



# FATORES ENVOLVIDOS NA ADESÃO DE ESTUDANTES ADOLESCENTES À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FACTORS INVOLVED IN ADOLESCENT STUDENTS' ADHERENCE TO THE FAMILY HEALTH STRATEGY

FACTORES IMPLICADOS EN LA ADHESIÓN DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES A LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

*Maria Juscinaide Henrique Alves*<sup>1</sup>

*Grayce Alencar Albuquerque*<sup>2</sup>

*Adailene Souza Silva*<sup>3</sup>

*Jameson Moreira Belém*<sup>4</sup>

*Jeane Fonsêca Cavalcante Nunes*<sup>5</sup>

*Mônica Fonseca Leite*<sup>6</sup>

*Emanuelly Vieira Pereira*<sup>7</sup>

## RESUMO

*Durante a adolescência, os indivíduos encontram-se vulneráveis a situações e agravos à saúde em decorrência da exposição a diversos fatores de risco. Assim, as ações de promoção da saúde adotadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuem para o enfrentamento desse quadro, entretanto, a práxis tem revelado deficiente ligação entre os adolescentes e a ESF. Dessa forma, este estudo objetivou identificar fatores causais envolvidos na adesão às ações da ESF sob a óptica dos adolescentes. Trata-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, realizado com 24 adolescentes de uma escola de Ensino Fundamental. Os dados foram coletados via entrevista semiestruturada e organizados por meio da técnica de análise temática. Identificou-se nos resultados que, apesar dos esforços das atuais políticas, os adolescentes apresentam uma percepção de cuidado à saúde voltada ao modelo curativista e à lógica hospitalocêntrica, além de um déficit de conhecimento sobre os serviços da atenção primária. Fatores socioculturais, como medo da exposição pública, dificuldade de relatar situações íntimas a um profissional e não adesão a determinadas práticas de cuidado também são apontados como empecilhos à adesão desses serviços. Conclui-se que, apesar das políticas vigentes, há uma baixa adesão dos adolescentes às ações da ESF, destacando-se a necessidade de (re)pensar a saúde do adolescente e as práticas de cuidado.*

**Palavras-chave:** *Comportamento do adolescente; Atenção primária à saúde; Integralidade em saúde.*

1. Enfermeira. Aluna de Mestrado em Enfermagem na Universidade Regional do Cariri (Urca). Especialista em Assistência e Gestão em Saúde da Família pela Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (Grupesc) da Urca. Crato (CE), Brasil.

2. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora na Urca. Crato (CE), Brasil.

3. Enfermeira. Especialista em Assistência e Gestão em Saúde da Família pela FJN. Membro do Grupesc da Urca. Crato (CE), Brasil.

4. Enfermeiro. Aluno de Mestrado em Enfermagem na Urca. Membro do Grupesc da Urca. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap). Crato (CE), Brasil.

5. Enfermeira graduada pela FJN. Crato (CE), Brasil.

6. Enfermeira graduada pela FJN. Crato (CE), Brasil.

7. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Aluna de Mestrado em Enfermagem pela Urca. Membro do Grupesc da Urca. Crato (CE), Brasil.

## ABSTRACT

*During adolescence, individuals are vulnerable to situations and health problems due to exposure to various risk factors. Thus, health promotion actions taken within the Family Health Strategy (FHS) contribute to tackle this situation, however, praxis has revealed a poor connection between teenagers and the FHS. Thus, this study aimed to identify causal factors involved in adherence to actions of the FHS from the perspective of teenagers. This is an exploratory, descriptive, and qualitative study, conducted with 24 teenagers from a Primary School. Data were collected using a semi-structured interview and they were organized through the thematic analysis technique. We identified in the results that, despite efforts by the current policies, teenagers have a perception of health care aimed at the curative model and the hospital-driven rationale, in addition to a knowledge deficit on the primary care services. Sociocultural factors, such as fear of public exposure, difficulty to report intimate situations to a professional, and non-adherence to certain health care practices are also mentioned as obstacles to adhere to these services. We conclude that, despite the current policies, there is a poor teenagers' adherence to actions of the FHS, emphasizing the need to (re)think adolescent health and health care practices.*

**Keywords:** *Adolescent behavior; Primary health care; Integrality in health.*

.....

