

## Fonte usual de cuidado e o acesso de adolescentes brasileiros a serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)

Usual source of care and Brazilian adolescent access to Primary Health Care (PHC) services

Maísa Mônica Flores Martins (<https://orcid.org/0000-0001-8329-614X>)<sup>1</sup>

Níli Maria de Brito Lima Prado (<https://orcid.org/0000-0001-8243-5662>)<sup>2</sup>

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (<https://orcid.org/0000-0002-5566-8337>)<sup>3</sup>

Rosana Aquino (<https://orcid.org/0000-0003-3906-5170>)<sup>3</sup>

**Abstract** We analyzed the association between the recognition of a usual source of care (USC) of Primary Health Care (PHC) and access to services among Brazilian adolescents. This is a cross-sectional study using data from the National Adolescent School-based Health Survey with 68,968 Brazilian adolescents and cluster sampling. Descriptive analyses were carried out with Pearson's  $\chi^2$  and prevalence ratios (PR) using logistic regression models between access and recognition of USC. It was observed that 74.6% reported access, and this was higher among females (79.3%). In the multivariate analysis, there was a positive association (PR: 1.25; 95%CI: 1.24-1.26); and, when stratified by sex, positive associations for both sexes, (PR: 1.30; 95%CI: 1.28-1.31) male and (PR: 1.21; 95%CI: 1.20-1.23) female. The majority of Brazilian adolescents demonstrated PHC as a USC and were able to access services, but lack of access was more frequent among the most economically vulnerable and those with risk behaviors, indicating potentially avoidable inequities with more equitable and longitudinal PHC services.

**Key words** Health services accessibility, Usual Source of Care, Adolescent, Primary Health Care

**Resumo** Objetivou-se analisar a associação entre o reconhecimento de uma fonte usual do cuidado de Atenção Primária à Saúde (APS) e o acesso aos serviços de APS, entre adolescentes brasileiros. Estudo transversal, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada com 68.968 adolescentes brasileiros, através de amostragem por conglomerados. Foram realizadas análises descritivas através do  $\chi^2$  de Pearson e a razão de prevalência (RP) através dos modelos de regressão logística entre acesso aos serviços de APS e o reconhecimento da FUC APS. Dos adolescentes que procuraram os serviços de APS, 74,6% referiram acesso, sendo a maior do sexo feminino (79,3%). Na análise multivariada, observa-se associação positiva (RP: 1,25; IC95%: 1,24-1,26), e na estratificado por sexo, observou-se associações positivas para ambos os sexos, (RP: 1,30; IC95%: 1,28-1,31) masculino e (RP: 1,21; IC95%: 1,20-1,23) feminino. Verifica-se que a maioria dos adolescentes brasileiros que têm a APS como sua FUC conseguiram acessar os serviços de APS, apesar de que, a falta de acesso foram mais frequentes entre os mais vulneráveis economicamente e devido a comportamentos de risco, indicando iniquidades potencialmente evitáveis por meio de uma APS mais efetiva e longitudinal.

**Palavras-chave** Acesso aos serviços de saúde, Fonte Usual de Cuidados, Adolescente, Atenção Primária à Saúde

<sup>1</sup> Universidade do Estado da Bahia. R. Silveira Martins 2555, Cabula. 41150-000 Salvador BA Brasil. maisamonica@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador BA Brasil.

<sup>3</sup> Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. Salvador BA Brasil.

## Introdução

O acesso aos serviços de saúde pode ser expresso pelas características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de sua utilização por potenciais usuários<sup>1,2</sup>. É um conceito complexo e multidimensional<sup>3</sup>, e está intimamente relacionado a quatro elementos que envolvem o serviço e o indivíduo, como a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade<sup>4</sup>.

O acesso aos serviços de saúde é um indicador que tem uma forte relação com o reconhecimento de uma Fonte Usual de Cuidado (FUC)<sup>5,6</sup>. Tem-se demonstrado, desde longa data, que os indivíduos que dispõem de uma FUC diminuem os custos das internações hospitalares, facilita o acesso oportuno a atenção médica, proporciona o acesso às ações de prevenção e promoção da saúde, além de favorecer cuidados mais equitativos para indivíduos e populações<sup>7-9</sup>.

No que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), fatores geográficos, socio-organizacionais, culturais e financeiros interferem nas inúmeras possibilidades de o indivíduo adentrar a esses serviços<sup>5,10</sup>. Dentre os atributos da APS, é importante destacar a longitudinalidade do cuidado, que se traduz no reconhecimento pelo usuário e utilização dos serviços de APS como uma fonte usual de cuidados ao longo do tempo<sup>11</sup>.

