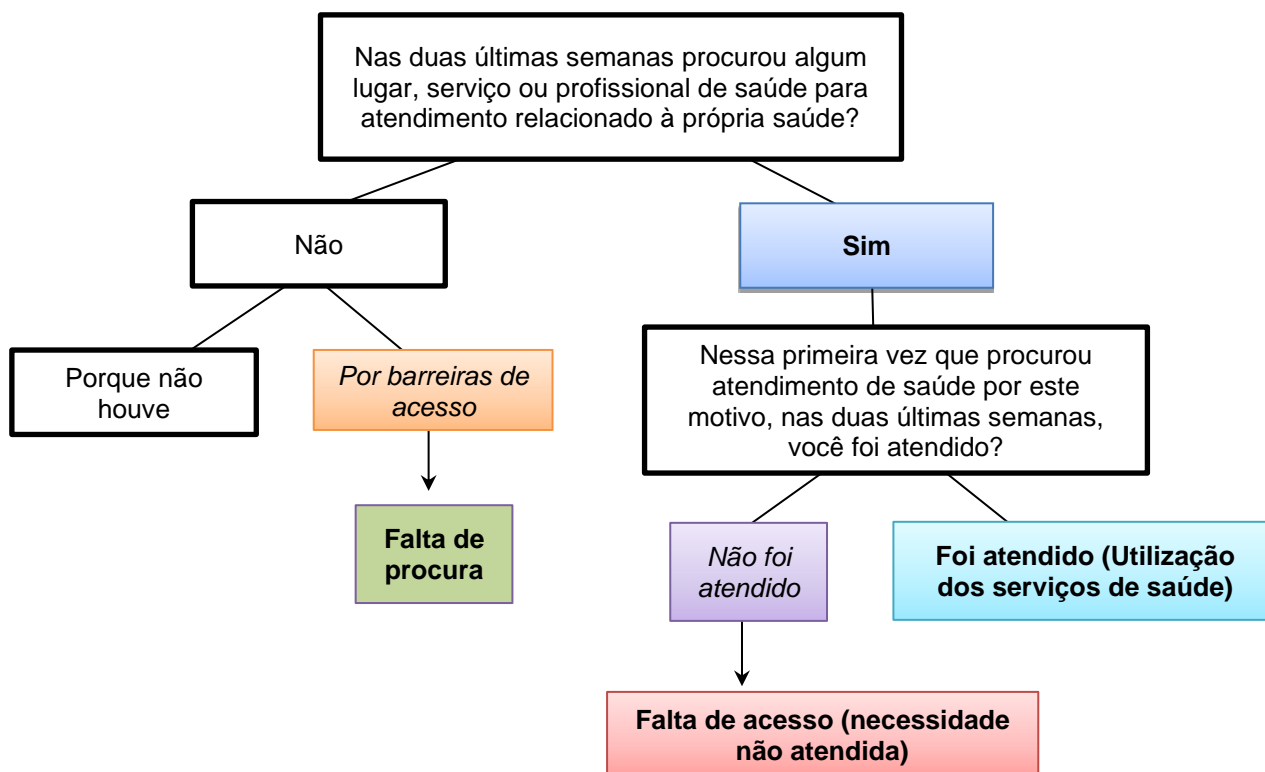


Figura 3 – Descrição do itinerário de acesso aos serviços de saúde, de acordo com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019.

Para aqueles que procuraram os serviços de saúde, primeiro será descrita a prevalência de procura dos serviços de saúde e posteriormente serão consideradas as duas opções de resposta: foi atendido e não foi atendido. A situação em que a pessoa procurou o serviço e não foi atendida será caracterizada como falta de acesso. Enquanto a situação em que a pessoa procurou o serviço e foi atendida será caracterizada como utilização dos serviços de saúde (desfecho principal). Desse modo, para o itinerário do acesso aos serviços de saúde dos adolescentes, serão descritas as prevalências de falta de procura por serviços de saúde; falta de acesso aos serviços de saúde; e utilização dos serviços de saúde, por alguma necessidade de saúde percebida.

Para caracterização da falta de procura, falta de acesso e utilização dos serviços de saúde por adolescentes, também serão consideradas as variáveis descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis de caracterização da falta de procura; falta de acesso; e utilização dos serviços de saúde por adolescentes

Motivo principal pelo qual procurou o atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas	Categórica nominal	Acidente, lesão ou fratura/ Doença (dor, febre, diarreia etc) ou continuação de tratamento de doença/ Reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc.) / Pré-natal/ Parto/ Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem, etc.) / Vacinação/ Prevenção, check-up médico ou puericultura/ Solicitação de atestado de saúde/ Acompanhamento com psicólogo, nutricionista ou outro profissional de saúde/ Outro
Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas últimas duas semanas	Categórica nominal	Farmácia/ Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) / Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público/ UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público/ Ambulatório de hospital público/ Consultório particular clínica privada ou ambulatório de hospital privado/ Pronto atendimento ou emergência de hospital privado/ No domicílio/ Outro serviço
Serviço de saúde onde foi atendido	Categórica dicotômica	Público/Privado
O atendimento foi coberto por algum plano de saúde?	Categórica dicotômica	Sim/Não
O atendimento foi feito pelo SUS?	Categórica dicotômica	Sim/Não
Principal atendimento de saúde que recebeu	Categórica nominal	Consulta médica/ Consulta odontológica/ Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro etc.) / Atendimento com agente comunitário de saúde/ Atendimento na farmácia/ Vacinação/ Medição/aferição da pressão arterial/injeção/curativo/ Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia/

		Exames complementares de diagnóstico (sangue, urina, imagem etc.) / Gesso ou imobilização/ Pequena cirurgia em ambulatório/ Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan e liang gong./ . Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo/ Outro atendimento.
Motivo que não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento nas duas últimas semanas	Categórica nominal	Não conseguiu vaga nem pegar senha/ Não tinha médico ou dentista atendendo/ Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender/ Esperou muito e desistiu/ O serviço de saúde não estava funcionando/ Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso/ Não podia pagar pela consulta/ Outro
Motivo que não procurou os serviços de saúde nas últimas duas semanas	Categórica nominal	Não houve necessidade/ Não tinha dinheiro/ O local de atendimento era distante ou teve dificuldade de transporte/ Horário incompatível/ O atendimento é muito demorado/ O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades/ Acho que não tinha direito/ Não tinha quem o(a) acompanhasse/ Não gostava dos profissionais do estabelecimento/ Greve nos serviços de saúde/ Outro motivo

8.4.2 Definição operacional da exposição

As exposições principais desse projeto serão variáveis que caracterizam o contexto social, econômico, político, cultural e ambiental, com os seguintes agregados:

- **Região geopolítica:** Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul;
- **Unidade de federação:** Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins;
- **Tipo de situação censitária:** urbana ou rural;
- **Tipo de município:** capital; municípios da região metropolitana (excluindo a capital); municípios da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE); e demais municípios (excluindo a região metropolitana e a RIDE).

8.4.3 Outras variáveis independentes

Outras variáveis independentes serão consideradas na análise do presente projeto como descrição, fatores de confusão e/ou modificadoras de efeito, conforme o Quadro 2.

Quadro 3 – Variáveis individuais

Variável	Tipo de variável	Definição operacional
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino/Feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Cor ou raça	Categórica nominal	Branca/Preta/Amarela/Parda/Indígena
Frequência escolar	Categórica dicotômica	Frequenta a escola ou creche? Sim/Não A escola que frequenta é da: Rede pública/ Rede privada
Faixa de rendimento domiciliar per capita (excluído o rendimento das pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico)	Categórica ordinal	Até ¼ salário-mínimo Mais de ¼ até ½ salário-mínimo Mais de ½ até 1 salário-mínimo Mais de 1 até 2 salários-mínimos Mais de 2 até 3 salários-mínimos Mais de 3 até 5 salários-mínimos Mais de 5 salários-mínimos
Domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família	Categórica nominal	Sim/ Não /Não sabe

Algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público	Categórica dicotômica	Sim/Não
Estado de saúde	Categórica nominal	Muito bom/ Bom/ Regular/ Ruim/ Muito ruim
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc) por motivo da própria saúde	Categórica dicotômica	Sim/Não
Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses)	Categórica dicotômica	Sim/Não

8.5 Plano de análise de dados

A primeira etapa da análise de dados será a obtenção das estatísticas descritivas. Inicialmente será realizada a descrição do itinerário de acesso e utilização dos serviços de saúde por adolescentes, inclusive do desfecho principal que é a procura dos serviços de saúde. Também serão descritas as características dos serviços de saúde como natureza do financiamento, nível de atenção e motivo de procura dos serviços de acordo com as exposições principais.

Em seguida, será realizada a distribuição da amostra considerando as variáveis independentes principais desse estudo que são as variáveis contextuais: região geopolítica, Unidade da Federação, tipo de município e tipo de situação censitária. Além disso, também serão descritas as outras variáveis independentes. Cabe destacar que para esse passo serão utilizadas frequências absolutas e relativas.

Posteriormente será calculada a prevalência de procura dos serviços de saúde com o respectivo intervalo de confiança de 95%, conforme as variáveis independentes. Para essas análises bivariadas, será utilizado o teste qui-quadrado, e quando possível o teste de tendência linear. Serão testados modelos de regressão multivariável para examinar o efeito das características contextuais na procura de serviços de saúde por adolescentes. Todas as análises serão ajustadas para potenciais fatores de confusão.

As análises serão realizadas considerando a estrutura de conglomerados dos dados, sendo utilizado o módulo survey do software Stata 15.0 (<https://www.stata.com>). Para todas as análises será considerado o nível de significância de 5%.

9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da PNS 2019 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer de nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. Foram garantidos o sigilo de identidade e dados pessoais dos participantes, moradores e entrevistados por meio de termos de consentimentos livres, ambos coletados diretamente no DMC (IBGE, 2019b; STOPA *et al.*, 2020). Para essa pesquisa, como serão utilizados os dados quantitativos de banco de dados de acesso público da PNS, não haverá necessidade de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

10 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS

A divulgação dos resultados será realizada através de um volume final de dissertação, de um artigo a ser publicado em periódico científico e um resumo dos principais resultados a ser divulgado em uma nota escrita para imprensa local.

11 FINANCIAMENTO

O presente estudo utilizará dados da PNS que recebeu financiamento do Ministério da Saúde. Além disso, esse trabalho está sendo realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 (BRASIL, 2018).

12 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as principais limitações do estudo estão:

- Por se tratar de um estudo de delineamento transversal, não é possível realizar inferências causais;
- Parte das temáticas investigadas na PNS (questionários do domicílio e de todos os moradores) são coletadas em entrevistas com um morador do domicílio que responde por si e pelos demais (*proxy*). Desse modo, as informações sobre exposições e desfechos não foram coletadas diretamente do adolescente, podendo não refletir a real medida e percepção de acesso aos serviços de saúde dos adolescentes. Entretanto, Stopa et al. (2020) demonstram que estudos com outros inquéritos de saúde evidenciaram boa concordância e reprodutibilidade entre as informações coletadas por um *proxy* e as disponibilizadas pelo próprio indivíduo.
- Por fim, a PNS não estima dados para abrangências geográficas menores que as dos municípios das capitais. Logo, destaca-se que isso leva a uma falta de detalhamento das variáveis geográficas, permitindo somente uma caracterização geral da região, sem que possa ser observada a heterogeneidade entre e dentro dos municípios, somente entre regiões.