## RESUMEN

*Durante la adolescencia, los individuos son vulnerables a situaciones y problemas de salud debido a la exposición a diversos factores de riesgo. Por lo tanto, las acciones de promoción de la salud adoptadas dentro de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) contribuyen a hacer frente a esta situación, sin embargo, la praxis ha puesto de manifiesto una mala conexión entre los adolescentes y la ESF. Así, este estudio tuvo como objetivo identificar factores causales implicados en la adhesión a las acciones de la ESF desde la perspectiva de los adolescentes. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo, realizado con 24 adolescentes de una escuela de educación básica. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista semi-estructurada y organizados a través de la técnica de análisis temático. Se identificó en los resultados que, a pesar de los esfuerzos de las políticas actuales, los adolescentes tienen una percepción de la atención a la salud dirigida al modelo curativo y a la lógica centrada en el hospital, además de un déficit de conocimiento acerca de los servicios de atención primaria. Factores socioculturales, como miedo a la exposición pública, dificultad para reportar situaciones íntimas a un profesional, y no adhesión a ciertas prácticas de cuidado también se mencionan como obstáculos a que se adhieran a estos servicios. Llegamos a la conclusión de que, a pesar de las políticas actuales, hay una baja adhesión de los adolescentes a las acciones de la ESF, poniendo de relieve la necesidad de (re)pensar la salud del adolescente y las prácticas de atención.*

**Palabras clave:** *Conducta del adolescente; Atención primaria de salud; Integralidad en salud.*

.....

## INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde predominante no século passado, denominado *assistencialista* ou *biomédico*, é caracterizado por se centrar na cura das doenças e por baixa influência na promoção da saúde. Na tentativa de reorganizar esse modelo de atenção à saúde, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF), cujas atribuições incluem atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com atendimento no âmbito da comunidade de modo contínuo. Em 1996, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), remetendo à ideia de política permanente e contrapondo-se à designação anterior, que fazia menção a algo passageiro, transitório e dependente de decisões políticas<sup>1,2</sup>.

Regularmente, a ESF é orientada pelos preceitos do

Sistema Único de Saúde (SUS) e deve desenvolver ações em âmbito individual e coletivo, com a população adscrita à área, seja qual for sua faixa etária e/ou suas necessidades de saúde<sup>1,2</sup>.

No entanto, nas representações sociais acerca da ESF se encontra bastante disseminada a ideia de que esses serviços são destinados, quase que exclusivamente, a mulheres, crianças e idosos, e alguns segmentos populacionais apresentam baixa assiduidade, entre os quais se destacam os adolescentes<sup>3</sup>.

A adolescência representa um período de transição entre a infância e a vida adulta, delimitada, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 10 aos 19 anos. Como categoria social, histórica e cultural, a adolescência constrói-se a partir de critérios múltiplos que abrangem a dimensão biopsicológica, cronológica e social<sup>4,5</sup>.

## *Os adolescentes se encontram potencialmente vulneráveis a e envolvidos em problemas de saúde pública discutidos na atualidade.*

Os adolescentes se encontram potencialmente vulneráveis a e envolvidos em problemas de saúde pública discutidos na atualidade, dentre os quais consumo abusivo de álcool, tabagismo, nível insuficiente de atividade física, consumo e/ou tráfico de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência, morte por causas externas, acidentes traumáticos, gravidez precoce<sup>5,6</sup>, *bullying*, doenças sexualmente transmissíveis (DST), marginalidade e hábitos alimentares inadequados<sup>4,7,8</sup>.

Assim, mostra-se necessário considerar que os comportamentos, os hábitos de vida, a saúde e o processo de aprendizagem nesse período repercutem significativamente em muitos aspectos da vida adulta<sup>4</sup>. Ressalta-se, ainda, que grande parte dos agravos aos quais os adolescentes se encontram expostos são passíveis de prevenção se forem trabalhados em interlocução com os serviços de saúde, de modo efetivo, sob a perspectiva de promoção da saúde e prevenção de agravos, o que pode contribuir para a efetivação da atenção integral à saúde do adolescente.

A ESF, por sua inserção privilegiada na comunidade, apresenta suporte para identificar as necessidades de saúde de acordo com as realidades locais, além de contemplar em seus princípios básicos a prioridade às ações de prevenção e promoção da saúde, que deve ser expandida para instituições e espaços públicos de sua área adscrita, configurando um dos principais cenários de reorientação do modelo de atenção à saúde para todos os grupos populacionais, inclusive os adolescentes<sup>2</sup>.

Diante desse contexto, uma das políticas propostas pelo MS e pelo Ministério da Educação (MEC) que visa a estreitar o contato e a relação dos adolescentes com a ESF foi o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto n. 6.286, em 5 de dezembro de 2007, a partir da conformação de redes de corresponsabilidade, como estratégia de fortalecimento de ações de promoção da saúde no âmbito escolar. O PSE propõe a formação de indivíduos conscientes e capazes de adotar práticas de autocuidado, detecção precoce de agravos à saúde, além de apontar a possibilidade de modificação dos indicadores de morbimortalidade pela aproximação entre os estudantes adolescentes e os serviços de saúde<sup>9</sup>.