Com relação ao acesso dos adolescentes aos serviços de APS, a literatura destaca que a busca se dá de forma espontânea ou por meio de encaminhamentos da rede de atenção à saúde, assistência social ou pelas escolas, e têm como demanda principal a busca por ações pontuais comuns aos demais usuários da APS, a exemplo de uma consulta clínica de rotina<sup>12</sup>. As necessidades mais frequentes apresentadas pelos adolescentes referem-se, majoritariamente, aos cuidados ginecológicos, situações de vulnerabilidade, como gravidez na adolescência, consumo de álcool e outras drogas. Por vezes, verifica-se que a busca pelos serviços de APS ocorre pela presença de problemas específicos, parecendo haver uma baixa adesão dos adolescentes às ações promoção e prevenção<sup>12,13</sup>.

Os adolescentes enfrentam dificuldades na atenção à saúde, e estão muitas vezes relacionadas à escassez de recursos e à insuficiente formação profissional capaz de atender demandas específicas desta população<sup>14-16</sup>. Importa, também, o estabelecimento de uma relação de vínculo e confiança para que o adolescente possa se expressar sem ser julgado, além de possibilitar que o profissional conheça as particularidades e de-

mandas de cada sujeito, melhorando a assistência e adesão aos cuidados de saúde<sup>15,17</sup>.

Alguns estudos destacam diferenças de acesso aos serviços de saúde segundo o sexo, sendo maior para as mulheres em função do maior cuidado em relação à sua saúde, e eventos relacionados às questões sexuais e da maternidade<sup>18</sup>. Além disso, as mulheres têm uma maior frequência de auto-avaliação do estado de saúde menos positiva<sup>19,20</sup>.

Apesar da relevância, o reconhecimento de um serviço como FUC por adolescentes ainda é pouco investigado no Brasil. Estudo que aborda esta temática torna-se oportuno para orientar as ações de saúde que atendam às necessidades deste grupo etário, além de compreender os fatores que possam favorecer uma atenção continuada e um melhor acesso aos serviços de APS frente às demandas dos adolescentes, bem como os fatores determinantes e os benefícios do reconhecimento de uma FUC por este grupo populacional.

Desse modo, torna-se importante conhecer a relação dos adolescentes com os serviços de saúde no intuito de identificar os fatores individuais e contextuais que estão relacionados ao reconhecimento da APS como sua FUC e que favorecem o acesso a estes serviços, de modo a contribuir para a elaboração de políticas públicas de saúde e à adoção de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre o reconhecimento de uma FUC de APS e o acesso aos serviços de APS, entre adolescentes brasileiros.

## Metodologia

Estudo transversal utilizando dados da PeNSE de 2015, um inquérito realizado com escolares do 9º ano (antiga 8ª série) do Ensino Fundamental, devidamente matriculados no ano letivo de 2015, de escolas públicas e privadas situadas em todo o território nacional<sup>21</sup>.

A PeNSE é um inquérito periódico, sendo essa a terceira edição da pesquisa (as anteriores aconteceram em 2009 e 2012), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e da Educação, com dados disponíveis no site do IBGE e de domínio público<sup>21</sup>.

A amostragem deste inquérito foi dimensionada com a perspectiva de estimar os parâmetros para cada uma das 26 capitais e o Distrito Federal, sendo o conjunto destas capitais os estratos, formados pelas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), além

dos demais municípios de cada região. Para representar o interior do Brasil, alguns municípios, fora as capitais, foram agrupados em um estrato, para cada um dos estados, totalizando 26 estratos. Para municípios, capitais e Distrito Federal as escolas representaram as unidades primárias de amostragem, e as turmas, as unidades secundárias de amostragem, sendo os alunos a amostra em cada estrato<sup>22</sup>.

Na amostra 1 final deste inquérito escolar participaram um total de 102.072 estudantes brasileiros. Todos os alunos das turmas amostradas foram convidados a responder ao questionário da pesquisa. Para o presente estudo considerou-se os adolescentes que referiram ter procurado os serviços de APS nos últimos 12 meses, sendo excluídos 33.104 adolescentes, resultando em uma amostra de 68.968 adolescentes, em 3.040 escolas e 203 estratos de alocação. A coleta dos dados foi realizada no período entre abril e setembro de 2015, por meio de *smartphones*, nos quais foi inserido o questionário autoaplicável. Mais detalhes sobre o processo de amostragem e sobre os temas investigados podem ser obtidos na publicação da PeNSE 2015<sup>22</sup>.

No presente estudo, as seguintes variáveis foram utilizadas para compreender a associação entre o reconhecimento de uma FUC APS e o acesso aos serviços de APS por adolescentes brasileiros. Considerou-se como variável dependente do presente trabalho uma *proxy* de acesso aos serviços de APS, operacionalizada a partir da seguinte questão da PeNSE: “Você foi atendido na última vez que procurou alguma Unidade Básica de Saúde (Centro ou Posto de saúde ou Unidade de Saúde da Família/PSF), nestes últimos 12 meses?” (Não, Sim).