13 CRONOGRAMA

Quadro 4 – Cronograma de atividades a serem desenvolvidas durante o mestrado

Etapas	2021											2022										
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Definição do tema de pesquisa																						
Revisão de literatura																						
Elaboração do projeto																						
Qualificação do projeto																						
Processamento dos dados																						
Análise dos dados																						
Redação do artigo																						
Redação da dissertação																						

BRASIL, Ministério da Educação. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018. Dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da CAPES. **Diário Oficial da União**, 2018. Available at: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/39729251/do1-2018-09-05-portaria-n-206-de-4-de-setembro-de-2018-39729135

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 2019. 230p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal Saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de Atenção Integral à saúde de adolescentes nas escolas e Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 233p.

BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, 1990. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2006.

CARBONELL, C.; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolesc. Saúde**, v. 10, n. 1, p. 53–55, 2013.

CASTRO, M. C. *et al.* Health Policy Brazil' s unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 6736, n. 19, p. 1–12, 2019. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

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, n. 8, p. 1565–1574, 2006. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&mp

CONGRESO MUNDIAL SOBRE LA JUVENTUD. **Declaracion de Barcelona**. 1985.

COSTA, R. F. *et al.* Adolescent support networks in a health care context: The interface between health, family and education. **Revista da Escola de Enfermagem**,

v. 49, n. 5, p. 741–747, 2015. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500005>

DENNY, S. *et al.* Forgone health care among secondary school students in New Zealand. **Journal of primary health care**, Australia, v. 5, n. 1, p. 11–18, 2013.

DILÉLIO, A. S. *et al.* Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Rev. saúde pública (Online)**, v. 49, p. 31, 2015. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

DONAHUE, C. *et al.* Adolescent access to and utilisation of health services in two regions of Côte d'Ivoire: A qualitative study. **Global public health**, England, v. 14, n. 9, p. 1302–1315, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1584229>

ELLIOTT, B. A.; LARSON, J. T. Adolescents in mid-sized and rural communities: foregone care, perceived barriers, and risk factors. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, United States, v. 35, n. 4, p. 303–309, 2004. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.09.015>

FORD, C. A.; BEARMAN, P. S.; MOODY, J. Foregone health care among adolescents. **JAMA**, United States, v. 282, n. 23, p. 2227–2234, 1999. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2227>

GIANNAKOPOULOS, G. *et al.* Adolescent health care use: investigating related determinants in Greece. **Journal of adolescence**, England, v. 33, n. 3, p. 477–485, 2010. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.06.003>

HARDIN, H. K. *et al.* Unmet health need and perceived barriers to health care among adolescents living in a rural area. **Children's health care: journal of the Association for the Care of Children's Health**, v. 50, n. 1, p. 108–123, 2021. Available at: <https://doi.org/10.1080/02739615.2020.1833333>

HAYRUMYAN, V. *et al.* Barriers to utilization of adolescent friendly health services in primary healthcare facilities in Armenia: a qualitative study. **International journal of public health**, Switzerland, v. 65, n. 8, p. 1247–1255, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01499-9>

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1156–1167, 2009. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000600003>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: Manual de Entrevista de Saúde**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IRWIN, C. E. J. *et al.* Preventive care for adolescents: few get visits and fewer get

services. **Pediatrics**, United States, v. 123, n. 4, p. e565-72, 2009. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2601>

JAGER, M. E. *et al.* O Adolescente No Contexto da Saúde Pública Brasileira: Reflexões Sobre O Prosad the Teenager in the Context of Public Health in Brazil: Reflections on the Prosad. [s. l.], v. 19, n. 2, p. 211–221, 2014.

KINGHORN, A. *et al.* Defining adolescence: priorities from a global health perspective. **The Lancet: Child and Adolescent Health**, v. 4642, n. 18, p. 30096, 2018. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30096-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30096-8)

KLEIN, J. D. *et al.* Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, United States, v. 25, n. 2, p. 120–130, 1999. Available at: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(98\)00146-3](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(98)00146-3)

KLEIN, J. D.; MCNULTY, M.; FLATAU, C. N. Adolescents' access to care: teenagers' self-reported use of services and perceived access to confidential care. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, United States, v. 152, n. 7, p. 676–682, 1998. Available at: <https://doi.org/10.1001/archpedi.152.7.676>

KRAUSE, L.; ANDING, C.; KAMTSIURIS, P. [Medical and inpatient care in childhood and adolescence: Representative results of the federal state module Thuringia in KiGGS wave 1]. **Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz**, Germany, v. 59, n. 8, p. 992–1004, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2385-9>

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.(org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 1100.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1179–1186, 2013. Available at: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000400031>

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 (Online)**, v. 35, n. 1, p. e00044718–e00044718, 2019. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

MASATU, M. C.; KLEPP, K. I.; KVÅLE, G. Use of health services and reported satisfaction among primary school adolescents in Arusha, Tanzania. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, United States, v. 28, n. 4, p. 278–287, 2001. Available at: [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00184-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00184-1)

MCDONAGH, J. E. The age of adolescence... and young adulthood. **The Lancet. Child & adolescent health**, v. 2, n. April, p. 2018, 2018. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30079-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30079-8)

NEWACHECK, P. W. *et al.* Adolescent health insurance coverage: recent changes and access to care. **Pediatrics**, United States, v. 104, n. 2 Pt 1, p. 195–202, 1999. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.104.2.195>

NEWACHECK, P. W. *et al.* Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? **Health services research**, v. 38, n. 5, p. 1235–1252, 2003. Available at: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00174>

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 25, n. 4, p. 777–787, 2016. Available at: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400011>

NUNES, B. P. *et al.* Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012 *. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 24, n. 250, p. 411–420, 2015. Available at: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300007>

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**, [s. l.], v. 31, n. 8, p. 1603–1614, 2015. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

OLIVEIRA, M. M. *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, n. supl.1, p. e180003–e180003, 2018. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047–3056, 2012. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. 2018.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, p. 11–31, 2011. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

REIS, D. C. dos *et al.* Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 12, n. 1, p. 62–69, 2013. Available at: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&

RYAN, S. *et al.* The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, United States, v. 155, n. 2, p. 184–190, 2001. Available at: <https://doi.org/10.1001/archpedi.155.2.184>

SAWYER, S. M. *et al.* Adolescence: a foundation for future health. **The Lancet**, v. 379, p. 1630–1640, 2012. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)

SAWYER, S. M. *et al.* The age of adolescence. **The Lancet**, v. 4642, n. 18, p. 1–6, 2018. Available at: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

SECOR-TURNER, M. A. *et al.* Rural adolescents' access to adolescent friendly health services. **Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners**, United States, v. 28, n. 6, p. 534–540, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.05.004>

SECOR-TURNER, M.; RANDALL, B. A.; MUDZONGO, C. C. Barriers and Facilitators of Adolescent Health in Rural Kenya. **Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society**, United States, v. 27, n. 3, p. 270–276, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1177/1043659614558453>

SILVA JÚNIOR, E. S. da *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 10, n. supl.1, p. s49–s60, 2010. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

SÓRIA, G. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 35, n. 4, p. e00191718–e00191718, 2019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

SOUSA-JÚNIOR, P. R. B. *et al.* Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 24, n. 2, p. 207–216, 2015. Available at: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1s–11s, 2017.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas, v. 29, n. 5, p. 1–12, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa nacional de saúde no Brasil: Concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 333–342, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>

TANDON, S. D. *et al.* Health access and status of adolescents and young adults using youth employment and training programs in an urban environment. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, United States, v. 43, n. 1, p. 30–37, 2008. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.12.006>

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil * Social and geographical inequalities in health services utilization in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133–149, 2000.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil TT - Social and geographical inequalities in health services utilization in Brazil. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133–149, 2000.

Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.(org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 1100.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. saúde pública**, v. 20, n. supl.2, p. 190–198, 2004. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

TSAL, M.-C. *et al.* Exploration of health status, healthcare utilization, and health service expectations among Taiwanese adolescents. **European journal of pediatrics**, Germany, v. 173, n. 2, p. 187–196, 2014. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00431-013-2117-1>

UNITED NATIONS. **The global strategy for women's, children's and adolescent's health (2016-2030)**. 2015.

VIACAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2745–2760, 2019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

VIANA, A. L. Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 2, p. 413–422, 2015. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>

VIEIRA, R. P. *et al.* Assistência à saúde e demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família: a visão dos adolescentes. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 4, p. 714–720, 2011.

VINAGRE, M. da G.; BARROS, L. Preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1627–1636, 2019. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

VINER, R. M. *et al.* Adolescent Health 2 Adolescence and the social determinants of health. **The Lancet**, v. 379, n. 9826, p. 1641–1652, 2012. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)

WILSON, K. M.; KLEIN, J. D. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, United States, v. 154, n. 4, p. 361–365, 2000. Available at: <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.4.361>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. 2014. Available at: <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving Adolescent Health and Development: the second decade**. 2001. Available at: https://doi.org/10.5860/crl_09_04_295

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services**. 2012.

ZIMMER-GEMBECK, M. J.; ALEXANDER, T.; NYSTROM, R. J. Adolescents report their need for and use of health care services. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, United States, v. 21, n. 6, p. 388–399, 1997. Available at: [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00167-5](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00167-5)

ANEXOS

Considerando que muitas variáveis do questionário da PNS serão vistas e possivelmente utilizadas nesse trabalho, disponibilizo link criado na qual consta o questionário completo, com acesso livre: https://drive.google.com/file/d/1ujbSGRoe-c_hJDwv2yHLqRKKY3xsJdwJ/view?usp=sharing

II – RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

1 Consórcio de Pesquisa

Desde 1999, o Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas, no âmbito das turmas de mestrado, adota um sistema integrado de pesquisa intitulado “consórcio”. Essa é uma estratégia pioneira no qual um estudo transversal, de base populacional é realizado na cidade de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul (BARROS *et al.*, 2008). Além de reduzir o tempo do trabalho de campo e otimizar os recursos financeiros e humanos, esta pesquisa proporciona uma experiência compartilhada entre os alunos em todas as etapas de um estudo epidemiológico. Seu resultado contempla as dissertações dos mestrandos e fornece um importante retrato da saúde da população da cidade.

O planejamento do estudo populacional, desde a escolha dos temas até a execução do trabalho de campo, é conduzido através das disciplinas de Prática de Pesquisa I a IV, ofertadas ao longo de quatro bimestres. Em 2021, por conta da pandemia de COVID-19 e das restrições sanitárias relacionadas a essa, não houve consórcio de pesquisa para a turma de mestrado. Contudo, para assegurar o contato com as atividades de elaboração de uma pesquisa até a execução do trabalho de campo, foi realizada uma simulação de consórcio por meio das disciplinas citadas. Na Prática de Pesquisa I e II, as atividades estiveram voltadas para a elaboração do projeto de pesquisa, com definição de tema, objetivos, hipóteses e revisão de literatura.