A interlocução entre a ESF e a promoção da saúde do adolescente pode ser definida como potencialmente eficaz quando ocorre de modo integrado, no entanto, a prática revela que o público em questão se encontra distante desses serviços.

Essa problemática não deve ser entendida como mera negligência dos adolescentes ao não buscar os serviços de saúde, assim como também não deve ser atribuída unicamente a ações deficientes em unidades de atenção primária. Ela decorre de políticas públicas fragmentadas, descontextualizadas e ineficazes<sup>5-10</sup>.

Destaca-se que diversos argumentos buscam justificar a baixa demanda dos adolescentes em termos de atenção primária, no entanto, poucas são as ações implementadas de modo efetivo para modificar essa realidade. Nesse contexto, a baixa adesão aos serviços por parte desse público configura problema de saúde pública, envolto em uma teia de relações e dimensões constitutivas dos adolescentes, que implica considerar os diversos modos de vivenciar a adolescência e (re)pensar práticas de promoção da saúde em busca de uma abordagem integral voltada à modificação do cenário atual<sup>4,11</sup>.

Assim, objetivou-se identificar, sob a óptica dos adolescentes, os fatores causais envolvidos na adesão às ações da ESF. Considera-se relevante analisar os aspectos envolvidos nesse contexto para viabilizar o desenvolvimento de ações/movimentos, com vistas a aproximar essa parcela populacional dos serviços de atenção primária à saúde, possibilitando a adoção de hábitos de vida saudáveis e a prevenção de agravos, além de reduzir os gastos necessários nos serviços de atenção secundária e terciária à saúde, contribuindo para a formação de adultos mais conscientes e empoderados quanto aos cuidados com sua saúde.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com estudantes adolescentes matriculados na rede municipal de ensino de Caririáçu-CE, na Região Metropolitana do Cariri, em dezembro de 2013, que, segundo a Secretaria de Educação (Seduc) contava com 18 instituições de ensino em funcionamento<sup>12</sup>.

A coleta de dados foi realizada em uma escola de Ensino Fundamental selecionada por conveniência, levando em consideração: i) localização na zona urbana do município; ii) condições de acesso; iii) acessibilidade para coleta de dados; e iv) funcionamento nos turnos matutino, vespertino e noturno, para analisar a realidade em contexto abrangente.

Foram realizadas quatro visitas, em dias consecutivos, em cada turno: a primeira para apresentação da proposta da pesquisa à instituição de ensino e envio de convites aos pais

para comparecimento à escola, com vistas a obter autorização para a participação dos adolescentes na pesquisa; a segunda constituiu uma reunião com os pais e/ou responsáveis para proporcionar informações relativas ao estudo e apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); a assinatura do TCLE autorizou a participação voluntária dos adolescentes nas duas visitas posteriores, para a fase de coleta de dados.

O número de estudantes adolescentes foi determinado por meio das matrículas realizadas em 2013 junto à secretaria escolar da instituição de ensino, totalizando 122 alunos regularmente matriculados, que foram convidados a participar no estudo e submetidos aos critérios de inclusão: i) ser adolescente, de acordo com a OMS (idade de 10 a 19 anos); e ii) estar munido de TCLE devidamente assinado pelos pais e/ou responsáveis no momento da coleta de dados. Assim, 24 adolescentes foram selecionados.

O instrumento de coleta de dados adotado foi a entrevista individual semiestruturada. A saturação teórica dos dados foi definida como critério para suspensão da inclusão de novos participantes e ocorreu à medida que os dados obtidos tornaram-se redundantes e/ou repetidos. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. A organização dos dados empíricos foi baseada na semelhança e na divergência do significado das falas. Desse modo, procedeu-se à análise temática dos dados, utilizada para desvelar os núcleos de sentido das entrevistas e para definir as categorias<sup>13</sup>. Os achados são ilustrados por trechos extraídos das entrevistas e a discussão contempla a literatura pertinente.

O estudo cumpriu os preceitos da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina os princípios éticos de pesquisas realizadas com seres humanos<sup>14</sup>. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o Parecer n. 434.805/2013. O anonimato de cada participante foi preservado mediante a identificação por código composto pelo termo “discente” seguido do turno em que estuda e da sequência numérica ordinal: aluno da manhã 1 = DM1; aluno da tarde 1 = DT1; e aluno da noite 1 = DN1.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa totalizou 24 participantes, sendo 19 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com idade de 11 a 16 anos. Todos eram solteiros, sem renda própria e com dedicação exclusiva aos estudos no momento da coleta de dados. Todos conviviam com a família, composta por 5 pessoas, em média, e a maioria tinha renda familiar mensal de 1 salário-mínimo (R\$ 678,00 na data de realização da pesquisa).