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

As seguintes variáveis foram incluídas nas análises como possíveis confundidores:

- *Aspectos sociodemográficos e econômicos*: faixa etária ( $\leq 14$  anos, 15 a 19 anos); Raça/cor (preto, pardo, amarelo e indígena, branco); trabalho remunerado (não, sim); defasagem escolar

(não, sim); escolaridade materna (até o ensino médio incompleto, ensino médio completo ao superior completo); dependência administrativa da escola (privada, pública).

- *Hábitos comportamentais e condições de saúde*: uso de substâncias psicoativas – definido como o uso de tabaco, drogas ilícitas ou bebida alcoólica nos últimos 30 dias (não, sim - ter fumado cigarros pelo menos um dia nos últimos 30 dias, ter usado drogas ilícitas pelo menos um dia nos últimos 30 dias, ter consumido pelo menos um copo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias); relação sexual (não, sim); última relação sexual desprotegida (não, sim); envolvimento em situação de violência – o qual considerou a exposição a violência física ou sexual no últimos 12 meses (não, sim); autopercepção de saúde (regular/ruim/muito ruim, bom/muito bom); satisfação com imagem corporal (indiferente/insatisfeito/muito insatisfeito, satisfeito/muito satisfeito).

Para análise do motivo da procura pelos serviços da APS, considerou-se a pergunta “qual foi o principal motivo da sua procura na UBS/ESF nesta última vez” e as categorias de análise: ações de prevenção de doenças e promoção da saúde: (apoio para controle de peso (ganhar ou perder), vacinação, consulta para métodos contraceptivos (preservativos, pílula, DIU etc), apoio para parar de fumar, pré-natal/teste para gravidez, teste para HIV, sífilis ou hepatite B) e ações curativas: (acidente ou lesão, reabilitação ou terapia, doença, problema odontológico, buscar contracepção de emergência (pílula do dia seguinte)).

Inicialmente, foi realizada a descrição da amostra segundo características demográficas, socioeconômicas, hábitos comportamentais e condições de saúde segundo a variável dependente. Além disso, foi realizada uma análise descritiva entre FUC e as variáveis independentes, por questões teóricas estratificou-se por sexo, bem como uma análise entre os motivos da procura dos serviços de APS e as covariáveis. Essas análises bivariadas foram calculadas através do teste  $\chi^2$  de Pearson, com correção de Rao-Scott de segunda ordem para o desenho amostral<sup>23,24</sup>, considerando a estrutura de conglomerados dos dados. A análise foi realizada com base no comando *svy*. Para todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância.

A magnitude da associação entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento da FUC APS foi estimada através da razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), por meio de um modelo de regressão logística. Foram realizadas análises, bruta e mul-

tivariadas, além de uma análise multivariada, estratificada por sexo.

Para definição da modelagem multivariada, inicialmente foi realizado teste diagnóstico, como análise de colinearidade, e avaliação dos modelos a partir dos critérios de Informações bayesiana de Akaike e Schwarz. Diante dos resultados encontrados, no qual não houve diferenças significativas nas medidas pontuais e de intervalos de confiança, optou-se por considerar como variáveis de ajustes, apenas aquelas que apresentaram diferenças estatisticamente significantes a um nível de 5% de significância na análise descritiva. O cálculo das RP foi estimado através do modelo de regressão logística, por meio do uso do pacote *adjrr*. Todas as análises foram realizadas usando Stata versão 14, com as devidas adequações e correções para um estudo de amostragem complexa, levando em consideração o efeito dos conglomerados (escolas), sendo utilizado o fator de ponderação amostral, em função das especificidades do processo de amostragem.

Este estudo por utilizar dados de domínio público, não foi necessária submissão um comitê de ética. A PeNSE 2015 foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer CONEP nº 1.006.467, de 30 de março de 2015.

## Resultados

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

Na análise de prevalência do acesso aos serviços de APS, segundo sexo, observou-se diferenças estatisticamente significantes para ambos