Já na Prática de Pesquisa III e IV as atividades envolveram a elaboração do manual e do questionário final, assim como a inserção desse questionário no sistema de coleta digital. Também foi realizado o processo de amostragem, o reconhecimento do território com mapeamento dos setores censitários, testes para a realização do questionário final, a aplicação do questionário em uma amostra por conveniência e a apresentação dos resultados gerais e individuais de cada mestrando. Destaca-se que a população de estudo desse consórcio “simulado” eram adultos entre 20 e 59 anos que residiam na zona urbana de Pelotas/RS e que a ideia principal era investigar características demográficas e socioeconômicas, alimentação, atividade física e comportamento sedentário, hábitos de sono, saúde mental, saúde física, saúde bucal, acesso e utilização de serviços de saúde, aspectos comportamentais e uso de substâncias.

Essas atividades foram coordenadas pelas professoras Dra. Bruna Gonçalves, Dra. Elaine Tomasi, Dra. Helen Gonçalves e Dra. Luciana Tovo Rodrigues.

BARROS, AJD et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. **Rev Bras Epidemiol** 2008; 11(supl 1): 133-44.

2 Relatório de atividades

A impossibilidade de coleta de dados primários em trabalho de campo pelos alunos do mestrado levou a utilização de dados das Coortes de Nascimentos de Pelotas ou outras coortes e de dados secundários como os da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para realização das suas respectivas dissertações. Dessa forma, no primeiro ano do mestrado (2021), as atividades da discente estiveram mais relacionadas a realização das disciplinas obrigatórias e optativas; elaboração do projeto de pesquisa, assim como reconhecimento das variáveis e do banco de dados da PNS 2019, pesquisa utilizada nessa dissertação. A defesa do projeto de pesquisa ocorreu no dia 21 de setembro de 2021. Posterior a defesa, as correções foram realizadas e foi dado início ao processamento e análise de dados.

No ano de 2021, frente ao grande número de casos de COVID-19, as medidas sanitárias restritivas ainda prevaleciam. Além disso, a discente não possuía dados referentes ao projeto de pesquisa para publicação, logo, não houve a participação desta em seminários e/ou congressos. No início de 2022, as atividades foram direcionadas ao término das disciplinas e também da análise dos dados, bem como o início da redação do artigo.

Em julho de 2022, a discente integrou Centro Internacional de Equidade em Saúde (ICEH – International Center for Equity in Health) e vem desenvolvendo suas atividades nesse local desde então. O ICEH (<https://www.equidade.org>) foi criado em 2009 por uma equipe de professores e pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, que estão ativamente envolvidos no PPGE/UFPel e que têm ampla experiência em pesquisa na área da equidade em saúde. A missão do ICEH é

monitorar desigualdades em saúde, com foco em saúde materno-infantil em países de baixa e média renda.

A principal atividade do ICEH envolve a análise padronizada de dados domiciliares de representatividade nacional, principalmente de inquéritos como Demographic and Health Surveys (DHS) e Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). Estas análises são realizadas periodicamente, de acordo com a disponibilidade de novos inquéritos e são estratificadas por renda, região, área de residência, nível educacional e gênero. Além disso, medidas complexas de desigualdade socioeconômica são estimadas para todos os indicadores.

O ICEH atua como centro colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de saúde (OPAS), da iniciativa da Contagem Regressiva para 2030 e de outras instituições acadêmicas, fornecendo dados para pesquisas e monitoramento da desigualdade em saúde. Os indicadores analisados pelo ICEH são divididos em quatro grupos: (1) fecundidade e mortalidade; (2) saúde materna, neonatal e infantil; (3) nutrição; (4) saúde reprodutiva, saneamento e malária. Atualmente, a discente trabalha com a análise dos indicadores do segundo grupo, que inclui mais de 100 indicadores relacionados a saúde materna, neonatal e infantil. Além disso, a discente integra o grupo que analisa desigualdades na cobertura de vacinação infantil para The Vaccine Alliance (GAVI) e UNICEF.

A rotina de análise inclui questões relacionadas a estimação e checagem dos resultados, bem como a investigação em relação as inconsistências encontradas entre as estimativas geradas pelo ICEH e as publicadas pelos relatórios de cada inquérito. Além disso, há uma rotina de pós-análise que envolve a checagem da consistência dos bancos de dados, com objetivo de verificar as estimativas calculadas entre os grupos de estratificação e o padrão temporal que seria esperado para cada indicador. Outras experiências no ICEH durante o período de mestrado foram a participação nas reuniões semanais realizadas, que envolvem aspectos técnicos da rotina de análises e discussões científicas.

III - ALTERAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA

Após o processo de qualificação do projeto, revisões e alterações foram realizadas no projeto. As principais modificações ocorreram nos objetivos e na metodologia do projeto, especificamente na definição operacional das variáveis. Com relação a definição operacional das variáveis, a versão anterior apresentava como proposição de desfechos a utilização dos serviços e a falta de acesso. No entanto, com início das análises dos dados e por meio da banca avaliadora do projeto, observamos que o desfecho falta de acesso (2,8%) seria complementar a utilização dos serviços (77,4%).

A outra opção seria trabalhar unicamente com a utilização dos serviços de saúde, mas, a existência de uma terceira categoria “foi agendado para outro dia/local” a pergunta acarretava na exclusão de muitos sujeitos da amostra (19,8%). Pensamos em agregar essa categoria a categoria “não foi atendido”, contudo essas duas respostas trazem aspectos conceituais diferentes que poderiam não ser representativas da realidade do acesso aos serviços de saúde.

util	Freq.	Percent	Cum.
Foi agendado para outro dia/local	888	19.77	19.77
Não foi atendido	127	2.83	22.60
Foi atendido	3,477	77.40	100.00
Total	4,492	100.00	

Desse modo, optamos por trabalhar com o desfecho “procura dos serviços de saúde” pelos adolescentes.

procura	Freq.	Percent	Cum.
não	39,282	89.74	89.74
sim	4,492	10.26	100.00
Total	43,774	100.00	

Apesar das mudanças, foi proposto como objetivo específico a descrição dessas variáveis de utilização dos serviços de saúde e da falta de acesso, com

prevalências gerais e estratificadas pelas exposições principais (região geopolítica, tipo de situação censitária e tipo de município). Esse primeiro objetivo foi apresentado como resumo do XXIV Encontro de Pós-Graduação da 8ª Semana Integrada da Universidade Federal de Pelotas (apresentado nos Anexos), com link do vídeo a seguir: <https://www.youtube.com/watch?v=74u9dvep5tY>. Com isso, os resultados não estão dispostos no artigo original desta dissertação. A versão escrita do resumo consta nos Anexos do volume final desta dissertação.

A proposta do objetivo 2 do Projeto de Pesquisa foi realizar uma descrição do tipo de serviço procurado pelos adolescentes, a natureza do financiamento e o motivo de procura, de acordo com as características contextuais. Para esse objetivo, as análises iniciais foram realizadas e os resultados serão aprofundados em futuras publicações.

O objetivo 3 visava uma análise dos efeitos da situação censitária e do tipo de município na utilização de serviços de saúde, segundo a Unidade de Federação. Esse objetivo não foi realizado, pois, ao estratificar os dados houveram muitas categorias com tamanho amostral pequeno, conferindo baixo poder estatístico para realizar a análise.

Por fim, o objetivo principal e geral que foi analisar os efeitos das características contextuais na procura dos serviços de saúde pelos adolescentes brasileiros foi atendido no Artigo Original. Além disso, houve a introdução da análise de modificação de efeito da variável plano de saúde nessas associações.

IV- ARTIGO ORIGINAL

A ser submetido na Revista “*Cadernos de Saúde Pública*”

Associação entre características contextuais e a procura dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Association between contextual characteristics and the demand for health services by Brazilian adolescents: National Health Survey, 2019

Asociación entre las características contextuales y la demanda de servicios de salud de los adolescentes brasileños: Encuesta Nacional de Salud, 2019

Título resumido: Desigualdades na procura dos serviços de saúde por adolescentes

Larissa Ádna Neves Silva¹

Bruno Pereira Nunes¹

Luiz Augusto Facchini¹

Elaine Tomasi¹

Juliana Gagno Lima²

¹ Departamento de Medicina Social. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

² Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará

Endereço para correspondência

Larissa Ádna Neves Silva

laralissa_@hotmail.com

Rua Tiradentes, 3065, Centro

96010160 – Pelotas, RS

(93) 99181-7282

Resumo

O objetivo foi descrever a prevalência de procura dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros e investigar a sua associação com características contextuais. Estudo de base nacional, com 43774 indivíduos de 10 a 19 anos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019. A regressão de Poisson foi utilizada para avaliar a procura dos serviços de saúde de acordo com a região geopolítica, situação censitária e tipo de município. Também foi avaliada a interação da variável plano de saúde nessas associações. Do total, 11,7% (IC95% 11,1;12,3) dos adolescentes procuraram os serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa. Maiores prevalências de procura foram observadas nas regiões Sudeste (RP: 1,32; IC95% 1,15;1,52) e Sul (RP: 1,31; IC95% 1,13;1,52) em comparação as outras regiões do país. A posse de plano de saúde aumentou a busca pelos serviços por adolescentes residentes nas áreas rurais e nos municípios da capital e da Região Metropolitana e/ou Região Integrada de Desenvolvimento. O estudo evidenciou baixa prevalência de procura dos serviços de saúde por adolescentes e desigualdades contextuais para a região geopolítica. A posse de plano de saúde foi um marcador importante para entender as disparidades na situação censitária e no tipo de município.

Palavras-chave: Serviços de Saúde; Adolescentes; Desigualdades em Saúde; estudo transversal.

Introdução

A adolescência é o período de mudanças fisiológicas e psicológicas significativas na transição da infância para a idade adulta, sendo considerado um momento importante para lançar as bases de uma boa saúde ¹. Apesar de ser considerada uma fase saudável da vida, estima-se que 1,1 milhão de adolescentes entre 10 a 19 anos morram a cada ano. As principais causas são acidentes de trânsito, suicídio e violência interpessoal ².

A maior parte da mortalidade e morbidade que ocorre na adolescência é evitável ou tratável, mas os adolescentes enfrentam barreiras específicas no acesso a informações e serviços de saúde ². Essas barreiras estão relacionadas, principalmente, a questões financeiras, serviços inadequados, distância, falta de confidencialidade, atitudes e comportamentos negativos dos profissionais de saúde diante do adolescente ^{3,4,5,6}. Isso faz com que os adolescentes tenham menos probabilidade de ter acesso aos cuidados de saúde em comparação a pessoas de outras faixas etárias ^{7,8}.

De modo geral, o acesso aos serviços de saúde depende da procura que, por sua vez, é influenciada pela situação de saúde do indivíduo e por suas características sociodemográficas ⁹. O acesso também depende da oferta e disponibilidade dos serviços de saúde, a qual está associada as marcantes desigualdades regionais no Brasil ¹⁰. Estudo nacional identificou que 56,7% de adolescentes escolares procuraram os serviços de saúde nos últimos 12 meses, com maiores prevalências nas Regiões Sul e Sudeste ¹¹.

Embora existam diversos estudos brasileiros sobre acesso e utilização de serviços de saúde ⁷, poucos estudos tiveram os adolescentes como população-alvo. Ainda, a maioria dos estudos existentes é voltada para populações específicas como os escolares ^{9,11,12,13}, adolescentes atendidos por algum nível de atenção ¹⁴ ou ainda que residiam apenas na área urbana ¹⁵.