Foram identificadas duas categorias temáticas centrais nas falas dos entrevistados. Na primeira foram alocados

## *a saúde do adolescente precisa ser repensada no campo prático e teórico, reconhecendo-a enquanto foco de saber e de exercício profissional.*

discursos representativos do processo saúde-doença e da ESF e na segunda foi observada a influência do contexto sociocultural e econômico na baixa adesão dos adolescentes aos serviços de atenção primária à saúde.

### **Percepção dos estudantes adolescentes a respeito do processo saúde-doença**

A percepção dos participantes da pesquisa a respeito do processo saúde-doença é ilustrado por suas falas, com destaque para a prevenção de agravos, a importância das relações interpessoais estabelecidas, o contexto psicossocial e os hábitos saudáveis, além da associação ao envelhecimento e à letalidade das doenças.

*Saúde, para mim, é uma boa alimentação, boa vida, é viver e também se cuidar. Olha, não faço nada para me cuidar, pois ainda sou muito nova. (DM1)*

*Saúde é o bem-estar físico, emocional, mas também o trabalho, relacionamento na família, despreocupações. Doença é quanto você sente alguma dor, febre, essas coisas. E também essas doenças mais sérias, como câncer. (DT7)*

Nessas falas, o processo saúde-doença é retratado pelos estilos e comportamentos adotados. Tal percepção sinaliza algo além do modelo biomédico e revela que os adolescentes relacionam o tema a um constructo científico; entretanto, na abordagem prática, a maioria dos participantes ainda se orienta pelo modelo curativista ao referir buscar os serviços de saúde apenas em caso de doença e/ou agravo com alteração da funcionalidade biológica. Nesse enfoque, observa-se como a saúde do adolescente precisa ser repensada no campo prático e teórico, reconhecendo-a enquanto foco de saber e de exercício profissional<sup>4</sup>.

Além disso, observa-se forte associação da doença a idades mais avançadas. Assim, os adolescentes acreditam

que só haverá necessidade de adotar práticas destinadas a prevenir agravos à saúde quando forem idosos.

*Bom, não sei explicar, mas não vou ter saúde quando eu estiver numa idade mais avançada, quando eu não puder mais trabalhar, andar, então, vou precisar cuidar de mim. (DN1)*

Esse achado é fator confirmatório dos citados anteriormente, revelando que a busca pela assistência à saúde ainda é movida pela doença – nesse caso, ligada a idades mais avançadas – e pelos fatores associados a ela. Dessa forma, o modelo biomédico tem configurado um obstáculo à consolidação do cuidado integral proposto pela atenção primária e à promoção da saúde<sup>4</sup>.

Quando indagados a respeito do conceito/função da ESF, os adolescentes apresentaram respostas que ilustram uma visão reducionista dos serviços, uma vez que julgavam ser destinados apenas ao tratamento de doenças.

*Serve somente para atender os doentes, dar remédio e medir a pressão dos idosos e realizar consultas. (DM1)*

*Posto de saúde é uma casa que cuida dos doentes. (DM2)*

Em suma, os adolescentes não reconhecem a ESF como um campo de atividades diferentes das consultas voltadas a pessoas doentes, solicitação de exames e entrega de medicamentos<sup>15</sup>. Nesses relatos, também foi possível verificar que em nenhum momento os adolescentes se envolveram no processo de cuidados que norteiam os serviços nesse nível de atenção; idosos e pessoas doentes são os públicos mais comumente associados.

A respeito desse contexto, observa-se na realidade contemporânea que a maioria das ESF constituem locais para atender uma demanda específica, formada por gestantes, crianças e idosos, como resultado de sua deliberada prioridade a essa clientela<sup>3</sup>.

Tal realidade pode ser apontada como fator para que os adolescentes não consigam se incluir nas atividades

***há deficiências  
nos serviços,  
decisivas na  
baixa procura  
dos adolescentes  
pela ESF.***

propostas, permanecendo à margem da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, o que representa influência direta nos indicadores de saúde desse público<sup>1</sup>.

Os adolescentes também afirmam que a deficiência de atividades voltadas à sua faixa etária e a dificuldade de ser atendidos na ESF são fatores que dificultam sua presença nos serviços.