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

Variáveis	Acesso aos serviços de APS		
	N	Sim (%)	Valor de p
Total	68.968	74,6	
Sexo			0,00
Masculino	33.235	71,6	
Feminino	35.733	79,3	
Faixa etária			0,00
11 a 14 anos	45.421	78,2	
15 a 19 anos	23.547	69,9	
Raça/cor			0,00
Preto/Pardo/Amarelo e Indígena	47.338	74,7	
Branco	21.572	77,2	
Trabalho remunerado			0,00
Não	59.961	76,0	
Sim	8.966	72,8	
Defasagem escolar			0,00
Não	59.793	76,6	
Sim	9.162	68,0	
Escolaridade da mãe			0,00
Até ensino médio incompleto	26.433	75,6	
Do ensino médio ao superior completo	25.677	78,6	
Dependência administrativa da escola			0,38
Privada	11.266	76,3	
Pública	57.702	75,5	
Relação sexual			0,00
Não	48.639	76,9	
Sim	20.204	72,2	
Última relação sexual desprotegida			0,00
Não	62.400	76,2	
Sim	5.861	69,8	
Uso de substâncias psicoativas			0,59
Não	52.118	75,7	
Sim	16.759	75,3	
Envolvimento com situação de violência			0,81
Não	54.726	75,6	
Sim	13.993	75,5	
Autopercepção de saúde			0,00
Regular a muito ruim	19.453	74,1	
Bom/Muito bom	49.436	76,1	
Satisfação da imagem corporal			0,63
Indiferente a Muito insatisfeito	11.464	75,8	
Satisfeito	50.415	75,4	

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

os sexos, para as seguintes variáveis: faixa etária, raça/cor, defasagem escolar, escolaridade materna, e autopercepção de saúde. Dentre as demais variáveis, apenas trabalho remunerado e uso de substâncias psicoativas apresentaram diferenças estatisticamente significantes para os adolescentes do sexo masculino (Tabela 2).

Do total de adolescentes que referiram ter procurado um serviço de APS nos últimos 12 meses da pesquisa, apenas 78,1% apresentam da-

dos sobre o motivo da procura, dos quais 51,8% foram por ações de prevenção e promoção da saúde e 48,2% por ações curativas. Em relação as características demográficas e econômicas, verificou-se que as maiores frequências de procura aos serviços para as ações de prevenção e promoção da saúde foram entre indivíduos do sexo feminino (54,9%), faixa etária de 15 a 19 anos (56,5%), raça/cor, preto/pardo/amarelo e indígena (54,2%), trabalho remunerado (51,3%), defa-

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

Variáveis	Acesso aos serviços de APS			
	Masculino		Feminino	
	Sim (%)	Valor de p	Sim (%)	Valor de p
Faixa etária		0,00		0,00
11 a 14 anos	74,5		81,3	
15 a 19 anos	66,5		74,2	
Raça/cor		0,00		0,01
Preto/Pardo/Amarelo e Indígena	70,4		78,6	
Branco	73,7		80,8	
Trabalho remunerado		0,01		0,93
Não	72,1		79,3	
Sim	69,3		79,5	
Defasagem escolar		0,00		0,00
Não	72,8		80,0	
Sim	64,1		73,1	
Escolaridade da mãe		0,00		0,00
Até ensino médio incompleto	71,4		79,1	
Do ensino médio ao superior completo	75,3		81,8	
Dependência administrativa da escola		0,31		0,69
Privada	72,8		79,7	
Pública	71,4		79,3	
Relação sexual		0,00		0,16
Não	73,4		79,6	
Sim	68,5		78,4	
Última relação sexual desprotegida		0,00		0,19
Não	72,4		79,5	
Sim	64,6		77,4	
Uso de substâncias psicoativas		0,05		0,32
Não	72,1		79,2	
Sim	70,0		79,9	
Envolvimento com situação de violência		0,17		0,04
Não	71,3		79,7	
Sim	72,7		78,0	
Autopercepção de saúde		0,00		0,00
Regular a muito ruim	68,4		77,8	
Bom/Muito bom	72,5		80,1	
Satisfação da imagem corporal		0,16		0,23
Indiferente a Muito insatisfeito	69,9		78,5	
Satisfeito	71,7		79,5	

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

sagem escolar (57,7%), escolaridade materna do ensino médio ao superior completo (53,5%) e ser estudante de escolas públicas (53,9%) (Tabela 3).

Com relação às variáveis de comportamento e situações de risco observou-se maiores fre-

quências também para as ações de prevenção e promoção da saúde, como já ter iniciado a prática sexual (54,1%), prática da última relação sexual protegida (52,7%), não uso de substâncias psicoativas (53,3%), o não envolvimento com