Frente a necessidade do reconhecimento das desigualdades para o desenvolvimento de ações estratégicas direcionadas aos adolescentes, o presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência de procura dos serviços de saúde por adolescentes de 10 e 19 anos, considerando características contextuais e individuais.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A amostra da PNS é representativa da população brasileira residente em domicílios particulares permanentes situados em áreas urbanas ou rurais, nas cinco grandes regiões nacionais, 27 Unidades da Federação, capitais e regiões metropolitanas. O processo amostral foi realizado em três estágios, sendo os setores censitários as unidades primárias de amostragem, seguido dos domicílios e, por último, os indivíduos ¹⁶.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados por meio de Dispositivos Móveis de Coleta (DMC). A PNS utilizou três questionários: um referente às informações do domicílio; outro sobre todos os moradores do domicílio; e o terceiro direcionado ao morador selecionado com 15 anos ou mais de idade para participar da pesquisa. Para este trabalho, foram utilizadas informações dos dois primeiros questionários, no qual os respondentes eram os indivíduos com 18 anos ou mais de idade, que respondia por si e pelos demais moradores do domicílio. Assim, as informações dos indivíduos incluídos neste estudo, adolescentes com 10 e 19 anos de idade, foram relatadas por esse indivíduo com 18 anos ou mais de idade que residia no mesmo domicílio no período da coleta de dados. Mais detalhes sobre o processo de amostragem e instrumentos utilizados pela PNS podem ser encontrados no estudo metodológico ¹⁶.

Em relação às variáveis, considerou-se como desfecho a procura dos serviços de saúde por adolescentes, obtido por meio da pergunta: *“Nas duas últimas semanas procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?”*. As exposições principais foram as características contextuais investigadas pelas variáveis: região geopolítica (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul); tipo de situação censitária (urbana ou rural); e tipo de município (categorizada em: municípios da capital; municípios da Região Metropolitana (RM) e da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE); e demais municípios).

A delimitação das RMs e RIDEs ocorre por meio de legislações específicas, como determinado na Constituição Federal de 1988 (artigos 21 e 25). Enquanto as RMs são formadas por agrupamentos de municípios limítrofes do próprio estado e são instituídas por lei complementar estadual, as rides são definidas como regiões administrativas que abrangem municípios de diferentes estados e, portanto, a competência de criá-las é da União. O objetivo principal do IBGE ao disponibilizar dados a partir desses recortes territoriais está na visualização das particularidades dessas regiões em função das questões de planejamento e

gestão, assim como na identificação dos municípios que compõem esses recortes ¹⁷. Atualmente, no Brasil, existem três RIDEs e 74 RMs ¹⁸.

Para fins de ajuste, incluímos as seguintes variáveis independentes:

1. Cobertura de atenção à saúde: domicílio cadastrado na unidade de saúde da família (sim; não) e tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público (sim; não);
2. Características sociodemográficas: sexo (masculino; feminino); idade (anos completos); cor ou raça (categorizada em: branca; preta; parda e amarela/indígena); frequência escolar (categorizada em: não frequenta a escola; frequenta na rede pública; frequenta na rede privada); e renda familiar per capita (até ¼ salário mínimo; mais de ¼ até ½ salário mínimo; mais de ½ até 1 salário mínimo; mais de 1 até 2 salários mínimos; mais de 2 até 3 salários mínimos; mais de 3 até 5 salários mínimos; e mais de 5 salários mínimos); e
3. Características da situação de saúde: estado de saúde (categorizada em: muito bom; bom; regular; ruim/muito ruim); nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais [trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos; etc.] por motivo da própria saúde (sim; não); e algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração [de mais de 6 meses] (sim; não).

A base de dados foi obtida no site do IBGE (<http://www.ibge.gov.br/home>). As análises estatísticas foram realizadas no Stata versão 15.0 (StataCorp., College Station, TX, EUA), considerando o desenho amostral do estudo por meio do comando `svy`. Os gráficos foram criados no *Microsoft Excel 2019*. Inicialmente, realizamos uma análise descritiva da cobertura de saúde e das características contextuais, sociodemográficas e de situação de saúde por meio de frequências absolutas e relativas. Também estimamos a prevalência do desfecho geral e de acordo com as variáveis independentes e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, com as diferenças avaliadas pelo teste qui-quadrado de heterogeneidade.

Para explorar a associação entre a procura dos serviços de saúde e as características contextuais calculamos modelos bruto e ajustados por meio da regressão de Poisson, obtendo-se as razões de prevalência (RP) e respectivos IC 95%, além de valores-P através do Teste de Wald de heterogeneidade. Para isso, construímos um modelo hierárquico utilizando o procedimento de seleção para trás por níveis e mantendo as variáveis que apresentaram valor- $p < 0,2$ no nível do modelo ajustado. Inicialmente, foi estimado separadamente o efeito das

características contextuais sobre o desfecho (modelo 1). Em seguida, as características contextuais (nível 1) foram inseridas ao mesmo tempo no modelo (modelo 2). No nível 2 foi adicionada ao modelo a variável domicílio cadastrado na USF. Contudo, essa variável não permaneceu no modelo. Em adição as variáveis do modelo 2, no nível 3 foram inseridas as variáveis que representaram as características sociodemográficas (modelo 3). O modelo 4 foi como o modelo 3, mas com adição da variável plano de saúde (nível 4). No nível 5, foram inseridas as características de situação de saúde (Modelo 5).

No modelo 6, testamos a interação entre plano de saúde e as características contextuais. O termo de interação para região não foi significativo, sendo este mantido fora do modelo final. O teste de interação foi realizado somente para essa variável individual sob a hipótese que o sistema de saúde brasileiro tem como característica a coexistência de serviços públicos e privados, e que, dependendo do local de residência, a oferta desses serviços pode ser diferente entre aqueles que tem a possibilidade de ter plano de saúde comparado aos que não tem¹⁹. Além disso, ao testarmos os modelos, quando adicionamos essa variável em diferentes níveis do modelo de análise, observamos maiores alterações estatísticas no efeito das características contextuais em relação ao desfecho.

Foram consideradas estatisticamente significativas associações com valores- $p < 0,05$. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Ministério da Saúde sob o Parecer nº 3.529.376. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido que garantiu a confidencialidade dos dados.

Resultados

Foram avaliados 43774 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Do total da amostra, 38,1% dos adolescentes pertenciam à região Sudeste e um terço à região Nordeste; 22,0% residiam em municípios da capital; 18,4% em municípios da Região Metropolitana (RM) e da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE); e 59,6% moravam em outros municípios. A maior parte dos adolescentes eram de áreas urbanas (83,0%); 65,9% dos adolescentes possuíam o domicílio cadastrado na unidade de saúde da família e apenas 20,1% tinham algum tipo de plano de saúde.

Com relação as características individuais, pouco mais da metade da amostra era do sexo masculino (51,2%) e de cor ou raça parda (50,7%); 68,4% frequentavam a escola na rede pública e um terço da amostra apresentou renda familiar per capita de mais de meio até um salário-mínimo. 63,7% dos adolescentes apresentaram o estado de saúde bom; 9,5% possuíam

algum diagnóstico médico de alguma doença e apenas 5,3% deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde e (Tabela 1).

A prevalência geral de procura dos serviços de saúde por adolescentes nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa foi 11,7% (IC95% 11,1;12,3). As maiores prevalências de procura foram encontradas na região Sudeste (13,6%; IC95% 12,3;15,0) e Sul (12,8%; IC95% 11,4;14,3), em áreas urbanas (12,1%; IC95% 11,5;12,9) e em adolescentes que residiam nos municípios da capital (13,0%; IC95% 12,0;14,1) e da RM ou RIDE (12,6%; IC95% 11,1;14,3) (Tabela 1).

Indivíduos que tinham plano de saúde (16,3%; IC95% 14,8;18,0), eram do sexo feminino (13,6%; IC95% 12,8;14,5), da cor ou raça branca (13,1%; IC95% 12,1; 14,1), estudavam em escola privada (14,8%; IC95% 13,1;16,6) e possuíam renda familiar per capita de mais de cinco salários-mínimos (23,6%; IC95% 18,5%; 29,6) procuraram significativamente mais os serviços de saúde. A procura também foi maior em indivíduos que tinham o estado de saúde ruim/muito ruim (40,5%; IC95% 32,7;48,8), que deixaram de realizar alguma atividade por motivos da própria saúde (57,4%; IC95% 53,5;61,3) e naqueles em que o médico deu algum diagnóstico de alguma doença (24,7%; IC95% 22,5;27,1).

A Figura 1 descreve a prevalência de procura dos serviços de saúde de acordo com a Unidade da Federação. Os estados com maiores prevalências de procura se concentraram na região Sudeste (São Paulo e Espírito Santo), Sul (Paraná e Rio Grande do Sul) e Nordeste (Sergipe e Bahia). No entanto, alguns estados da região Nordeste como o Maranhão e o Piauí apresentaram as menores prevalências de procura, similar a maioria dos estados da região Norte. Há também um destaque para o Mato Grosso que se encontrou entre os estados com menores prevalências.

A Tabela 2 apresenta os modelos bruto e ajustados da procura dos serviços de saúde por adolescentes de acordo com as características contextuais. No modelo 1, observa-se que adolescentes que residiam na região Sudeste e Sul (RP: 1,50; IC95% 1,31; 1,73 e RP: 1,41; IC95% 1,22; 1,64, respectivamente), em áreas urbanas (RP: 1,29; IC95% 1,16;1,45) e nos municípios da capital (RP: 1,19; IC95% 1,07;1,33) apresentaram maior probabilidade de procurar os serviços de saúde do que as suas categorias de referência, mesmo quando as variáveis foram ajustadas umas para outras (modelo 2).

Após a inclusão das características sociodemográficas (modelo 3) ao modelo, as variáveis tipo de situação censitária e tipo de município deixaram de ser estatisticamente significativas. No modelo 4, após a inclusão da variável plano de saúde, observa-se uma

redução importante na magnitude do efeito da região sobre a procura dos serviços de saúde em comparação ao modelo 1. Já no modelo 5, com a inclusão das variáveis de situação de saúde, observa-se que a região permanece associada o desfecho, evidenciando maiores prevalências de procura dos serviços para os adolescentes residentes nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, independente das outras variáveis que foram incluídas no modelo.

No Modelo 6 consideramos as interações entre ter plano de saúde e as variáveis de tipo de situação censitária e tipo de município. As interações foram significativas ($p = 0,0344$; $p = 0,0108$, respectivamente), sugerindo que a associação positiva entre tipo de situação censitária e tipo de município e a procura dos serviços de saúde é modificada pela presença de plano de saúde. A Figura 2 mostra os efeitos do tipo de município de acordo com a presença de plano de saúde. Observa-se que a probabilidade de procura dos serviços de saúde é maior para os adolescentes que tem algum plano de saúde, com diferenças significativamente maiores para os adolescentes que residem em municípios da RM e da RIDE e em municípios da Capital. Além disso, para àqueles que não tem plano de saúde, nota-se que a probabilidade de procura dos serviços é similar entre as categorias da variável.