*Não procuro, sei lá, também é muito cheio de idosos e crianças, já vi palestras para os idosos que vovô até foi, essa coisa de pressão alta, mas para mim não. (DT10)*

*Não procuro porque é muito difícil, se eu for tentar tenho que sair de casa muito cedo e nem sei se consigo, então, prefiro ir no hospital quando sinto alguma coisa para passar um remédio para resolver logo. (DN4)*

Os achados deste estudo corroboram outras pesquisas ao indicar que há deficiências nos serviços, decisivas na baixa procura dos adolescentes pela ESF: a ausência de atividades destinadas ao público, a falta de preparo dos profissionais para lidar diretamente com os adolescentes e para atender suas demandas de saúde, a ausência de atividades de educação em saúde, a deficiência na comunicação e formação de vínculo, a dificuldade para ser atendido no serviço (filas) e a falta de recursos econômicos e infraestrutura<sup>15</sup>.

Além disso, a lógica hospitalocêntrica – enfatizada em “*prefiro ir no hospital quando sinto alguma coisa*” (DN4) – revela uma população adolescente condicionada a buscar assistência somente quando surgem agravos, com adoção de práticas imediatistas/curativistas. Pode-se afirmar que esse tem sido o grande embate da atenção primária e sua estratégia prioritária<sup>15</sup>.

Quando questionados acerca da qualidade da assistência no serviço de saúde, os participantes manifestaram uma série de insatisfações.

*Bom, o atendimento é bom, mas, os profissionais deveriam ter mais compromisso e respeito com as pessoas. (DT8)*

*Não gosto do atendimento, muita coisa deve mudar. Muitas vezes, não me sinto à vontade para falar nas consultas, não me dão abertura, só vou mesmo porque preciso. (DN3)*

A maioria dos entrevistados classifica o atendimento como

ruim, sendo apresentadas algumas reclamações sobre isso. Ressalta-se a deficiência da humanização, da comunicação, do compromisso e do respeito da equipe profissional, achados corroborados por outros estudos<sup>4,15</sup>.

O acesso dos adolescentes à atenção primária precisa ser facilitado, considerando a necessidade de ações específicas voltadas a esse grupo, assim como estabelecimento de vínculo com a equipe, atendimento humanizado e medidas de acolhimento<sup>4,16</sup>.

Os profissionais precisam ser estimulados a implementar estratégias para atender às reais necessidades desse público, para isso, mostra-se necessária a adequação do serviço para atender às demandas e especificidades, bem como a apropriação da linguagem profissional às características locais e regionais, para aumentar a compreensão dos vários segmentos da população<sup>4,15</sup>.

Solicitados a sugerir melhorias para as ações da ESF, os adolescentes mencionaram a necessidade de qualificação profissional, maior disponibilidade de insumos e compromisso da equipe e atividades destinadas à sua faixa etária.

*Deveria ter mais profissionais capacitados, diminuir a espera e o atraso pelos serviços e serem desenvolvidas atividades mais interessantes para os adolescentes. (DM8)*

*Maior disponibilidade de remédio, atendimento em casa para as pessoas que precisam, distribuição de preservativos (porque falta muito) e palestras na comunidade sobre assuntos importantes. (DT7)*

As sugestões de melhorias estão voltadas, em grande parte, à qualificação do atendimento, o que reflete insatisfação com os serviços oferecidos. Logo, revela-se que, para engajar o adolescente na atenção primária, é necessário (re)pensar o processo de trabalho, as estratégias de acolhimento e as ações assistenciais disponíveis<sup>4</sup>.

Quanto às ações educativas que despertem o interesse dos adolescentes, estas são consideradas importantes para sanar dúvidas que os pais costumam ter vergonha de responder ou os próprios adolescentes têm vergonha de perguntar<sup>15</sup>.

A educação em saúde configura uma ferramenta de prevenção de agravos e promoção da saúde, estimulando a atitude de pensar e repensar seus hábitos e seu estilo de vida, levando-os a mudar sua realidade e diminuir suas vulnerabilidades<sup>17</sup>. Assim, os serviços requerem profissionais com sólida base de conhecimentos, aliada a habilidades específicas e que, além do pensamento crítico, tenham consciência da necessidade de mudança para transformar suas práticas<sup>11,16</sup>.

Desse modo, a assistência deve ser ofertada por uma

## *o adolescente revela não encontrar abertura para verbalizar determinados contextos particulares.*

equipe multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, cujas ações conjuntas qualifiquem a atenção à saúde e estimulem a consciência cidadã<sup>6</sup>, considerando a forma como os adolescentes vislumbram a atenção dispensada pelos profissionais e a forma de organização dos serviços de saúde<sup>15,17</sup>.