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

Variáveis	Motivo da procura dos serviços de APS			Valor de p
	N	Ações curativas (%)	Ações de prevenção e promoção (%)	
Total	53.868	48,2	51,8	
Sexo				0,00
Masculino	25.864	49,5	50,5	
Feminino	28.004	45,1	54,9	
Faixa etária				0,00
11 a 14 anos	35.008	49,0	51,0	
15 a 19 anos	18.860	43,5	56,5	
Raça/cor				0,00
Preto/Pardo/Amarelo e Indígena	37.443	45,8	54,2	
Branco	16.385	50,0	50,0	
Trabalho remunerado				0,13
Não	46.624	47,0	53,0	
Sim	7.209	48,7	51,3	
Defasagem escolar				0,00
Não	46.299	47,9	52,1	
Sim	7.557	42,3	57,7	
Escolaridade da mãe				0,00
Até ensino médio incompleto	21.423	51,1	48,9	
Do ensino médio ao superior completo	19.698	46,5	53,5	
Dependência administrativa da escola				0,00
Privada	8.561	56,1	43,9	
Pública	45.307	46,1	53,9	
Relação sexual				0,03
Não	37.507	47,7	52,2	
Sim	16.285	45,8	54,1	
Última relação sexual desprotegida				0,78
Não	48.667	47,3	52,7	
Sim	4.632	47,6	52,4	
Uso de substâncias psicoativas				0,08
Não	40.414	46,7	53,3	
Sim	13.390	48,5	51,5	
Envolvimento com situação de violência				0,00
Não	42.564	45,4	54,6	
Sim	11.153	53,9	46,1	
Autopercepção de saúde				0,00
Regular a muito ruim	15.162	54,5	45,5	
Bom/Muito bom	38.655	44,6	55,4	
Satisfação da imagem corporal				0,00
Indiferente a Muito insatisfeito	8.813	50,2	49,8	
Satisfeito	39.661	45,7	54,3	

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

situações de violências (54,6%), autopercepção de saúde bom/muito bom (55,4%) e satisfação com a imagem corporal (54,3%). Dentre as variáveis analisadas apenas trabalho remunerado ( $p=0,13$ ), relação sexual desprotegida ( $p=0,78$ ) e uso de substâncias psicoativas ( $p=0,08$ ) não apresentaram diferenças estatisticamente significantes (Tabela 3).

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

Na análise de associação entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento de uma FUC APS, através de um modelo multivariado e estratificado por sexo, observou-se associações positivas para ambos os sexos, (RP: 1,30; IC95%: 1,28-1,31) para o sexo masculino e (RP: 1,21; IC95%: 1,20-1,23) para o sexo feminino. Dentre

as variáveis de ajustes do modelo que apresentaram diferenças estatisticamente significantes destacam-se: faixa etária, raça/cor, escolaridade materna e autopercepção de saúde. As variáveis, prática sexual e relação sexual desprotegida apresentaram diferenças estatisticamente significantes apenas para o sexo masculino (Tabela 5).

## Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram uma associação positiva entre o acesso aos serviços de APS e o reconhecimento da APS como FUC por adolescentes. Tais achados foram semelhantes aos encontrados em estudos internacionais que identificaram que o reconhecimento de um serviço de saúde como sua FUC favorece o acesso aos cuidados de saúde<sup>6,25-29</sup>.

Com relação ao acesso aos serviços de APS, os dados deste estudo apontaram prevalências semelhantes às encontradas em um estudo realizado na cidade de Camaçari, Bahia, que analisou a associação entre o acesso aos serviços de APS e residir em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>30</sup>. Quando analisado o motivo

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

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

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

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

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

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

da procura destes serviços de APS, observou-se maiores proporções para as ações de prevenção e promoção da saúde. Um inquérito baseado em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008), mostrou que os indivíduos cobertos pela ESF eram mais propensos a ter uma fonte usual de cuidados e estar satisfeitos com a atenção à saúde recebida, em comparação aos não cobertos pela ESF<sup>31</sup>.

O uso da APS como FUC implica em melhores resultados para a saúde do usuário<sup>9</sup>, além de possibilitar o acesso as ações preventivas e necessidades atendidas<sup>32</sup>. Sistemas de saúde orientados por um modelo de atenção à saúde baseado na APS, capaz de responder às diversas necessidades de saúde dos grupos populacionais, têm sido associados a inúmeros desfechos positivos em saúde<sup>11</sup>, como a melhoria nas condições de acesso e continuidade do cuidado<sup>33</sup>.

No Brasil, a partir da implementação e expansão da cobertura da APS, através da ESF, tem sido ampliado a cobertura de serviços básicos de saúde, principalmente a grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e regiões remotas<sup>34,35</sup>. Os resultados do presente estudo apresentaram um amplo acesso aos serviços de APS, entretanto, segundo a Constituição Federal

de 1988, é direito do cidadão e dever do Estado garantir o acesso aos serviços de saúde, desse modo, recomenda-se que todos os adolescentes que procuraram o serviço deveriam ter sido atendidos<sup>36</sup>. Uma proporção elevada de adolescentes brasileiros não conseguiu acessar os serviços de APS, ou seja, cerca de 25% destes escolares apresentaram uma necessidade de cuidados de saúde e ao procurar um serviço considerado preferencial pelo sistema, não foram atendidos<sup>30,37</sup>.