A Figura 3 mostra as probabilidades ajustadas da interação entre tipo de situação censitária e plano de saúde. Tanto na área urbana como na rural, observa-se maior probabilidade de procura dos serviços entre os adolescentes que tem algum plano de saúde em relação aos que não tem. No entanto, destaca-se que a probabilidade de procura dos serviços é duas vezes maior entre os adolescentes que moram na área rural e tem algum plano de saúde em relação aos quem não tem e 47% maior em comparação aos adolescentes que moram na área urbana e possuem algum plano de saúde.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram uma baixa prevalência de procura dos serviços de saúde, sendo referida por um a cada dez adolescentes brasileiros nos quinze dias anteriores à entrevista. Observamos que os adolescentes que residiam na região Sudeste e Sul procuraram em torno de 30% mais os serviços de saúde do que os adolescentes da região Norte. Também constatamos que a presença de plano de saúde aumentou a probabilidade de procura dos serviços de saúde para os adolescentes que moravam em áreas rurais e em municípios da capital e da RM e/ou RIDE.

Outros estudos brasileiros encontraram prevalências diferentes de procura dos serviços de saúde por adolescentes. Por exemplo, análises realizadas com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) demonstraram que no ano de 2012 e 2015, as prevalências de procura nos últimos 12 meses por adolescentes escolares foram de 48% e 57%, respectivamente ^{11,12}. Dados similares ao da PENSE foram encontrados em outro estudo de base escolar (escolas da rede estadual) realizado em Olinda, Pernambuco, ano de 2018, considerando o mesmo período recordatório (43%) ⁹. A diferença no período recordatório contribuiu para menor prevalência observada neste estudo em relação ao que está disponível na literatura. Autores descrevem que maiores prevalências são observadas em períodos recordatórios mais longos. Contudo, quanto maior o período recordatório, menos precisas as estimativas relatadas ^{7,20}.

Em geral, o relato também depende de características individuais que incluem capacidade cognitiva, idade, educação, situação socioeconômica, estado de saúde, entre outras variáveis que podem afetar potencialmente o processo de recordação e recolhimento de informações ^{7,21}. As estimativas ainda são afetadas pelo perfil da amostra, a exemplo de adolescentes escolares ou que são atendidos por algum tipo de serviço de saúde.

Outra questão que poderia justificar as prevalências díspares entre este e outros estudos está na forma de coleta dos dados. Como a informação foi coletada por meio de um morador-proxy, é possível que a prevalência esteja subestimada pela falta de informações importantes sobre os adolescentes, inclusive sobre a busca dos serviços de saúde, principalmente quando existe certa preocupação dos adolescentes em relação a privacidade e confidencialidade ²².

A prevalência de procura dos serviços na população em estudo foi inferior àquelas encontradas em estudos com amostras de outros grupos etários ^{7,8}, inclusive uma das pesquisas também realizada com dados da PNS⁸ identificou maior procura dos serviços entre crianças e idosos em comparação a faixa-etária intermediária (adolescentes e jovens). Este resultado revela que ainda existem dificuldades no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes nos serviços de saúde. Além dos fatores relacionados a características organizacionais, barreiras que incluem preocupações sobre a confidencialidade, desconhecimento dos serviços e o desconforto em compartilhar preocupações com os profissionais faz com que os adolescentes mantenham certo distanciamento dos serviços de saúde ¹⁴. Em contrapartida, quando os adolescentes procuram, as equipes de saúde apresentam dificuldades no acolhimento ^{23,24}, tornando necessário mais investimentos na orientação e capacitação dos profissionais de saúde em relação a adolescência e suas especificidades ¹⁵.

Observamos uma maior procura de serviços nas regiões Sudeste e Sul, em contraste significativo com as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, que apresentaram um padrão mais baixo, mas similar, mesmo após o ajuste para várias covariáveis. É provável que este achado exponha as desigualdades na distribuição de serviços entre as regiões, reflexo do processo de desenvolvimento histórico, político e econômico seletivo, fragmentado e desigual do Brasil ¹⁰.

As desigualdades no desenvolvimento socioeconômico das regiões brasileiras influenciam a distribuição de bens e serviços, em especial do setor saúde, altamente concentrados no Sudeste e Sul ²⁵. Níveis mais elevados de infraestrutura e disponibilidade de serviços de saúde, incluindo recursos humanos, tecnológicos e mecanismos de financiamento disponíveis e adequados são características da oferta que impactam positivamente no acesso ²⁶.

Um dos destaques da política de saúde para áreas economicamente desfavorecidas em todo o país, em especial nas regiões Norte e Nordeste, foi a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste estudo, as diferenças na procura não foram significativas em função do cadastramento do domicílio do adolescente à uma USF. O achado sugere que a expansão da ESF promoveu resultados mais equitativos na busca dos serviços, pois o esperado seria um pior desempenho, frente a seu predomínio em municípios menores e mais pobres, que enfrentam maiores dificuldades de estrutura e processo de trabalho das equipes ^{14,26,27}. Contudo, o cadastramento do domicílio a uma ESF não significa que o adolescente tem vínculo com o serviço de saúde, ainda mais quando existem dificuldades de acolhimento desse ciclo de vida na unidade de saúde ^{23,24}.

Com maior concentração de serviços de saúde nas regiões Sudeste e Sul, destaca-se que é exatamente nessas regiões que a presença do setor privado é mais frequente. Em 2019, cerca de 29% e 26% dos adolescentes da região Sudeste e Sul, respectivamente, tinham plano de saúde em comparação a 9,2% da região Norte. Do mesmo modo, a prevalência de posse de plano de saúde foi de 31,4% e 24,3% para os adolescentes que residiam em municípios da Capital e da RM ou RIDE comparados aos que viviam em outros municípios (14,7%).

A posse de plano de saúde pode ser um fator individual que auxilia na compreensão do acesso desigual aos serviços ¹². Em geral, esta variável está associada positivamente a melhores níveis socioeconômicos ¹⁹. Observamos que as prevalências de procura dos serviços de saúde foram maiores para aqueles adolescentes em que a renda familiar per capita era mais de dois salários-mínimos. Tal resultado pode estar associado a possibilidade que os indivíduos com maior renda têm de pagar por um plano de saúde, aumentando o acesso aos serviços de saúde

e resultando em sobreutilização dos serviços por parte dos usuários desses planos em relação àqueles que utilizam apenas o SUS ²⁸.

Nos municípios da Capital e da RM e RIDE, a maior procura dos serviços de saúde por adolescentes que possuíam plano de saúde pode estar relacionada a maior disponibilidade e capacidade instalada de serviços de saúde privados nessas áreas ¹⁹. No entanto, entre os adolescentes sem cobertura por plano de saúde, esses mesmos municípios apresentaram prevalência de procura dos serviços de saúde semelhante aos adolescentes que viviam em outros municípios. Isso pode ser um indicativo da falta de serviços públicos de saúde nestas regiões, especialmente nas RM e RIDEs. Fator preocupante considerando que essas, apesar da complexidade econômica, apresentam periferias com altas concentrações de pobreza e condições precárias e desiguais de vida ²⁹, sendo prioritárias para a expansão da ESF e do acesso a rede pública de saúde.

As associações encontradas a partir da modificação de efeito para as áreas rurais e a procura dos serviços de saúde devem ser interpretadas com cuidado. Primeiro, a maior procura dos serviços por adolescentes com plano de saúde e que moravam nas áreas rurais não significa que estes tenham maior cobertura por planos de saúde e consequentemente maior acesso aos serviços de saúde. Dos 20,1% da amostra que possuíam plano de saúde, apenas 3,7% eram de áreas rurais contra 23,5% das áreas urbanas corroborando com uma série de estudos que evidenciam baixos percentuais de pessoas nas áreas rurais com algum tipo de plano de saúde ^{19,30,31}. Segundo, frente a dificuldade de se medir renda em áreas rurais ³² e devido a provável relação entre nível socioeconômico e plano de saúde, é possível que a variável de renda utilizada neste estudo não seja um bom preditor de riqueza, abrindo espaço para confusão residual nos resultados.

A precariedade das condições de vida nessas áreas associadas à conjuntura de trabalho a qual a população rural está submetida acarretam maior exposição a problemas de saúde e menor qualidade de vida para essas populações ³³. Kassouf ³¹ descreve que o conhecimento do indivíduo sobre algum problema de saúde pode fazer com que este adquira algum plano de saúde. Portanto, pode ser presumível supor que diante da possível maior carga de adoecimento nas áreas rurais aliadas as dificuldades de acesso aos serviços de saúde públicos quando precisam, os indivíduos que residem nessas áreas consumam mais planos de saúde, isso pode ter acontecido com a nossa amostra.

Apesar das potenciais barreiras na interpretação, destacam-se que foram observadas maiores diferenças de procura nos serviços entre quem tem e quem não tem plano de saúde na

área rural em comparação a urbana. O resultado evidencia a existência de desigualdades dentro do meio rural que podem estar relacionadas a distribuição de renda nessas áreas, com determinantes estruturais relacionados a posse de terra, educação e as desigualdades regionais³⁴.

Além das limitações citadas anteriormente, outro ponto é que a PNS não estima dados para abrangências geográficas menores que as dos municípios das capitais, levando a falta de detalhamento das variáveis geográficas e permitindo somente uma caracterização geral da região, sem que possa ser observada a heterogeneidade entre e dentro dos municípios, somente entre regiões.

O presente estudo permitiu explorar a variabilidade da prevalência de procura de serviços de saúde por adolescentes brasileiros, em relação às características do contexto social e dos indivíduos. Os contrastes observados entre as regiões geopolíticas do país, o tipo de situação censitária do domicílio, o tipo de município de residência e a capacidade econômica de dispor de plano de saúde são subsídios valiosos para a orientação de políticas de saúde capazes aumentar o acesso de adolescentes aos serviços de saúde com equidade.

Referências

1. Black RE, Liu L, Hartwig FP, Villavicencio F, Rodriguez-Martinez A, Vidaletti LP, et al. Health and development from preconception to 20 years of age and human capital. *The Lancet*. 2022; 399: 1730-40.
2. World Health Organization [Internet]. Adolescent Health [cited 2022 Dec 27]. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
3. Denny S, Farrant B, Cosgriff J, Harte M, Cameron T, Johnson R, et al. Forgone health care among secondary school students in New Zealand. *Journal of primary health care*. 2013; 5(1): 11–8.
4. Donahue C, Robinson J, Granato SA, Tirera F, Billy DA, Koné A, et al. Adolescent access to and utilisation of health services in two regions of Côte d'Ivoire: A qualitative study. *Global public health*. 2019; 14(9): 1302–15.
5. Hayrymyan V, Grigoryan Z, Sargsyan Z, Sahakyan S, Aslanyan L, Harutyunyan A. Barriers to utilization of adolescent friendly health services in primary healthcare facilities in Armenia: a qualitative study. *International journal of public health*. 2020; 65(8): 1247–55.
6. Reis DC, Melo CPS, Sorares TBC, Flisch TMP, Rezende TMRL. Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1): 063-07.
7. Araujo MEA, Silva MT, Andrade KR, Galvão TF, Pereira MG. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2017; 26(3): 589-604.