A respeito dessa discussão, evidenciou-se o quanto é necessário rever as atividades educativas e as metodologias de ensino a ser adotadas com adolescentes e a frequência com que devem ser colocadas em prática. Além disso, é imprescindível a participação dos educadores e familiares no processo, já que os adolescentes ainda têm buscado informações com amigos, que nem sempre configuram fontes seguras. Tanto a área da saúde como a da educação devem responsabilizar-se pela integralidade dos cuidados com os adolescentes<sup>7,15</sup>.

### **Influência do contexto sociocultural e econômico na demanda da Estratégia Saúde da Família**

Tematizar o contexto sociocultural envolve considerar a subjetividade, o individualismo e a socialidade dos povos em diferentes momentos da história. Para tanto, vale ponderar que cada momento histórico determina o comportamento das sociedades<sup>16</sup>.

Desse modo, no complexo da contemporaneidade vivenciada, diferentes são as implicações no processo saúde-doença. A adolescência, em sua singularidade característica, também é influenciada por tal constructo<sup>17</sup>.

Na fala em tela, o adolescente revela não encontrar abertura para verbalizar determinados contextos particulares, com ênfase à sexualidade, e isso dificulta o acesso à ESF.

*Não me sinto totalmente à vontade, tenho dificuldade de falar sobre certas coisas, por exemplo, não conversaria com os profissionais sobre sexo. (DM9)*

Considera-se que a educação sexual voltada ao

adolescente é a prioridade de muitos programas e políticas de saúde adotados no Brasil. A título de exemplo, menciona-se o PSE<sup>11</sup>, que, entretanto, apresenta fatores diversos que podem constituir barreiras à efetividade de suas ações.

Seria válido, então, considerar que um contexto construtivista cultural e social pode fomentar esse empecilho, tendo em vista que, apesar das diversas medidas propostas – oficinas, panfletos, cartilhas, ações educativas, dentre tantas outras – ainda não foi possível vencer os tabus envolvidos na discussão da temática sexo/sexualidade.

Como resultado dessa situação, verifica-se o déficit de conhecimento sobre métodos contraceptivos, DST, práticas sexuais, comportamentos de risco à saúde; fatos estes que tornam os adolescentes mais vulneráveis<sup>17</sup>. Assim, deve-se considerar a necessidade de capacitar os profissionais para abordar as temáticas e proporcionar práticas contínuas de saúde sexual e reprodutiva na atenção ao adolescente<sup>18</sup>.

Em outro relato, o estudante revela preocupação de ver o conteúdo da conversa com o profissional da ESF exposto a outras pessoas:

*Alguns assuntos não conseguimos conversar com os profissionais do posto, tenho medo de falar, de que os outros fiquem sabendo o que conversamos. Quando tenho dúvida, tiro na escola, ou quando tem alguma palestra na escola, dá pra entender um pouco. (DT5)*

Entre as diretrizes de funcionamento da ESF encontra-se estabelecida a necessidade da formação de relações de vínculo e do compromisso entre o profissional e seu paciente<sup>1</sup>. Os códigos de ética dos profissionais também enfatizam o sigilo das informações confidenciais. Então, a preocupação “tenho medo de falar, de que os outros fiquem sabendo” (DT5) decorre de uma construção histórica de descumprimento de preceitos legais da atuação profissional? Ou será resultado da deficiente informação da população acerca de tais aspectos?

Em ambas as situações, chama-se atenção para a necessidade de ressignificação das práticas assistenciais e da atuação benevolente<sup>13</sup>; o paciente precisa ser informado e tornar-se agente de seu processo de cuidado<sup>18</sup>.

Os resultados dos aspectos apresentados são expostos na fala “quando tenho dúvida, tiro na escola” (DT5): nesse contexto, questiona-se quem faz o papel de *informante* ou *orientador* na escola. A literatura aponta que, geralmente, essa referência é o amigo mais próximo, que pode ou não apresentar uma informação correta e segura<sup>19</sup>.

Dessa forma, desvela-se a comunicação eficiente entre profissional/adolescente como um instrumento para o enfrentamento dessa problemática. O profissional da saúde da ESF exercerá papel fundamental, favorecendo o cuidado

## *chama-se atenção para a necessidade de ressignificação das práticas assistenciais e da atuação benevolente.*

autêntico e possibilitando o estabelecimento de um espaço de aprendizagem mútua e alicerçada em uma relação de confiança e respeito. Assim, o profissional poderá auxiliar o adolescente a compreender seus problemas, enfrentá-los, encontrar alternativas para solucioná-los e desenvolver novos padrões de comportamento e autocuidado<sup>19</sup>.