A literatura demonstra que o sexo feminino apresenta maior procura por atenção à saúde<sup>38-41</sup>, bem como maior acesso aos serviços de saúde<sup>20</sup>. A procura por atenção à saúde pelas mulheres tem sido atribuída pela preocupação com o próprio cuidado<sup>42,43</sup>, tais achados indicam que esse hábito se dá desde a adolescência<sup>30,41</sup>. Os achados deste estudo se assemelham aos encontrados em estudos conduzidos com a população adulta que avaliaram o acesso aos serviços de saúde<sup>18,43,44</sup>. Além da condição de serem do sexo feminino, as adolescentes mais jovens têm melhores condições de acesso, estes resultados reiteram achados já publicados na literatura<sup>30</sup>.

Outro achado que chama a atenção neste estudo trata-se da análise estratificada por sexo, em que o sexo masculino apresentou maior probabi-



lidade de acesso aos serviços de APS para aqueles que reconhecem a APS como sua fonte de cuidado, quando comparado ao sexo feminino. Estes resultados observados a partir da análise estratificada por sexo, podem ter como hipótese explicativa, de que as adolescentes ao iniciarem a vida sexual apresentam outras necessidades de saúde, a exemplo das demandas ginecológicas, tendo como fonte de cuidado os médicos ginecologistas que não estão na APS, portanto, buscam por serviços que dispõem dessa especialidade médica<sup>45,46</sup>. Além disso, estudo aponta que a preferência das adolescentes por serviços especializados deve-se ao uso de serviços frequentados por pessoas desconhecidas, bem como, devido a disponibilidade de planos privados de saúde<sup>46</sup>. O fato de os homens procurarem menos os serviços pode resultar no não acesso aos serviços de saúde, além de repercutir nas condições de vida e saúde desses indivíduos, gerando diagnósticos tardios, e levando a prejuízos no controle e tratamento das doenças<sup>42</sup>.

Os resultados do presente estudo apontam disparidades no acesso aos serviços de APS, sendo que os indivíduos com condições mais favoráveis são aqueles que apresentam maiores proporções no acesso aos serviços de APS quando associado ao reconhecimento da APS como FUC. Apesar das altas proporções de acesso, verificaram-se desigualdades socioeconômicas no acesso para indivíduos mais pobres e menos escolarizados. Entre as disparidades no acesso aos serviços de APS observa-se que os adolescentes pretos, pardos, amarelos e indígenas tiveram maior dificuldade no acesso, estes resultados são semelhantes a estudos que verificaram menor prevalência de acesso para a população negra<sup>47,48</sup>. O enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de saúde da população negra pode estar baseado no racismo estrutural existente no Brasil, e materializado nas organizações, sendo observados a partir das iniquidades em saúde<sup>48,49</sup>, como desvantagens no acesso a benefícios, a não priorização da disponibilidade de serviços de saúde próximo da vida dessas pessoas, e tratamento não equitativo<sup>50</sup>.

Observou-se ainda a persistência de desigualdades segundo escolaridade, em que os adolescentes que têm mães com menor nível de escolaridade apresentaram menor probabilidade de acesso aos serviços de saúde, o que concorda com a literatura<sup>48,51</sup>. O estudo de Nunes *et al.*<sup>44</sup> identificou que os indivíduos de menor escolaridade foram os que passaram mais tempo nas filas de espera.

O presente estudo demonstrou que o reconhecimento da FUC APS aumenta o acesso a estes serviços mesmo para características que representam desigualdades socioeconômicas, a destacar, ser adolescentes estudantes de escolas públicas, com defasagem escolar e que têm trabalho remunerado. Um estudo conduzido com dados da PeNSE (2012) mostrou associação positiva entre ser estudantes de escolas privadas, maior escolaridade materna e a procura por serviços de saúde, verificou-se também maior procura para os serviços privados<sup>52</sup>, em outros grupos populacionais os indivíduos de maior renda e escolaridade procuraram com mais frequência os consultórios privados<sup>53</sup>. Observa-se que os grupos de baixa renda e menos favorecidos economicamente procuraram menos os serviços de saúde e, conseqüentemente, acessam menos os cuidados de saúde.

Com relação as características de comportamento, observou-se que os adolescentes que apresentaram as menores proporções de acesso aos serviços de APS, referem ter iniciado a vida sexual e praticam relação sexual desprotegida. Embora estudos tenham demonstrado uma maior procura por serviços de saúde por adolescentes brasileiros que apresentam comportamentos de risco, como a prática sexual sem preservativo<sup>41,52</sup>. Os resultados do presente estudo evidenciam uma maior necessidade de uso destes serviços de saúde, justamente pelos adolescentes que tiveram menores condições de acesso. Diante destas condições de acesso aos serviços de APS, os adolescentes que não utilizam preservativos podem ter uma preocupação posterior com os riscos dessa exposição, como uma gravidez indesejada, e uma infecção sexualmente transmissível (IST) etc., fatores que podem levar a maior procura por estes serviços<sup>41</sup>. Vale destacar ainda, que a precocidade da primeira relação sexual pode trazer conseqüências importantes para a saúde do indivíduo<sup>52</sup>.