8. Szwarcwald CL, Stopa SR, Damacena GN, Almeida WS, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, et al. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. 2021; 26(Supl. 1):2515-28.
9. Peixoto AMCL, Melo TQ, Ferraz LAA, Santos CFB, Godoy F, Valença PAM, et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes: um estudo multinível. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 26(7):2819-27.
10. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro E, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1055-64.
11. Oliveira MM, Andrade SSCA, Stopa SR, Malta DC. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21 (Supl. 1): e180003.
12. Oliveira MM, Andrade SSCA, Campos MO, Malta DC. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2012. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(8):1603-14.
13. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8):1565-1574.
14. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(1):e00044718.
15. Nunes BP, Flores TR, Duro SMS, Saes MO, Tomasi E, Santiago AD, et al. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2015; 24(3): 411 -20.
16. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECD, Vieira MLF, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020; 29(5):e2020315.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [cited 2023 Fev. 27]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?=&t=perguntas-frequentes>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [cited 2023 Fev. 27]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/divisao-regional/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?=&t=acesso-ao-produto>.
19. Sousa Júnior PRBS, Szwarcwald CL, Damacena GN, Stopa SR, Vieira MLFP, Almeida WS, et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(Supl. 1):2529-41.
20. Kjelsson G, Clarke P, Gerdtham U. Forgetting to remember or remembering to forget: A study of the recall period length in health care survey questions. *Journal of Health Economics*. 2014; 35: 34-46.

21. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 222.
22. Song X, Klein JD, Yan H, Catallozi M, Wang X, Heitel J, et al. Parent and Adolescent Attitudes Towards Preventive Care and Confidentiality. *Journal of Adolescent Health*. 2019; 64: 235-41.
23. Barros RP, Holanda PRCM, Sousa ADS, Apostolico MR. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(2):425-34.
24. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidados aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):466-72.
25. Viana ALA, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2015; 24(2): 413-22.
26. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):975-98.
27. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2015;15(2): 171-180.
28. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):133-49.
29. Montali L, Lessa LH. Pobreza e mobilidade de renda nas regiões metropolitanas brasileiras. *Cad. Metrop., São Paulo*. 2016; 18: 503-33.
30. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6):e00213816.
31. Kassouf AL. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. *RER*. 2005; 43: 000-000.
32. Barros AJD, Victora CG. Measuring Coverage in MNCH: Determining and Interpreting Inequalities in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Interventions. *PLoS medicine*. 2013; 10(5): e1001390.
33. Bortolotto CC, Mola CL, Tovo-Rodrigues L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2018; 53 (suppl 1).
34. Ney MG, Hoffmann R. Educação, concentração fundiária e desigualdade de rendimentos no meio rural brasileiro. *RESR*. 2009; 47(1): 147-82.

Tabela 1 – Descrição das características da amostra e prevalência de procura dos serviços de saúde por adolescentes. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019 (n = 43.774).

Variáveis	Descrição da amostra (n= 43774)	Procura dos serviços de saúde (n=4492)
	N (%) *	% (IC95%)
Região		p < 0,001
Norte	11477 (11,0)	9,0 (8,2;10,0)
Nordeste	16358 (30,0)	10,2 (9,5; 10,9)
Sudeste	7471 (38,1)	13,6 (12,3; 15,0)
Sul	4069 (13,1)	12,8 (11,4;14,3)
Centro-Oeste	4399 (7,7)	9,7 (8,5; 11,4)
Tipo de situação censitária		p < 0,001
Urbano	31668 (83,0)	12,1 (11,5; 12,9)
Rural	12106 (17,0)	9,4 (8,5;10,3)
Tipo de município		p = 0,0080
Capital	14288 (22,0)	13,0 (12,0; 14,1)
municípios da região metropolitana (excluindo a capital) e municípios da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE);	6939(18,4)	12,6 (11,1; 14,3)
Demais municípios (excluindo a região metropolitana e a RIDE).	22547 (59,6)	10,9 (10,1;11,7)
Domicílio cadastrado na unidade de saúde da família		p= 0,3132
Sim	29904 (65,9)	11,3 (10,7;12,1)
Não	9064 (23,1)	12,5 (11,2;13,9)
Não sabe	4806 (11,0)	11,9 (10,1; 14,0)
Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público		p < 0,001
Não	37094 (79,9)	10,5 (9,9;11,1)
Sim	6680 (20,1)	16,3 (14,8;18,0)
Sexo		p < 0,001
Masculino	22225 (51,2)	9,8 (9,1;10,6)
Feminino	21549 (48,8)	13,6 (12,8;14,5)
Cor ou raça**		p = 0,0015
Branca	13689 (38,8)	13,1 (12,1;14,1)
Preta	3816 (9,3)	12,4 (10,5;14,5)
Amarela/Indígena	502 (1,1)	9,9 (5,3; 17,7)
Parda	25762 (50,7)	10,5 (9,9; 11,2)
Frequência escolar		p < 0,001
Não frequenta escola	6819 (15,8)	12,4 (11,0; 13,8)
Frequenta escola na rede privada	5983 (15,8)	14,8 (13,1;16,6)
Frequenta escola na rede pública	30972 (68,4)	10,8 (10,1;11,5)
Renda familiar per capita***		p < 0,001
Até ¼ salário-mínimo	9606 (16,7)	10,4 (9,2; 11,6)
Mais de ¼ até ½ salário-mínimo	11496 (23,7)	10,0 (9,0; 11,2)
Mais de ½ até 1 salário-mínimo	12422 (30,6)	11,8 (10,9; 12,8)
Mais de 1 até 2 salários-mínimos	6740 (19,0)	11,7 (10,5;13,0)
Mais de 2 até 3 salários-mínimos	1748 (4,9)	15,0 (12,2;18,3)
Mais de 3 até 5 salários-mínimos	1035 (3,0)	16,7 (12,9; 21,4)
Mais de 5 salários-mínimos	705 (2,1)	23,6 (18,5;29,6)
Estado de saúde		p < 0,001
Muito bom	8817 (23,9)	9,8 (8,7;11,0)
Bom	28966 (63,7)	10,4 (9,7;11,1)
Regular	5485 (11,2)	20,1 (18,3;22,0)
Ruim/Muito ruim	506 (1,1)	40,5 (32,7;48,8)
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde		p < 0,001
Não	41596 (94,7)	9,1 (8,6;8,7)
Sim	2178 (5,3)	57,4 (53,5; 61,3)

Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)		
		p < 0,001
Não	40212 (90,5)	10,3 (9,8; 10,9)
Sim	3562 (9,5)	24,7 (22,5; 27,1)

*Percentual considerando o delineamento do estudo: svy.

**Cinco dados faltantes.

*** 22 dados faltantes

IC: Intervalo de Confiança.

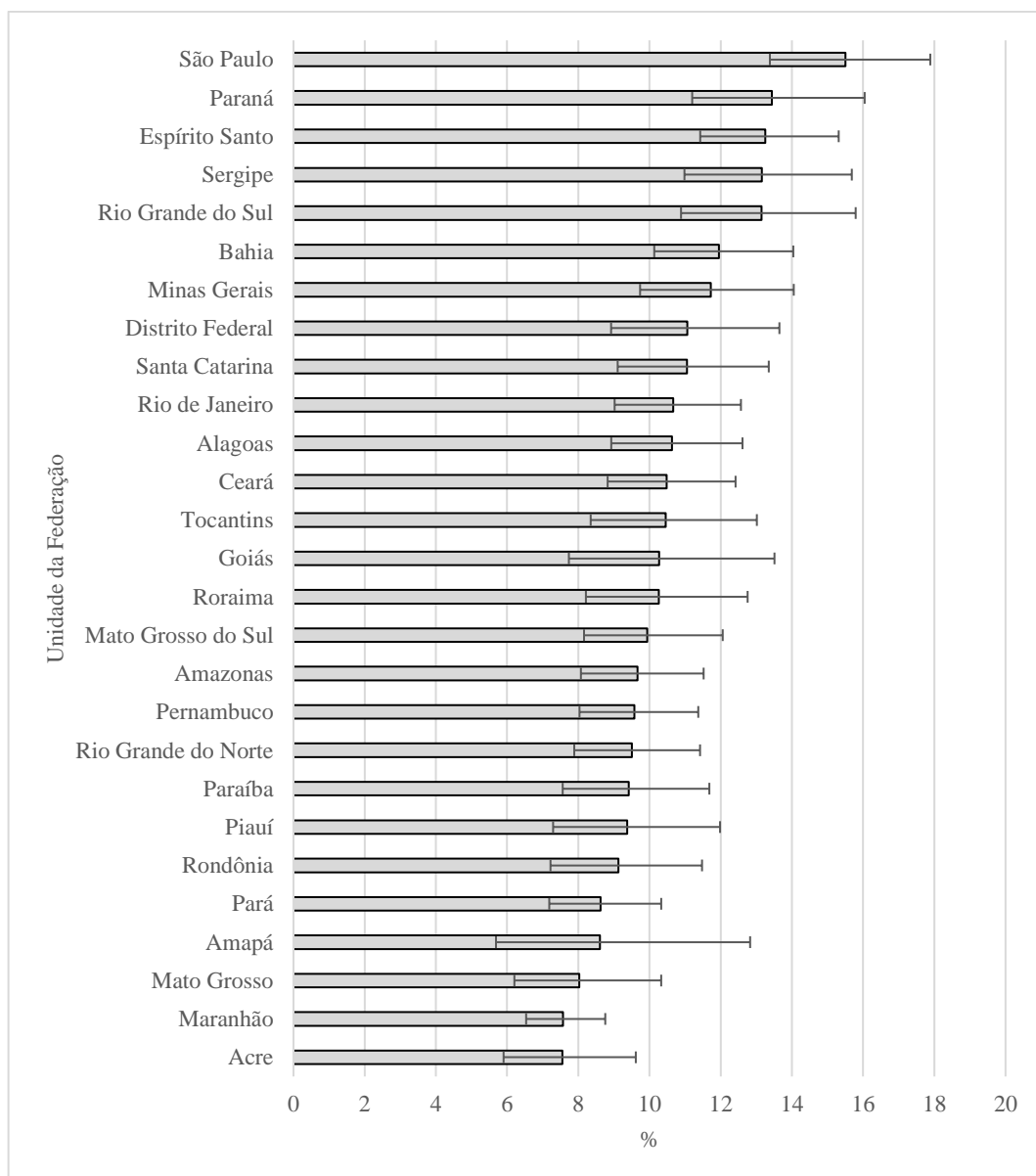


Figura 1 - Prevalência de procura dos serviços de saúde por adolescentes, de acordo com a Unidade de Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Tabela 2 – Modelos bruto e ajustados da associação entre a procura dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros e as características contextuais. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019 (n = 43752).