A influência da construção social e cultural também é apontada quando uma adolescente revela o receio de submeter-se a determinadas práticas de assistência à saúde e prevenção de agravos, como, por exemplo, o exame citopatológico de colo uterino:

*[...] e também, acho que nunca vou fazer certos exames, tipo prevenção, bom, lá em casa ninguém faz. (DM9)*

Diversos fatores influenciam a baixa adesão da população a procedimentos de saúde que expõem a intimidade. Na população masculina, por exemplo, a maior resistência é observada no caso do exame clínico da próstata; na população feminina, trata-se do exame citopatológico de colo uterino. Atrelado ao receio e ao tabu de expor-se fisicamente diante de um profissional desconhecido há, ainda, um constructo social que indica a inexpressiva importância de tais procedimentos<sup>19</sup>.

Nesse contexto, os adolescentes, imbuídos em seu construtivismo histórico, tenderão a apresentar a mesma resistência dos pais e familiares às técnicas abordadas.

Tal achado possibilita afirmar que as dificuldades na assistência vão além da escassez de recursos econômicos, da infraestrutura deficiente das unidades, da escassez de programas de capacitação profissional e de atividades destinadas ao público, também envolvendo outras esferas da sociedade, como, por exemplo, educação e cultura<sup>13,18</sup>.

Assim, a cultura pode implicar, em determinados momentos, barreiras à prevenção e ao autocuidado, à medida que nem todos os jovens e adolescentes têm acesso à informação e aos serviços de saúde, por estar inseridos em contextos socioculturais que apresentam sólidos construtos que pautam suas ações e seus comportamentos<sup>19-21</sup>.

Além disso, as dificuldades econômicas para acessar os

serviços foram mencionadas por uma pequena parcela dos entrevistados – 4 participantes – e estavam vinculadas ao acesso.

*Só é um pouco distante, temos que pegar transporte até lá, mas nem sempre temos condições pra pagar.*  
(DT2)

Uma das principais características da ESF é sua inserção prioritária no ambiente da população adscrita à área, visando a, entre outros aspectos, facilitar o acesso da comunidade aos serviços de saúde<sup>1</sup>. Assim, os resultados expressam o quanto essa estratégia ainda necessita avançar e expandir-se para atender à totalidade de seus pressupostos, em especial diante do público adolescente<sup>22,23</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos compreender, sob a óptica dos adolescentes, quais seriam os aspectos causais envolvidos na adesão às ações da ESF e, mediante os resultados apresentados, verifica-se baixa adesão a essa política resultante de inúmeros fatores.

Em suma, a não adesão dos adolescentes às ações da atenção primária, principalmente na ESF, é desencadeada pela não estruturação dos serviços, pela não preparação profissional e, ainda, pela percepção do adolescente quanto à relação saúde x doença, visto que sua busca pelos serviços é orientada pelo modelo biomédico/hospitalocêntrico, centralizador do processo de cura das doenças e potencializador da deficiência nas práticas de promoção da saúde dos adolescentes.

Além disso, o processo de trabalho da ESF, em grande parte voltado a públicos e programas específicos, determina o conhecimento reducionista de suas ações. Logo, há necessidade de ampliação da informação, desenvolvimento de ações institucionais promotoras de acolhimento, formadoras de vínculo, bem como de qualificação profissional para lidar diretamente com suas especificidades e demandas, para, desse modo, suprir a deficiência de atividades educativas e assistenciais voltadas a essa faixa etária.

Existe, também, expressiva influência do contexto sociocultural, que muitas vezes funciona como barreira para o acesso às informações e aos serviços de saúde. Nesse sentido, pensar a saúde do adolescente implica remodelar todas as dimensões que envolvem essa problemática. A (re) estruturação e a organização dos serviços devem ser embasadas em fatores socioculturais que orientam a comunidade e, com frequência, determinam os comportamentos/as ações/os hábitos adotados por grupos populacionais.

Apesar dos achados serem importantes e do rigor

*pensar a saúde  
do adolescente  
implica remodelar  
todas as dimensões  
que envolvem essa  
problemática.*

científico aplicado no desenvolvimento da pesquisa, a localregionalização dos dados obtidos apresenta-se como uma limitação, o que sugere a necessidade de estudos similares que possam corroborar ou refutar nossos resultados. Além disso, de modo complementar, propõe-se a realização de pesquisas que identifiquem estratégias a ser utilizadas pelos profissionais da saúde para atender às demandas dos adolescentes, com vistas a promover construção de saberes acerca dos aspectos prioritários da atenção primária.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Maria Juscinaide Henrique Alves e Grayce Alencar Albuquerque** participaram da concepção e do desenho da pesquisa; da obtenção, análise e interpretação de dados; e da redação, revisão crítica e redação final do manuscrito. **Adailene Souza Silva, Jameson Moreira Belém, Jeane Fonsêca Cavalcante Nunes, Mônica Fonseca Leite e Emanuely Vieira Pereira** participaram da análise e interpretação de dados; e da redação e revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Oct 10]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. Brasil. Portaria n. 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [document on the internet]. 2011 [cited 2016 Oct 10]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
3. Miyasaka LS, Silva MAT, Queiroz ES, Andreoli SB. Qualidade de vida de adolescentes do bairro de Jordanópolis em São Paulo. Diagn Tratamento [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Oct 10];17(4):162-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3326.pdf>

4. Duarte SJH, Urel DR, Zorman IBS, Alexandre MG, Ravagnani CFC. A prática do autocuidado à saúde na perspectiva dos adolescentes. Rev Enferm UFPE On Line [serial on the internet]. 2014 [cited 2016 Oct 10];8(5):1290-5. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../6643>
5. Levy RB, Castro IRR, Cardoso LO, Tavares LF, Sardinha LMV, Gomes FS, et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 Sep 28];15(Suppl 2):3085-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a13v15s2.pdf>
6. Farias Júnior JC, Barro MVG, Loch MR, Oliveira ESA, Nahas MV, Lopes AS, et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2016 Oct 10];25(4):344-52. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n4/09.pdf>
7. Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto MS, Giatti L, Castro IRR, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Oct 10];15(Suppl 2):3009-19. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n4/09.pdf>
8. Toral N, Conti MA, Slater B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2009 [cited 2015 Sep 28];25(11):2386-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/09.pdf>
9. Brasil. Programa Saúde na Escola. Passo a passo para adesão [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2014 [cited 2016 Oct 10]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passos\\_passo\\_adexaoPSE2014.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passos_passo_adexaoPSE2014.pdf)
10. Nogueira MJ, Modena CM, Schall VT. Políticas públicas voltadas para adolescentes nas unidades básicas de saúde no município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Rev APS [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Oct 10];13(3):338-45. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/477/345>
11. Radaelli PRRV, Zavareza LG. Educação permanente em saúde sob a ótica gerencial: enfoque na saúde integral do adolescente. Espaço Saúde [serial on the internet]. 2010 [cited 2016 Oct 10];12(1):7-15. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9231/pdf>
12. Ceará (Estado). Perfil Básico Municipal 2014: Caririçu [document on the internet]. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará; 2014 [cited 2016 Oct 10]. Available from: [http://www.ipece.ce.gov.br/perfil\\_basico\\_municipal/2014/Caririçu.pdf](http://www.ipece.ce.gov.br/perfil_basico_municipal/2014/Caririçu.pdf)
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Oct 10]. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html)
15. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Assistência a saúde e demanda dos serviços na Estratégia de Saúde da Família: a visão dos adolescentes. Cogitare Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Oct 10];16(4):714-20. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25443>
16. Jardim DP. Educação em saúde na adolescência: uma experiência acadêmica na Estratégia Saúde da Família. Adolesc Saúde [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Oct 10];9(4):63-7. Available from: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=347](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=347)
17. Rodrigues RD. Estratégia Saúde da Família: bode expiatório? Rev Bras Med Fam Comunidade [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Oct 10];6(18):25-6. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/245>
18. Rodrigues RD, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. Rev Bras Med Fam Comunidade [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Oct 10];6(18):21-4. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/247/196>
19. Oliveira KNS, Oliveira KNS, Bezerra MAR, Rocha RC, Santos LR, Saraiva PVS. Educação sexual na adolescência e juventude: abordando as implicações da sexualidade no contexto escolar. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Oct 10];12(2):7-13. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/376/268>
20. Ximenes Neto FRG, Santos MPS, Sampaio JJC, Oliveira EM, Cunha ICK, Leite JL. Análise da produção do cuidado desenvolvido pelo enfermeiro na atenção à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2013 [cited 2016 Oct 10];12(1):20-6. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/324/259>
21. Rocha A, Silva M, Moreira A, Ferreira N, Martins C. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do estado do Ceará. Adolesc Saúde [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Oct 10];9(2):7-13. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6700>
22. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoune RCG. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. Esc Anna Nery Rev Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2016 Oct 10];16(3):466-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/06.pdf>

23. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 Sep 28];15(Suppl 1):1533-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>

Recebido em 07/04/2016 Aprovado em 27/09/2016