No presente estudo, as menores proporções de acesso aos serviços de APS foram identificadas entre os adolescentes que referem ter feito uso de substâncias psicoativas nos últimos 30 dias e que se envolveram em alguma situação de violência nos últimos 12 meses. Observa-se pelos resultados do presente estudo que os adolescentes com maiores vulnerabilidades são os que apresentam as piores condições de acesso aos serviços de APS. Um estudo conduzido com profissionais da APS sobre acesso de adolescentes nestes serviços identificou a partir das falas dos profissionais, que a drogadição não é um motivo que leva o adolescente a procurar um serviço de APS, mas um problema que acomete este público.

A exposição às situações de violências, são motivos que levam os indivíduos a buscarem por serviços de saúde. As necessidades de saúde como situações de adoecimento, gravidade e urgência da doença ou agravo, estão entre os fatores determinantes de acesso e utilização dos serviços de saúde<sup>54</sup>.

A autopercepção de saúde e a avaliação da imagem corporal são considerados bons indicadores na avaliação de comportamento dos indivíduos na busca por serviços de saúde<sup>55</sup>. O percentual de adolescentes que avaliaram seu estado de saúde como bom ou muito bom e referem acesso aos serviços de APS é muito superior a um estudo que avaliou a procura por estes serviços<sup>30</sup>. Estes achados são preocupantes para um público que foi considerado, por muito tempo saudável, o que demonstra que os indivíduos que consideram seu estado de saúde ruim ou muito ruim enfrentam maiores barreiras de acesso aos serviços de APS.

Apesar de achados relevantes e animadores, os dados do presente estudo corroboram com o que tem sido sinalizado por outros estudos na literatura, em que as ações voltadas para os adolescentes no âmbito da APS ainda são insuficientes e, portanto, indicam a necessidade de priorização e aprimoramento da rede de atenção primária no que concerne à atenção ao adolescente, uma vez que o foco destes serviços são as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, que contribuem estrategicamente para a melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional<sup>14,56-58</sup>.

O acesso aos serviços de saúde depende das necessidades individuais determinadas pelas características sociodemográficas e econômicas, estado de saúde, acessibilidade e adequação dos serviços de saúde<sup>59</sup>. O acesso aos serviços de APS centrados nas pessoas e comunidades, com capacidade de responder às diferentes necessidades de saúde da população, tem sido associado a inúmeros resultados positivos em saúde, além de comprovar sua efetividade no acesso às ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde<sup>11</sup>.

No Brasil, o acompanhamento e monitoramento dos indicadores de acesso aos serviços de saúde tem sido realizado através dos inquéritos de base populacional, a exemplo da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a qual contempla a população com 18 anos ou mais, e a PeNSE, voltadas para os adolescentes/escolares, estes inquéritos se apresentam como instrumentos imprescindíveis para a avaliação e orientação das ações no âmbito dos serviços de saúde<sup>11</sup>.

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

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

Apesar das limitações, o estudo apresenta potencialidades importantes, como o rigor metodológico na correção para amostragens complexas e por conglomerados, bem como de adequações dos métodos utilizados para estimação da RP através de modelo de regressão logística. Vale ressaltar ainda, a disponibilidade de dados nacionais através dos estudos de inquéritos populacionais, que permitem a comparação do panorama da saúde dos adolescentes brasileiros com a de outros países, além da representatividade em âmbito nacional, fornecendo informações válidas para embasar a organização e o planejamento de políticas públicas capazes de mitigar os problemas aqui apontados.

## Considerações finais

Esta pesquisa evidenciou que adolescentes brasileiros que têm a APS como sua FUC conseguiram acessar os serviços de atenção primária. Entretanto, a falta de acesso foi mais frequente entre os mais vulneráveis economicamente e que apresentavam comportamentos de risco, indicando iniquidades potencialmente evitáveis se houvesse

uma APS mais efetiva, acolhedora e longitudinal.

A atenção primária à saúde ainda enfrenta muitos desafios para tornar-se ordenadora da rede e coordenadora do cuidado em saúde. As desigualdades de acesso têm sido um dos principais problemas enfrentados pelo SUS e pela própria APS, uma vez que, o acesso aos serviços de saúde tem sido influenciado pelas necessidades socialmente determinadas, sendo necessário a emancipação dos sujeitos, capazes de intervir na

realidade, para então garantir o acesso universal e equitativo.