Variáveis	Modelo 1*	Modelo 2**	Modelo 3 ***	Modelo 4 ****	Modelo 5 *****	Modelo 6*****
	RP (IC95%)					
Região	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001
Norte	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nordeste	1,13 (1,00; 1,27)	1,15 (1,01; 1,30)	1,14 (1,01; 1,29)	1,13 (1,00; 1,28)	1,06 (0,94; 1,19)	1,05 (0,94; 1,18)
Sudeste	1,50 (1,31; 1,73)	1,46 (1,27; 1,68)	1,40 (1,20; 1,62)	1,36 (1,17; 1,58)	1,32 (1,14; 1,51)	1,32 (1,15; 1,52)
Sul	1,41 (1,22; 1,64)	1,42 (1,22; 1,65)	1,34 (1,15; 1,57)	1,33 (1,13; 1,55)	1,31 (1,13; 1,52)	1,31 (1,13; 1,52)
Centro-Oeste	1,09 (0,91; 1,30)	1,06 (0,88; 1,25)	1,00 (0,84; 1,20)	1,00 (0,84; 1,20)	0,99 (0,94; 1,16)	0,98 (0,83; 1,16)
Tipo de situação censitária	p < 0,001	p = 0,0242	p = 0,0959	p = 0,1615	p = 0,3686	p = 0,9885
Rural	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Urbano	1,29 (1,16; 1,45)	1,15 (1,02; 1,30)	1,12 (0,98; 1,27)	1,10 (0,96; 1,25)	1,06 (0,94; 1,19)	1,11 (0,98; 1,26)
Tipo de município	p = 0,0038	p = 0,0457	p = 0,2975	p = 0,4618	p = 0,2004	p = 0,0898
Demais municípios (excluindo a região metropolitana e a RIDE).	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Municípios da RM e da RIDE (excluindo a capital)	1,15 (1,00; 1,33)	1,06 (0,91; 1,24)	1,05 (0,91; 1,23)	1,04 (0,90; 1,21)	1,04 (0,91; 1,19)	0,98 (0,84; 1,15)
Capital	1,19 (1,07; 1,33)	1,16 (1,03; 1,31)	1,10 (0,97; 1,23)	1,08 (0,96; 1,21)	1,10 (0,99; 1,23)	1,00 (0,87; 1,13)
Interação entre tipo de situação censitária e plano de saúde						p = 0,0334
Sim#Urbano						0,61 (0,41; 0,89)
Interação entre tipo de município e plano de saúde						p = 0,0108
Sim#Municípios da RM e da RIDE						1,22 (0,93; 1,60)
Sim#Capital						1,38 (1,08; 1,76)

*Modelo 1: bruto

**Modelo 2: ajustado para as variáveis região, tipo de área e tipo de município.

***Modelo 3: ajustado para as variáveis do modelo 2 + sexo e renda familiar.

****Modelo 4: ajustado para as variáveis do modelo 3 + plano de saúde.

*****Modelo 5: ajustado para as variáveis do modelo 3 + estado de saúde, se deixou de realizar alguma atividade habitual por motivos da própria saúde e se algum médico deu algum diagnóstico de alguma doença.

*****Modelo 6: ajustada para as variáveis do modelo 5 + termos de interação

RM: região metropolitana; RIDE: região integrada de desenvolvimento; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança

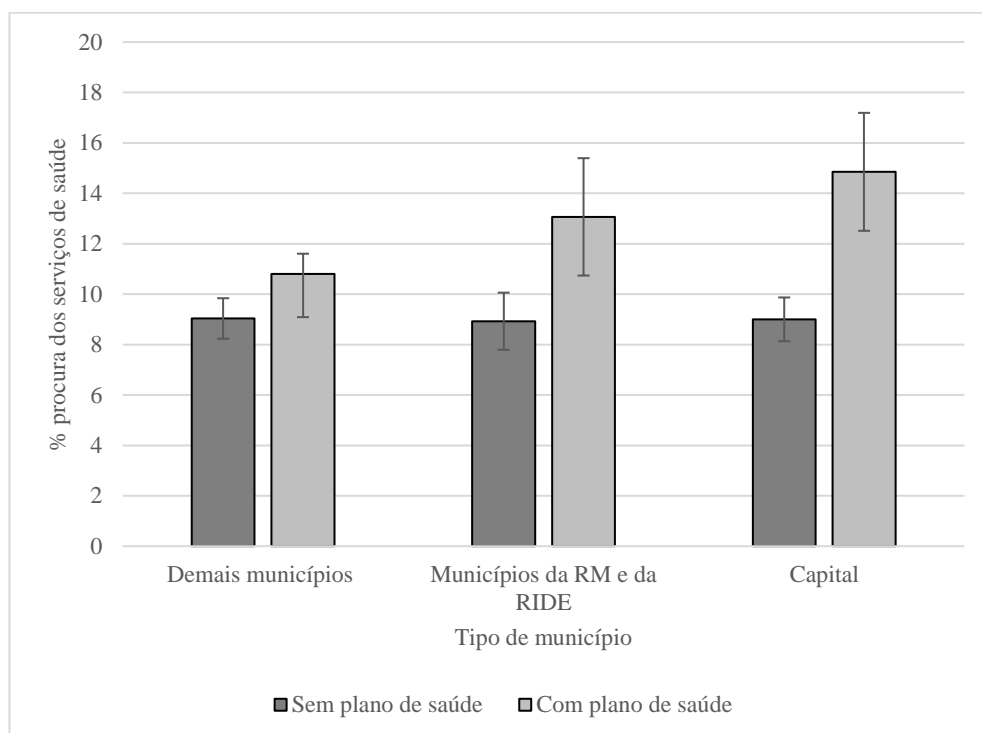


Figura 2 – Gráfico de probabilidades ajustadas dos efeitos da interação tipo de município X plano de saúde em adolescentes, da Tabela 2. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

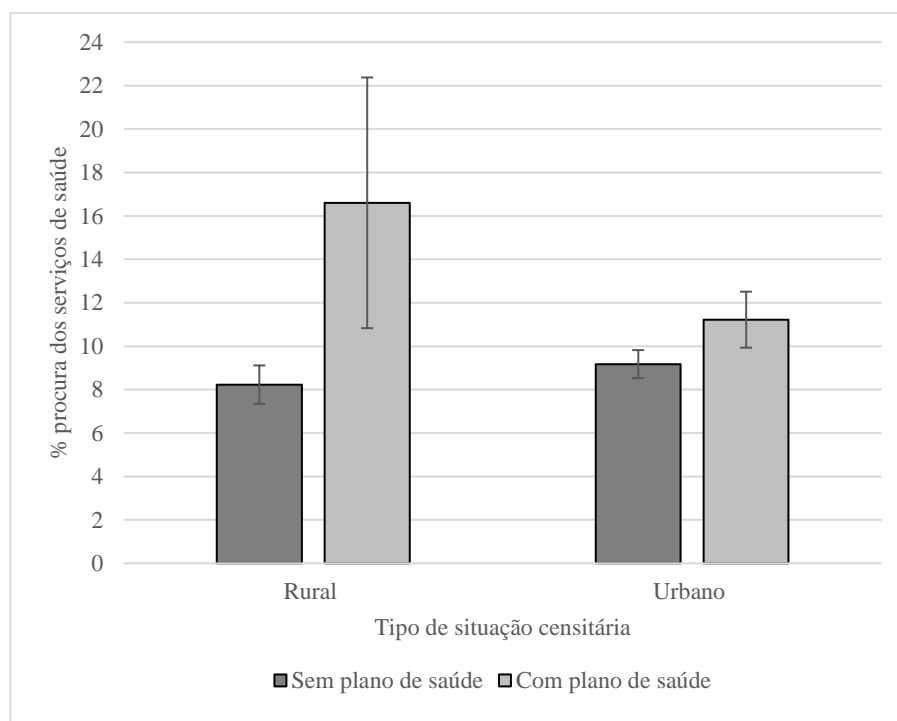


Figura 3 – Gráfico de probabilidades ajustadas dos efeitos da interação tipo de situação censitária X plano de saúde em adolescentes, da Tabela 2. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

V - COMUNICADO À IMPRENSA

A adolescência é um período importante da vida para a determinação da saúde dos indivíduos. Apesar da relevância da atenção à saúde para os adolescentes, existem várias barreiras para o uso de serviços de saúde nessa faixa etária. Além das barreiras, desigualdades sociais e geográficas no acesso ao sistema de saúde também são observadas.

É o que mostra o estudo desenvolvido em dissertação do mestrado no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia pela mestrandia Larissa Ádna Neves Silva, sob a orientação dos professores Luiz A Facchini e Bruno P Nunes.

A pesquisa analisou a influência de características contextuais (região do país, por exemplo) na procura dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano de 2019. Os resultados demonstraram que somente um a cada dez (11,7%) adolescentes procuraram os serviços de saúde nos quinze dias anteriores à entrevista, sendo maior na nas regiões Sudeste e Sul. A posse de plano de saúde aumentou a busca dos serviços por adolescentes que residiam nas áreas rurais, nas capitais e regiões metropolitanas.

Os pesquisadores destacam que o plano de saúde foi uma característica marcante nas desigualdades observadas na procura dos serviços. "Nas áreas com maior procura, há maior presença do setor privado e maior disponibilidade de serviços públicos. Isso facilita a busca de cuidados, em especial de indivíduos que podem pagar por algum plano de saúde. Essa situação é mais frequente nas regiões Sul e Sudeste, capitais e regiões metropolitanas, cujos adolescentes dispõem de uma dupla cobertura de serviços, em comparação a adolescentes de regiões remotas do Norte e Nordeste do país."

A disponibilidade de plano de saúde também aumentou a procura no meio rural. Nas áreas rurais, estes colocam a necessidade de mais investigação, visto que existem pesquisas destacando a baixa cobertura de planos de saúde nesses locais, com relatos de barreiras no acesso aos serviços de saúde por essa população. Contudo, os dados da pesquisa reforçam a existência de desigualdades dentro do meio rural que se relacionam as questões de posse de terra, acesso à educação, melhor renda; etc. e que precisam ser melhores entendidas, a fim de buscar estratégias para reduzir as diferenças encontradas.

Em relação a região, os pesquisadores mostram a importância de qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país, em especial nas regiões com menor disponibilidade e infraestrutura de serviços públicos e inexistência de plano de saúde. "Nossos resultados servem podem orientar políticas de saúde pensadas para os adolescentes que sejam capazes de ter facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde de qualidade e sem desigualdades".

IV – ANEXOS

1 Normas para publicação na Revista

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ISSN (impresso) 0102-311X
ISSN (on-line) 1678-4464

Instruções aos autores

Forma e preparação de manuscritos

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#)).

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5

ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#)) ([Editorial](#) [37\(4\)](#));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6. Questões Metodológicas ([leia mais](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de

natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([leia mais](#)) na epidemiologia ([Editorial 37\(5\)](#)) e artigo utilizando metodologia qualitativa ([leia mais](#));

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o [Editorial 37\(10\)](#).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: [Editorial 29\(11\)](#), [Editorial 32\(1\)](#) e [Editorial 32\(3\)](#).

2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos

inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12.

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de *preprint*, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de *preprint* de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com

a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínico a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

[Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
[ClinicalTrials.gov](#)
[International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
[Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
[UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
[WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse,

incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do [Editorial 34\(11\)](#) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas

que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas

envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao [COPE](#) (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia [Editorial 34\(1\)](#) e [Editorial 38\(1\)](#).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

Passo a Passo

1. Processo de submissão online

1.1. Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos ([SAGAS](#)).

1.2. Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS

pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3. Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.
1.4. Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. Envio do artigo

2.1. A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o *link* “Submeta um novo artigo”.

2.2. A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3. Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4. O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

2.5. O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6. As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do

artigo) devem constar na base da [Biblioteca Virtual em Saúde](#) (BVS).

2.7. Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

2.8. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

2.9. Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

2.10. Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.11. O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

2.12. O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias,

fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.13. Equações e Fórmulas. As equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

2.14. Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos, quadros e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.15. Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 da *Instrução para Autores* (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos, quadros e tabelas).

2.16. Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.17. Quadros. Destinam-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Devem ser submetidos em arquivo texto: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Os Quadros devem ser numerados (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado do Quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Os Quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9.

2.18. Tabelas. Destinam-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As Tabelas podem ter até 17cm de largura, com

fonte Times New Roman tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As Tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto e citadas no corpo do mesmo. Cada dado da Tabela deve ser inserido em uma célula separadamente e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

2.19. Figuras. Os seguintes tipos de Figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas.

2.19.1. As Figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

- Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- Os gráficos de linhas, de dispersão (XY), de histograma (Pareto), de radar e outros similares; que contenham elementos gráficos (círculo, quadrado, triângulo, losango etc); devem optar por apenas um elemento gráfico, diferenciado somente por cores.
- As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi

(pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

- Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial, e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Observações:

- O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- Mapas e gráficos gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- O tamanho máximo para quadros e tabelas deve permitir o enquadramento em página de tamanho A4, com margens laterais direita e esquerda de 2cm, com fonte de tamanho 9 ou maior.
- As Figuras devem permitir o enquadramento em página de tamanho A4 (até 17cm de largura), com margens laterais direita e esquerda de 2cm.
- O arquivo de cada Figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido.

2.20. CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (figuras e/ou quadros e/ou tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma Figura.

2.21. Material Suplementar: CSP aceita a submissão de material suplementar –

textos, figuras, imagens e vídeos – como complemento às informações apresentadas no texto, que será avaliado em conjunto com todo o material submetido. Para a publicação, todo o conteúdo do material suplementar é de responsabilidade dos autores. Não será formatado e nem feita revisão de idioma e/ou tradução.

2.22. Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.23. Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

3. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

3.1. O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

4. Envio de novas versões do artigo

4.1. Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

5. Prova de prelo

5.1. A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema. Para visualizar a prova do

artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site.

5.2. Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

5.2.1. Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2. Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.3. Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração encaminhadas via sistema [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login] no prazo de 72 horas.

Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4. As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

5.2.5. Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1. A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2. Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3. As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3. As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser

2 Resumo do XXIV Encontro de Pós-Graduação da 8ª Semana Integrada da Universidade Federal de Pelotas



8ª SEMANA
INTEGRADA
UFPEL 2022

XXIV ENPÓS – ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS E PROCURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR ADOLESCENTES: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA¹; BRUNO PEREIRA NUNES²; LUIZ AUGUSTO FACCHINI³

¹Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – larialissa_@hotmail.com

²Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – nunesbp@gmail.com

³Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – luizfacchini@gmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de mudanças fisiológicas e psicológicas significativas na transição da infância para a idade adulta. Para muitos adolescentes, essas mudanças levam ao início de comportamentos de risco que estão ligados às principais causas de morbidade e mortalidade para essa população (HAYRUMYAN *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Tal questão levanta a necessidade de iniciativas políticas e sociais para o reconhecimento das demandas dessa população. Estudos demonstram que o estabelecimento de relações com o sistema de saúde durante o período de transição é essencial para fornecer o apoio necessário e oportuno para promoção de estilos de vida saudáveis e para dar respostas às necessidades específicas dos adolescentes (HAYRUMYAN *et al.*, 2020). Para isso, é preciso que os adolescentes acessem os serviços de saúde, principalmente porque o uso de serviços preventivos adequados pode modificar comportamentos de riscos e melhorar a saúde (IRWIN *et al.*, 2009; MASATU; KLEPP; KVÅLE, 2001).

Nesse sentido, destaca-se que o acesso pode ser fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Regiões menos desenvolvidas e com piores indicadores socioeconômicos tendem a apresentar contexto desfavorável em termos de disponibilidade e infraestrutura dos serviços de saúde. Desigualdades regionais na distribuição dos serviços promovem diferenças na oferta e acesso aos serviços de saúde, influenciando a situação de saúde dos indivíduos (VIANA *et al.*, 2015).

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo descrever os resultados da procura dos serviços de saúde por adolescentes brasileiros de acordo com características contextuais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada no ano de 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Com amostra representativa da população brasileira, a PNS utilizou o processo amostral em três estágios: setor censitário, domicílio e indivíduo. Mais detalhes sobre a metodologia da PNS podem ser encontrados no estudo metodológico (STOPA *et al.*, 2020). Para este estudo, são utilizadas informações referentes aos questionários do domicílio e sobre todos os moradores do domicílio, o qual o respondente foi um indivíduo com 18 anos ou mais de idade, que respondia por si e pelos demais moradores do domicílio. Logo, as informações dos adolescentes de 10 e 19 anos, amostra deste estudo, correspondem as respostas repassadas por esse morador sobre o adolescente.

Em relação as variáveis, foram considerados como desfechos os resultados da procura dos serviços de saúde, obtidos por meio da pergunta “Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde por este motivo, nas duas últimas semanas: 1) Foi agendado para outro dia/local? 2) Foi atendido? 3) Não foi atendido?”. As exposições foram as características contextuais descritas pelas variáveis: região (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste), tipo de situação censitária (urbana ou rural) e tipo de município (categorizada em: municípios da Capital, municípios da Região Metropolitana [RM] e da Região Integrada de Desenvolvimento [RIDE] e demais municípios).

Todas as análises foram realizadas no Stata versão 15.0 (StataCorp., College Station, TX, EUA), considerando o desenho amostral do estudo por meio do comando `svy`. Inicialmente, foi realizada a descrição da amostra dos adolescentes que procuraram os serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa utilizando frequências absolutas e relativas. Em seguida, as prevalências dos desfechos foram descritas de forma geral e de acordo com as características contextuais, o teste qui-quadrado foi empregado. Finalmente, foram descritos os principais motivos de atendimento e não atendimento e o tipo de financiamento dos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 4492 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos que procuraram os serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa.

A maior parte dos adolescentes pertencia a região Sudeste (44,3%) e 86,3% residiam em áreas urbanas; 24,5% moravam em municípios da capital; 19,8% em municípios da Região Metropolitana (RM) e da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) e 55,7% eram residentes de outros municípios. Dos 4492 adolescentes que procuraram os serviços de saúde, 77,8% (IC95% 75,6%; 79,8%) foram atendidos, 19,8% (IC95% 17,9%; 22,0%) foram agendados para outro dia e/ou local e 2,4% (IC95% 1,70%; 3,21%) não foram atendidos.

Outros estudos realizados com adolescentes no Brasil encontraram prevalências diferentes de utilização dos serviços de saúde, 89,5% (MARTINS *et al.*, 2019) e 23,0% (NUNES *et al.*, 2015) que podem ser decorrentes das diferentes populações de estudos ou por conta do denominador utilizado. Por exemplo, neste estudo, o denominador foram os adolescentes que procuraram os serviços de saúde, já no estudo de Nunes *et al.* (2015) foi considerada toda a amostra. Em geral, a maioria (63,6%) dos atendimentos foram realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a consulta médica (68,0%) o principal atendimento de saúde recebido. Dados similares também foram observados em outras pesquisas (REIS *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2015).

Em relação ao não atendimento, destaca-se uma redução importante em comparação aos dados da PNS 2013(4,4%), demonstrada no estudo de Nunes *et al.* (2016). Contudo, essa diferença também poderia ser explicada pelo modo como a pergunta foi realizada, a qual não incluía a possibilidade de agendamento. Este estudo mostrou também que ainda existem algumas barreiras de acesso aos serviços, entre elas: a falta de médico ou dentista atendendo (37,3%); não conseguir vaga nem pegar senha (33,4%); e falta de serviço ou profissional de saúde especializado para atender (10,8%). Falhas na organização da agenda das equipes somada a ausência de recursos humanos em saúde se colocam como limitadores de primeiro acesso, dificultando a execução dos princípios do SUS (NUNES *et al.*, 2016).

A prevalência de adolescentes que foram atendidos foi maior na região Nordeste (81,6%), em áreas rurais (80,1%) e nos municípios da RM e da RIDE (80,7%). Maiores proporções de não atendimento foram encontradas na região Centro-Oeste (4,0%) e Nordeste (3,3%), nas áreas rurais (3,5%) e nos municípios da capital (2,9%). Já para os que foram agendados para outro e/ou local, maiores prevalências estavam na região Sul (27,9%), em áreas urbanas (20,4%) e em outros municípios, excluindo a capital, RM e RIDE (21,2%). A maior utilização dos serviços de saúde nessas áreas pode ser atribuída as maiores coberturas da Estratégia Saúde da Família (ESF), reflexo da implantação inicial e expansão da cobertura dos serviços de saúde em áreas economicamente desfavorecidas (TOMASI *et al.*, 2015; MONTALI; LESSA, 2016). No entanto, a falta de acesso pode estar relacionada a baixa capacidade de investimento em saúde nessas áreas, inferindo em baixos percentuais de adequação de estrutura e processo de trabalho das equipes de saúde (TOMASI *et al.*, 2015).

No caso do Centro-Oeste, essa situação também está atrelada a questões de desenvolvimento socioeconômico em descompasso com a extensão da oferta dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). Nas áreas rurais, além da infraestrutura e da falta de força de trabalho em saúde, há desafios relacionados a cobertura e alcance dessa população, assim como a garantia da oferta ampliada e adequadas as suas necessidades (FRANCO *et al.*, 2021).

CONCLUSÕES

Em geral, houve alta utilização dos serviços para os adolescentes que procuraram os serviços de saúde. Contudo, este estudo demonstrou que ainda existem barreiras a serem superadas para o efetivo acesso ao serviço. Também foram observadas desigualdades contextuais que evidenciam a necessidade de que essas diferenças sejam consideradas no planejamento dos serviços de saúde para os adolescentes, garantindo assistência integral, universal e equitativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016 Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.
- FRANCO, C. M *et al.* Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 7.
- IRWIN, C. E. J. *et al.* Preventive care for adolescents: few get visits and fewer get services. **Pediatrics**, United States, v. 123, n. 4, p. e565-72, 2009. Available at: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2601>.
- HAYRUMYAN, V. *et al.* Barriers to utilization of adolescent friendly health services in primary healthcare facilities in Armenia: a qualitative study. **International journal of public health**, Switzerland, v. 65, n. 8, p. 1247–1255, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01499-9>.
- 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 (Online)**, v. 35, n. 1, p. e00044718–e00044718, 2019. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&.
- MASATU, M. C.; KLEPP, K. I.; KVÅLE, G. Use of health services and reported satisfaction among primary school adolescents in Arusha, Tanzania. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, United States, v. 28, n. 4, p. 278–287, 2001. Available at:

[https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00184-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00184-1)

MONTALI, L. LESSA, L. H. Pobreza e mobilidade de renda nas regiões metropolitanas brasileiras* * Trabalho apresentado no VI Congresso da Associação Latino-americana de População, realizado em Lima, Peru, de 12 a 15 de agosto de 2014. Seção 5.3: “Pobreza e vulnerabilidade social: aproximações conceituais e medição na última década na América Latina”. **Cadernos Metrópole** [online]. 2016, v. 18, n. 36

NUNES, B. P. *et al.* Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012 *. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 24, n. 250, p. 411–420, 2015. Available at: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300007>

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiol. Serv. Saude.** v. 25, n. 4, p. 777–787, 2016. Available at: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400011>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. 2018.

REIS, D. C. dos *et al.* Vulnerabilidades e necessidades de acesso à atenção primária à saúde na adolescência. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 12, n. 1, p. 62–69, 2013. Available at: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 5, p. 1–12, 2020. Available at: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2015, v. 15, n. 2.

VIANA, A. L. Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 2, p. 413–422, 2015. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>.