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

### **Colaboradores**

MMF Martins contribuiu com a concepção e o projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. R Aquino colaborou com a concepção e o projeto, interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. NMBL Prado participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ALQ Vilasbóas contribuiu com revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

- Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
- Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3):260-268.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):190-198.
- Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizador. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
- Rohrer JE, Kruse G, Zhang Y. Hispanic ethnicity, rural residence, and regular source of care. *J Community Health* 2004; 29(1):1-13.
- Damiano PC, Momany ET, Tyler MC, Penziner AJ, Lobas JG. Cost of outpatient medical care for children and youth with special health care needs: investigating the impact of the medical home. *Pediatrics* 2006; 118(4):e1187-94.
- Bartman BA, Moy E, D'angelo LJ. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. *J Health Care Poor Underserved* 1997; 8:214-226.
- Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics* 2004; 113(Supl. 4):1493-1498.
- Vieira-da-Silva LM. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
- Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 1):2543-2556.
- Silva JF, Matsukura TS, Ferigato SH, Cid MFB. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180630.
- Barros RP, Holanda PRCM, Sousa ADS, Apostolico MR. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26(2):425-434.
- Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1933-1942.
- Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Rev Enferm UERJ* 2011; 19(3):375-380.
- Leite JT, Beserra MA, Scatena L, Silva LMP, Ferriani MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Rev Gaucha Enferm* 2016; 37(2):e55796.
- Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH, Magalhães SS, Maia EG. Estabelecimento de vínculo com a mãe adolescente: vislumbrando o cuidado à criança. *J Res Fundam Care* 2016; 8(3):4601-4608.
- Pinheiro RS, Escosteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho RA, editor. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2002. p. 361-369.
- Settertobulte W, Kolip P. Gender-specific factors in the utilization of medical services during adolescence. *J Adolesc* 1997; 20(1):121-132.
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. 2020* [Internet]. [acessado 2020 dez 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- Rao JNK, Scott AJ. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-squared tests for goodness of fit and independence in two-way tables. *J Am Stat Assoc* 1981; 76:221-230.
- Rao JNK, Scott AJ. On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat* 1984; 12:46-60.
- Devoe JE, Saultz, JW, Krois L, Tillotson CJ. A medical home versus temporary housing: The importance of a stable usual source of care. *Pediatrics* 2009; 124(5):1363-1371.
- Weber EJ, Showstack JÁ, Hunt KA, Colby DC, Callahan ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med* 2005; 45(4):4-12.
- Xu KT. Usual source of care in preventive service use: a regular doctor versus a regular site. *Health Serv Res* 2002; 37(6):1509-1529.
- Piehl MD, Clemens CJ, Joines JD. "Narrowing the gap": decreasing Emergency Department use by children enrolled in the Medicaid program by improving access to primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(8):791-795.
- Ryan S, Riley A, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(2):184-190.
- Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Júnior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(1):e00044718.
- Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2011; 17(1):36-42.

32. Devoe JE, Tillotson CJ, Wallace LS, Angier H, Carlson MJ, Gold R. Parent and Child Usual Source of Care and Children's Receipt of Health Care Services. *Ann Fam Med* 2011; 9(6):504-513.
33. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1799-1808.
34. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: his-tory, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
35. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saude Debate* 2018; 42(1):2008-223.
36. Nunes BP, Flores TR, Duro SMS, Saes MO, Tomasi E, Santiago AD, Thumé E, Facchini LA. Utilização dos serviços de saúde por adolescentes: estudo transversal de base populacional, Pelotas-RS, 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(3):411-420.
37. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3047-3056.
38. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11):2135-2142.
39. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* 2007; 23(Supl. 1):565-574.
40. Moraes AS, Lopes DA, Freitas IC. Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the Search for health services in a population based epidemiological study. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(2):323-340.
41. 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.
42. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1263-1274.
43. Castanheira CHC, Pimenta AM, Lana FCF, Malta DC. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17:256-266.
44. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(6):968-976.
45. Olsen JM, Lago TDG, Kalckmann S, Alves MCGP, Escuder MML. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2018; 34(2):e00019617.
46. Moura LNB, Gomes KR. O Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Cien Saude Colet* 2014; 19(3):853-863.
47. Lopes CS, Hellwig N, Silva GA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *Int J Equity Health* 2016; 15:154.
48. Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, Aiquoc KM, Souza TA, Barbosa IR. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24:e210004.
49. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
50. Almeida S. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento; 2018.
51. Stopa RS, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica* 2017; 51(Supl. 1):3s.
52. 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 Saude Publica* 2015; 31(8):1603-1614.
53. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
54. Granero R, Poni ES, Sánchez S. Sexuality among 7th, 8th and 9th grade students in the state of Lara, Venezuela. *The Global School Health Survey, 2003- 2004*. *PR Health Sci J* 2007; 26(3):213-219.
55. 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 Saude Publica* 2006; 22(8):1565-1574.
56. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2491-2495.
57. Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, Maia EG. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saude Debate* 2014; 38(101):254-266.
58. Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev Gaucha Enferm* 2012; 33(3):65-72.
59. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2865-2875.

Artigo apresentado em 14/07/2023

Aprovado em 26/09/2023

Versão final apresentada em 28/09/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva