

A implantação das Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes em municípios brasileiros

The implementation of Adolescent-Friendly Primary Health Care Units in Brazilian Municipalities

Denise Leite Ocampos¹, Mariana Russo Voydeville Damasceno¹, Bruno Arantes Campos¹, Mayara Baptista de Sousa¹, Lígia de Miranda Seabra², Marcelle Maria de Castro Apratto Tenório²

DOI: 10.1590/2358-2898202614910928P

RESUMO O Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Instituto Veredas, desenvolveu uma estratégia-piloto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) amigáveis a adolescentes. Trata-se de um relato de experiência sobre a implementação da estratégia em diferentes regiões do Brasil, com base em escutas qualificadas de profissionais, gestores e adolescentes. A metodologia envolveu diagnóstico situacional, oficinas participativas, pactuação de ações e acompanhamento técnico. A experiência mostrou avanços na construção de vínculos com adolescentes, fortalecimento da escuta qualificada, inclusão da participação juvenil na gestão local e reorganização dos fluxos de cuidado. Profissionais relataram maior capacidade de resposta às demandas da adolescência e aumento do protagonismo juvenil. A implementação das UBS amigáveis evidencia a importância de reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos, garantindo-lhes um espaço seguro, acessível e responsivo. Estratégias adaptadas às especificidades dessa faixa etária promovem equidade, fortalecem os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e contribuem para a sustentabilidade do cuidado integral. O fortalecimento da atenção primária com enfoque na adolescência está alinhado aos marcos legais e normativos nacionais e internacionais.

PALAVRAS-CHAVE Centros de Saúde. Serviços de saúde do adolescente. Atenção Primária à Saúde. Adolescente.

ABSTRACT The Brazilian Ministry of Health, in partnership with Pan American Health Organization (PAHO) and Instituto Veredas, developed a pilot strategy for adolescent-friendly Primary Health Care Units (UBS). This is an experience report on the implementation of the strategy in different regions of Brazil, based on structured listening processes with professionals, managers, and adolescents. The methodology included situational diagnosis, participatory workshops, action planning, and technical follow-up. The experience demonstrated progress in building bonds with adolescents, strengthening active listening, including youth participation in local health governance, and reorganizing care flows. Health professionals reported improved responsiveness to adolescent needs and increased youth protagonism. The implementation of adolescent-friendly UBS units highlights the importance of recognizing adolescents as subjects of rights, ensuring them a safe, accessible, and responsive environment. Strategies adapted to the specificities of this age group promote equity, reinforce Primary Health Care attributes and contribute to sustainable, comprehensive care. Strengthening primary care with a focus on adolescence is aligned with national and international legal and normative frameworks.

¹Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
denise.sesdf@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS Health centers. Adolescent health services. Primary Health Care. Adolescent.

Introdução

A despeito de o direito à vida e à saúde ser um princípio assegurado na Constituição Federal¹ e no Estatuto da Criança e do Adolescente², observa-se no Brasil uma dificuldade de acesso pelos adolescentes às unidades de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS). O Ministério da Saúde (MS) entende como adolescência o período entre 10 e 19 anos de idade. A adolescência é marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais, e os hábitos em saúde adquiridos nesse processo podem gerar impactos positivos ou negativos por toda a vida dos indivíduos³.

A atenção qualificada à saúde do adolescente pode impactar positivamente o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento desses indivíduos, a promoção da sua saúde sexual e reprodutiva, atenção integral à saúde mental – atuando na prevenção de casos de automutilação e tentativa de suicídio –, prevenção de violências e acidentes e ações inclusivas para adolescentes com deficiência e outras populações vulnerabilizadas⁴.

Esse investimento significa reconhecer o adolescente como sujeito de direitos e garantir que ele encontre no Sistema Único de Saúde (SUS) um espaço seguro, acolhedor e capaz de responder às suas demandas de forma integral.

Estratégias de promoção e prevenção implementadas na adolescência podem ser custo-efetivas, evitando agravos futuros que demandariam tratamentos mais complexos e onerosos. O investimento na estratégia pode reduzir despesas futuras com saúde e condições de vida mais adequadas^{5,6}.

Investir em unidades amigáveis aos adolescentes na APS pode ser uma estratégia essencial para garantir o acesso, a equidade e a efetividade do cuidado a essa população, que possui demandas específicas e, muitas vezes, invisibilizadas pelo sistema de saúde. Vale ressaltar que o cuidado integral em saúde não se resume apenas aos cuidados desenvolvidos pelo SUS. De acordo com o princípio da incompletude, todos os atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do

Adolescente (SGDCA) têm a responsabilidade da articulação intra e intersetorial.

A criação de vínculos, a qualificação do cuidado em saúde e as oportunidades disponibilizadas para adolescentes são fundamentais para fomentar o cuidado com esse processo da vida que pode repercutir por toda a vida adulta dos sujeitos. Diante desse desafio, o MS, por meio da Coordenação da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Cosaj) e da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens (CGCRIAJ), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), propôs a governos municipais o projeto ‘Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes’.

A iniciativa de atuar com a proposição de serviços de saúde amigáveis aos adolescentes na APS se deu em 2015 quando foi incorporado pelo MS o ‘Guia de Avaliação da qualidade: para avaliar os serviços de saúde para adolescentes’⁷, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Esse guia é um importante instrumento para auxiliar gestores das três esferas do governo a avaliar a execução dos serviços de saúde na Atenção Primária, reconhecendo os pontos críticos a serem melhorados e a necessidade de implantação de uma estratégia voltada para o atendimento qualificado dos adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O projeto inicial foi executado entre 2015 e 2019, sendo retomado em 2024 com a proposta do projeto-piloto ‘Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes’. O MS, por meio da CGCRIAJ, optou por formalizar uma Carta Acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e o Instituto Veredas para que o projeto fosse implementado dentro da atenção primária, com intuito de ampliar o acesso e a qualidade da atenção aos adolescentes e jovens.

O projeto contemplou cinco UBS, uma em cada região do País, com a intenção de verificar a viabilidade em diferentes contextos socioculturais e populacionais, porém, sem a pretensão de obter a representatividade da diversidade do Brasil.

O projeto reiniciado em 2024 teve como objetivo revisar o Guia da OMS e reativar a estratégia de

implementação das 'Unidades Básicas de Saúde Amigáveis de Adolescentes'.

O projeto-piloto foi concluído em julho de 2025, com a elaboração de um relatório situacional de avaliação da implantação nas primeiras UBS e a elaboração de uma metodologia para capacitação de multiplicadores da estratégia para todo o País.

A partir das discussões levantadas, das experiências vivenciadas e das expectativas para o futuro, destacam-se aqui as reflexões e as vivências desse processo com intuito de contribuir para o aprimoramento da estratégia.

O presente artigo foi desenvolvido a partir de um relato de experiência, utilizando uma abordagem qualitativa, elaborado com base nas atividades realizadas durante a implementação do projeto-piloto das Unidades Amigáveis de Adolescentes (UAA) em cinco municípios das cinco regiões do Brasil. O método adotado consistiu na análise reflexiva e crítica das vivências ocorridas no processo de implantação da estratégia, considerando as percepções de profissionais de saúde, gestores e adolescentes participantes.

As informações aqui descritas foram obtidas a partir de registros institucionais, observações diretas e escutas qualificadas conduzidas nas etapas do projeto, sem o uso de instrumentos de pesquisa quantitativa. Dessa forma, este artigo busca descrever, compreender e interpretar os desafios, avanços e resultados observados, com o intuito de contribuir para o aprimoramento de políticas e práticas voltadas à atenção integral à saúde de adolescentes na atenção primária.

Por que investir em Unidades Amigáveis de Adolescentes?

A Constituição Federal, em seu artigo 227, assegura com absoluta prioridade o direito à vida e à saúde de crianças, adolescentes e jovens. A responsabilidade pela efetivação desses direitos perpassa o atendimento prestado nas unidades públicas de saúde.

A integralidade da assistência em saúde é um dos princípios elencados no Art. 7º, II da Lei n.º 8.080, de 1990, e deve nortear toda atuação do SUS⁸. Para alcançar tal premissa, é importante que sejam pensadas estratégias para atender a públicos que possuem especificidades, como os adolescentes.

Diante da importância do cuidado integral para a garantia do desenvolvimento de adolescentes, é imprescindível que haja investimento na qualificação do trabalho da APS para o atendimento de adolescentes. O caderno 'Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica', elaborado pelo MS em 2017, e as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde são importantes instrumentos para subsidiar a atuação dos profissionais da saúde no atendimento desse público^{9,10}.

Ressalta-se, ainda, nas Diretrizes, a necessidade de promover o protagonismo dos adolescentes como sujeitos de direitos, envolvendo-os diretamente na formulação e implementação de políticas voltadas à sua fase de desenvolvimento. É primordial a integralidade da atenção, definida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema¹¹.

Seguindo a linha de pensamento proposta por Mattos, pela qual a integralidade é compreendida como um princípio em constante construção, que demanda revisões e melhorias contínuas, a estratégia das Unidades Básicas de Saúde Amigáveis aos Adolescentes também se desenvolve de forma dinâmica. Essa proposta busca sensibilizar e qualificar os trabalhadores da APS a partir de uma nova leitura das necessidades das adolescências, considerando as transformações nos modos de viver, se relacionar e acessar o cuidado em saúde de maneira integral¹¹.

A adolescência é um período em que se intensificam as vulnerabilidades, mas também se potencializam as oportunidades para promoção

da saúde e prevenção de agravos. Esse processo de vida se concretiza como uma janela de oportunidades para a construção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis¹².

Considerando as especificidades das diferentes adolescências, e a compreensão dessa fase da vida como importante momento para apropriação do autocuidado e aumento gradativo da autonomia, identificar esses perfis é fundamental para propor estratégias de cuidado que aproximem os adolescentes de redes de apoio saudáveis e que favoreçam a construção de características de resiliência e habilidades para lidar com frustrações e adversidades¹².

Muitos adolescentes deixam de procurar os serviços de saúde por medo de julgamento, falta de privacidade, receio da quebra de sigilo ou ausência de vínculo com os profissionais da rede de atenção à saúde. Unidades não qualificadas tendem a produzir práticas adultocêntricas que dificultam a escuta ativa e o acolhimento desse público¹².

Diante dessas barreiras, o ‘Guia de Padrões Globais para Serviços de Saúde de Qualidade para Adolescentes’ indica oito padrões globais que definem o nível de qualidade na prestação dos serviços de saúde¹³, conforme está descrito no *quadro 1*:

Quadro 1. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes, segundo a OMS

Alfabetização em saúde dos adolescentes	Padrão 1. O estabelecimento de saúde implementa sistemas para garantir que os adolescentes sejam conhecedores de sua própria saúde e saibam onde e quando procurar serviços de saúde.
Apoio da comunidade	Padrão 2. O estabelecimento de saúde implementa sistemas para assegurar que pais, responsáveis e outros membros e organizações da comunidade reconheçam o valor de prestar serviços de saúde para adolescentes e apoiem tal prestação e a utilização dos serviços pelos adolescentes.
Pacote de serviços apropriado	Padrão 3. O estabelecimento de saúde oferece um pacote de serviços de informação, aconselhamento, diagnóstico, tratamento e atenção que atende às necessidades de todos os adolescentes. Os serviços são oferecidos no estabelecimento e por meio da referência para outros estabelecimentos e serviços de extensão.
Competências dos prestadores de serviços	Padrão 4. Os profissionais de saúde demonstram ter a competência técnica necessária para prestar serviços de saúde efetivos para adolescentes. Tanto os profissionais de saúde como o pessoal de apoio respeitam, protegem e observam os direitos dos adolescentes a informação, privacidade, sigilo, não discriminação, atitude moralmente neutra e respeito.
Características do estabelecimento	Padrão 5. O estabelecimento de saúde tem horário de atendimento conveniente, ambiente limpo e acolhedor e resguarda a privacidade e o sigilo dos clientes. Além disso, dispõe de equipamento, medicamentos, provisões e tecnologia necessários para assegurar a prestação efetiva de serviço aos adolescentes.
Equidade e não discriminação	Padrão 6. O serviço de saúde presta serviços de qualidade a todos os adolescentes sem levar em conta a capacidade de pagar, a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a origem étnica, a orientação sexual ou outras características.
Dados de melhoria da qualidade	Padrão 7. O estabelecimento de saúde coleta, analisa e usa dados sobre a utilização dos serviços e a qualidade da atenção, desagregados por idade e sexo, para apoiar a melhoria da qualidade. Os funcionários do estabelecimento de saúde recebem apoio para participar da contínua melhoria da qualidade.
Participação dos adolescentes	Padrão 8. Os adolescentes são envolvidos no planejamento, no monitoramento e na avaliação dos serviços de saúde e nas decisões relativas à própria atenção, assim como em determinados aspectos da prestação de serviço, quando apropriado.

Fonte: OMS (2015/2017)¹³.

A atenção qualificada e sensível às especificidades dos adolescentes contribui para reduzir desigualdades, especialmente entre jovens em situação de vulnerabilidade social, como aqueles expostos à violência, gravidez não intencional, abuso de álcool e outras drogas ou problemas de saúde mental¹⁴.

A estratégia UAA reforça os princípios e atributos da APS: acesso universal, longitudinalidade, a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia, coordenação do cuidado, integralidade e equidade¹⁵.

Sobre a participação como recurso para ampliar a autonomia, considera-se que a escuta aos adolescentes do território onde se localiza a UBS é essencial para o desenvolvimento da estratégia. Inclusive, no processo de implementação da estratégia-piloto, os adolescentes validaram e planejaram as ações propostas para contemplar suas necessidades¹⁶.

Material e métodos

Antes do início da implementação do piloto, foram realizadas etapas essenciais para a construção da estratégia. Essas atividades englobaram a elaboração do plano de trabalho e a busca exploratória na literatura nacional e internacional, visando a mapear estratégias e indicadores utilizados em experiências similares. Também foram realizadas oficinas virtuais, diálogo deliberativo com adolescentes, trabalhadores da saúde nos níveis municipal, estadual, federal, profissionais da educação, pesquisadores, representantes de organizações da sociedade civil e gestores das diferentes esferas para apreciação e validação do guia da estratégia-piloto.

A implantação do piloto se deu a partir de um processo de autoavaliação utilizado para monitorar a qualidade dos serviços prestados segundo a percepção dos próprios atores envolvidos, bem como a sua capacitação. Esse método promove ciclos de educação permanente sobre as necessidades de saúde de adolescentes atendidos nas unidades do SUS. Ela também requer a construção de planos de ação que devem considerar os resultados da autoavaliação, permitindo que as intervenções abordem as especificidades locais, baseados nos pontos de vista conjuntos entre adolescentes e equipe de saúde da UBS.

Para a definição dos critérios de priorização das unidades-piloto, foram considerados fatores geográficos, demográficos e de equidade, visando a uma maior pluralidade das diferentes realidades do País. Foram escolhidas cinco Unidades Básicas de Saúde da Família em municípios de cinco estados das cinco regiões do Brasil. Os critérios de seleção foram: distribuição regional, população do município (maior que 500.000/hab., entre 200.000/hab. e 500.000/hab., entre 50.000/hab. e 200.000/hab. e menos que 50.000/hab.) e característica do território onde a unidade está localizada. Além disso, foram consideradas experiências na implementação de programas voltados a adolescentes, ações de natureza inovadora e avaliativa no contexto da saúde, e sinalização de interesse em receber a implementação da estratégia-piloto no cronograma estabelecido.

Os critérios relacionados às características dos municípios e territórios participantes da estratégia-piloto estão descritos no *quadro 2*.

Quadro 2. Fases da estratégia-piloto de implementação da Unidade de Saúde Amiga de Adolescentes

Fase	Descrição	Encontros
Fase 1 – Sensibilização	Apresentação do projeto e mobilização dos diferentes atores envolvidos (gestão, equipe da UBS, adolescentes e comunidade local). Objetivo: promover o conhecimento sobre a estratégia de unidade amiga de adolescentes e engajar o território.	Encontro 1: com gestão e equipe da UBS Encontro 2: com adolescentes Encontro 3: com a comunidade local
Fase 2 – Ciclo de Aprendizados	Educação Permanente (para profissionais) e a Educação em Saúde (para adolescentes). Incentiva práticas reflexivas e a corresponsabilidade dos adolescentes. Objetivo: Promove trocas de saberes entre profissionais e adolescentes sobre saúde e o que são serviços de saúde amigáveis a adolescentes.	Encontro 4: com profissionais da UBS Encontro 5: com adolescentes
Fase 3 – Autoavaliação da UBS	Avaliação preenchida conjuntamente por adolescentes e profissionais. Objetivo: realizar avaliação participativa da UBS com base em formulário com o score de amigabilidade da unidade, destacando os pontos fortes e aspectos a melhorar.	Encontro 6: com adolescentes e equipe da UBS juntos
Fase 4 – Plano de Ação	Construção conjunta de estratégias para superar os desafios no atendimento a adolescentes. Objetivo: elaborar um plano de ação para tornar o serviço mais acessível, acolhedor e resolutivo para adolescentes.	Encontro 7: com adolescentes e equipe da UBS juntos
Fase 5 – Monitoramento e Encerramento	Evento ou roda de conversa para celebração e reconhecimento das pessoas envolvidas. Objetivo: realizar avaliação da implementação usando metodologia participativa.	Encontro 8: avaliação da implementação do projeto piloto com adolescentes e equipe da UBS juntos E evento de encerramento com adolescentes, profissionais, gestão, rede intersetorial e comunidade

Fonte: elaboração própria.

Para a implementação da estratégia nos cinco municípios, foram realizadas reuniões virtuais para a apresentação do projeto-piloto e discussão sobre como se dariam as fases e idas a campo pela equipe do Instituto Veredas, responsável pela execução do projeto. A preparação para a implementação envolveu uma série de ações articuladas com as referências técnicas de saúde de adolescentes dos estados e municípios, gestores das UBS, agentes comunitários de saúde, em encontros virtuais e presenciais. Nas reuniões, foram abordadas: apresentação do projeto, orientações sobre critérios e definição das UBS participantes; pactuação das agendas de trabalho; alinhamentos práticos e esclarecimento de dúvidas

relativas aos aspectos operacionais da estratégia, como recursos necessários e definições de cronograma junto ao território.

A execução da estratégia-piloto envolveu a realização de atividades presenciais nos territórios, complementadas por encontros virtuais periódicos com os profissionais locais que desempenharam o papel de referências para o projeto. Os contatos remotos foram essenciais para o acompanhamento contínuo das ações, permitindo monitorar o andamento das etapas, oferecer suporte às equipes locais, incentivar o engajamento dos participantes e construir, de forma colaborativa, respostas aos desafios identificados ao longo do processo. Para intensificar a comunicação e a articulação

entre o Instituto Veredas e cada território, foram definidos pontos focais responsáveis por mediar as interlocuções, apoiar o alinhamento das atividades e favorecer o desenvolvimento das ações, considerando as especificidades de cada contexto

A Implantação das Unidades Amigáveis de Adolescentes

A estratégia-piloto ‘Unidades Amigáveis de Adolescentes’ foi implementada entre fevereiro e julho de 2025 nas cinco UBS selecionadas, conforme critérios apresentados adiante. O processo envolveu profissionais das UBS, gestores locais, representantes da rede intersetorial, membros da comunidade e adolescentes. O percurso metodológico foi composto por cinco fases: sensibilização, ciclo de aprendizados, autoavaliação, plano de ação e acompanhamento com repasse de resultados. As atividades incluíram oficinas participativas, grupos focais, rodas de conversa, caminhadas nos territórios de abrangência das unidades e aplicação de instrumentos desenvolvidos e validados pelo Instituto Veredas, em parceria com a Cosaj e a Opas.

Como já informado, buscou-se garantir representação de ao menos um município de cada uma das cinco grandes regiões do País. Participaram do projeto os Municípios de Manoel Urbano (AC), na região Norte; Camaçari (BA), no Nordeste; Senador Canedo (GO), no Centro-Oeste; Itapeverica da Serra (SP), no Sudeste; e Porto Alegre (RS), no Sul.

A metodologia da estratégia-piloto foi estruturada em cinco fases, distribuídas em oito encontros, descritos a seguir no *quadro 2*, fundamentados em práticas participativas com a participação direta de profissionais das UBS e adolescentes. A primeira fase, dedicada à sensibilização, compreendeu três encontros: um com a gestão e a equipe da unidade (em conjunto ou separadamente); outro com

adolescentes usuários da UBS; e um terceiro, com a comunidade local e a rede intersetorial. O objetivo dessa fase foi apresentar o projeto, detalhar o processo de implementação e ressaltar a importância de reconhecer e atender às necessidades e especificidades do público adolescente nos serviços de saúde. Além de promover o entendimento sobre o conceito de unidade amiga de adolescentes, a apresentação tornou possível a mobilização e o engajamento tanto dos participantes quanto de toda a UBS e do território, sensibilizando, também, a rede intersetorial e a comunidade quanto à importância de serviços de saúde acessíveis, acolhedores e adequados às demandas das adolescências, fortalecendo parcerias e criando condições para a implementação de ações futuras em benefício da saúde dos adolescentes.

Após a sensibilização, foram selecionados dez adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, para participar do piloto. O processo de seleção considerou interesse, disponibilidade no mesmo turno escolar, residência na área de abrangência da UBS e autorização dos responsáveis legais. O grupo foi formado de modo a garantir diversidade etária, étnico/racial e de gênero. O interesse de participação foi confirmado individualmente, e, posteriormente, foi criado um grupo em aplicativo de mensagens para compartilhamento de informações e organização das próximas fases. Os profissionais de saúde envolvidos foram indicados pela gestão da UBS, considerando disponibilidade e carga horária compatíveis para acompanhamento de todas as fases do piloto. Após o aceite desses profissionais, eles passaram a compor o grupo de implementação junto aos adolescentes. A reunião de sensibilização com a gestão da UBS foi um facilitador para que fosse possível garantir a participação dos profissionais que aceitaram estar nas cinco etapas de implementação da estratégia. Como são cinco etapas que se interconectam, a presença e permanência desses profissionais foi importante tanto para criar vínculo com o grupo de adolescentes

que participaram do piloto, favorecendo um ambiente de confiança, quanto para o aproveitamento por parte dos profissionais sobre formas de cuidado em saúde mais compatíveis com a realidade das adolescências.

A segunda fase, denominada ciclo de aprendizados, foi composta por dois encontros: o quarto encontro, realizado com a equipe de profissionais das UBS participantes do piloto, e o quinto encontro, com os adolescentes participantes do piloto. O objetivo dessa fase foi prepará-los para a realização da autoavaliação e para a elaboração do plano de ação, que foram desenvolvidos na fase seguinte. Além disso, buscou-se promover a troca de conhecimentos sobre serviços de saúde amigáveis a adolescentes e instrumentalizar os participantes, tanto em conceitos quanto em práticas, ressaltando a importância de tornar o serviço mais acolhedor. Essas atividades foram realizadas por meio de ações de educação permanente para profissionais e da educação em saúde para os adolescentes. As abordagens favoreceram o aprimoramento coletivo das práticas profissionais e estimularam o protagonismo dos adolescentes no processo de cuidado em saúde. A partir das dúvidas e dos questionamentos dos adolescentes, foram trabalhados conceitos relacionados a: saúde, funcionamento da UBS, direitos e meios de acessos aos serviços. A partir da escuta qualificada, eles puderam trazer suas inquietações relacionadas aos serviços de saúde e, dessa forma, aprender mais sobre o funcionamento da UBS, desenvolvendo uma visão crítica a respeito da importância do serviço.

Na terceira fase, foi realizada a autoavaliação da UBS com relação à amigabilidade do serviço para adolescentes, sendo esse o sexto encontro, que reuniu profissionais e adolescentes para o preenchimento conjunto de um formulário baseado nos oito padrões de amigabilidade descritos no documento ‘padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes’, publicado pela Opas¹⁶. Cada resposta recebeu uma pontuação de zero a três, gerando um escore total de amigabilidade que classificou a unidade em

‘nada amigável’ (abaixo de 12 pontos) e ‘muito amigável’ (48 a 63 pontos). Ao término da avaliação, adolescentes e profissionais discutiram criticamente os resultados, identificando pontos positivos e pontos a serem melhorados no atendimento aos adolescentes no serviço onde estão inseridos.

A quarta fase se referiu ao desenvolvimento do plano de ação, realizado durante o sétimo encontro, por meio de uma oficina colaborativa que reuniu adolescentes e profissionais das UBS participantes do piloto. Nessa fase, foram propostas de forma conjunta estratégias para superar os desafios identificados durante a autoavaliação, considerando as necessidades dos adolescentes e as particularidades do território. A construção coletiva do plano de ação possibilitou tornar o serviço mais acolhedor e efetivo, estimulando o protagonismo dos adolescentes e promovendo sua participação social.

A quinta e última fase compreendeu o repasse dos resultados, o acompanhamento das ações previstas nos planos de ação e a avaliação da implementação da estratégia-piloto. Nessa etapa, foi realizado o oitavo encontro, estruturado como oficina ou roda de conversa, com o objetivo de avaliar a execução da estratégia-piloto por meio de metodologia participativa. Esse processo favoreceu a escuta ativa, estimulou o diálogo crítico e valorizou as percepções de todas as pessoas envolvidas, assegurando que as ações implementadas fossem eficazes, estivessem alinhadas às necessidades dos adolescentes e correspondessem aos resultados esperados. Garantir o lugar de fala dos adolescentes significa assegurar espaços reais de escuta, diálogo e participação, onde suas vozes possam ser consideradas na formulação de práticas, fluxos e decisões que os afetam diretamente. Na APS, essa postura rompe com a lógica tradicional, em que o profissional detém todo o saber, e passa a valorizar o saber de experiência como elemento legítimo de construção do cuidado.

Além do oitavo encontro, a quinta fase contou com um evento de encerramento organizado entre a gestão da UBS, as gestões

municipal e estadual, a equipe técnica da Cosaj e o Instituto Veredas. Realizado como roda de conversa ou cerimônia, esse momento garantiu espaço para a escuta qualificada dos profissionais participantes da estratégia e, principalmente, para o protagonismo dos adolescentes. A atividade também estimulou a aproximação entre gestores, rede intersetorial

e comunidade. Ao final, foram entregues certificados reconhecendo o engajamento, a dedicação e a contribuição de cada participante ao longo da implementação.

O *quadro 3* abaixo sintetiza as fases da implantação, com sua descrição, objetivos e as formas de execução nos encontros.

Quadro 3. Características dos municípios e territórios participantes da estratégia-piloto

Município	Distribuição Regional	População	Característica do território da UBS	Característica do município
Manoel Urbano (AC)	Norte	Menor que 50.000/hab.	Território rural remoto	Interior
Porto Alegre (RS)	Sul	Maior que 500.000/hab.	Comunidade/favela	Capital
Itapeverica da Serra (SP)	Sudeste	Entre 50.000/hab. e 200.000/hab.	Território urbano	Região Metropolitana de São Paulo
Camaçari (BA)	Nordeste	Entre 200.000/hab. e 500.000/hab.	Território urbano	Região metropolitana
Senador Canedo (GO)	Centro-Oeste	Entre 50.000/hab. e 200.000/hab.	Território urbano	Região metropolitana

Fonte: elaboração própria.

Cada UBS preencheu um formulário de avaliação de amigabilidade de acordo com o descrito na fase 4 da implantação do piloto. Após a contagem de pontos para cada atividade ou ação da UBS, foram obtidos scores que refletiram os seus níveis de amigabilidade. Essa avaliação desencadeou uma análise crítica por parte da equipe de saúde, em conjunto com os adolescentes, a respeito dos aspectos a serem melhorados nas ações e nos serviços prestados pela UBS voltados para esse público.

Como resultado, foram construídos planos de ação que nada mais são do que um conjunto de atividades a serem realizadas com e para os adolescentes das respectivas UBS que devem fazer parte da rotina da unidade, com o objetivo de qualificar as ações e os serviços de saúde voltados para esse público, além de estimular a participação social e o protagonismo juvenil nesses espaços.

As equipes de saúde iniciaram as atividades dos planos de ação que tiveram seu primeiro momento de monitoramento no último encontro, na fase 5 da implantação, onde também ocorreu a avaliação da estratégia de implantação do piloto usando a metodologia já descrita para essa fase do projeto.

Nesse momento, presenciaram-se a participação e o protagonismo dos adolescentes, que puderam expor seus pontos de vista quanto aos serviços que estão sendo oferecidos e à metodologia da implantação do piloto. Os produtos desse momento servirão como base para o 'Guia de Implantação da Estratégia de Unidades de Saúde Amigáveis a Adolescentes', a ser desenvolvido pelo Instituto Veredas.

O relato de experiência revela uma abordagem aprofundada sobre os desafios e avanços na implementação de serviços de atenção à saúde voltados para adolescentes no Brasil,

fundamentada nos princípios constitucionais, legais e internacionais que garantem o direito à vida e à saúde dessa população. As Unidades Amigáveis ao Adolescente visam a promover o acesso qualificado e acolhedor à APS, reconhecendo as particularidades dessa faixa etária e a necessidade de abordagens sensíveis às suas demandas sociais, emocionais e físicas.

Resultados e discussão

O programa-piloto que levou às Unidades Básicas de Saúde Amigáveis para Adolescentes (UAA) provou que um modelo participativo é muito viável e pode ser criado com o caráter particular da adolescência, especialmente para a APS.

A metodologia de escuta qualificada e a corresponsabilidade entre profissionais e jovens indicaram que poderiam ser potencialmente replicadas em outros locais, desde que as singularidades locais não fossem desconsideradas e as noções de participação social e protagonismo juvenil fossem seguidas.

O experimento-piloto tem como principal benefício a geração de um quadro metodológico flexível, sustentado por evidências teóricas reunidas, incluindo os Padrões Globais da OMS para Serviços de Saúde de Qualidade para Adolescentes. As práticas participativas que defendem o diálogo entre profissionais e usuários do SUS. Essa mistura de padrões internacionais e diretrizes geográficas fornece à estratégia o potencial de ser replicável, desde que existam políticas públicas que garantam suporte técnico, treinamento contínuo e recursos financeiros suficientes.

No entanto, replicar a experiência requer um quadro mínimo que permita a adesão da equipe e a participação adequada dos adolescentes. A estratégia pode ser adaptada a novos territórios devido às diferenças culturais, socioeconômicas e institucionais, assim como o processo operacional em que cada um deles enfrenta desafios. Expandir para outros municípios exige, portanto, uma adequação do contexto do projeto, particularmente, com

relação à gestão do cuidado local, à articulação entre setores e à capacidade instalada das unidades básicas de saúde. Os multiplicadores regionais e a integração da metodologia em iniciativas de educação continuada em saúde permitirão a sustentabilidade orientada para o modelo e a escalabilidade.

Um dos benefícios observados para os adolescentes é que o vínculo com os serviços de saúde se torna mais forte, e o sentimento de pertencimento às ações da UBS se fortalece. O engajamento dos adolescentes durante o diagnóstico, avaliação e planejamento os ajudou a desenvolver habilidades relacionais e sociais, enquanto fomentava o exercício da cidadania e autonomia. Trabalhar diretamente com os jovens no plano de ação foi o veículo através do qual suas vozes foram identificadas como válidas e necessárias no caminho do cuidado, apoiando o protagonismo juvenil e o envolvimento em iniciativas de promoção da saúde.

Outro resultado importante foi a mudança na mentalidade das equipes de saúde, as quais relataram maior sensibilidade e confiança ao navegarem pelas demandas da adolescência, à medida que os profissionais cresceram em sua capacidade de lidar com as nuances particulares da adolescência, de ouvir melhor e construir laços horizontais. Isso afetou o nível de qualidade da recepção, o engajamento dos adolescentes com a UBS e sua confiança para acessar os serviços quando necessário.

O processo também fortaleceu a rede intersetorial e facilitará a mobilização de escolas e coletivos comunitários em direção a uma agenda comum de promoção da saúde e garantia de direitos. Para ser claro, por si só, simplesmente reproduzir o piloto não leva à replicação dos benefícios observados. Existem várias razões pelas quais os adolescentes têm efeitos positivos em torno da gestão local e do compromisso da equipe, participação ativa dos adolescentes e espaços para escuta qualificada. Portanto, aumentar a estratégia significa sustentar o processo participativo e a vontade política dos três níveis de governo, proporcionando

condições práticas de trabalho e assistência técnica permanente às equipes de APS.

Finalmente, o piloto revelou que serviços mais convidativos, inclusivos e responsivos às necessidades dos adolescentes podem ser desenvolvidos de forma voluntária, se as melhores práticas de responsabilidade compartilhada e diálogo intergeracional sustentarem esses planos. A replicação em outros contextos, para perpetuar seus efeitos positivos, envolve mais do que a reprodução automática de etapas: significa que a instituição precisa promover uma cultura de cuidado abrangente, ouvir e valorizar e consolidar políticas públicas que tratem os adolescentes como portadores de direitos, sujeitos e protagonistas de seus caminhos de saúde.

Considerações finais

Ao refletir sobre o percurso abordado neste relato de caso, fica evidente a possibilidade de fortalecer e ampliar as ações voltadas para a atenção à saúde de adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e protagonistas de suas próprias histórias. A implementação de estratégias como as UAA pode representar um avanço significativo na busca de serviços de saúde mais humanizados, acessíveis e capazes de respeitar as particularidades dessa fase de vida, marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais.

O percurso histórico e as ações iniciadas em 2015 demonstram a possibilidade de melhorias incrementais na qualidade do cuidado, apoiando-se em instrumentos que orientem a formação de profissionais e a estruturação de ambientes de atendimento mais acolhedores.

A experiência-piloto, envolvendo diferentes regiões do Brasil, alerta para a necessidade de adaptar estratégias às diversidades culturais e sociais do País, promovendo uma atenção integral, contínua e promotora de protagonismo juvenil. Ainda assim, os padrões de qualidade propostos pela OMS oferecem parâmetros para responder às expectativas de acolhimento,

confidencialidade, respeito e equidade nos serviços públicos de atenção primária locais.

O ponto sensível da experiência-piloto é a grande dificuldade de se adotar a estratégia de forma nacional. Por utilizar o método qualitativo no monitoramento da implementação da UAA, torna-se difícil a replicação em todo território, permitindo a expansão do acesso qualificado a adolescentes em todas as UBS.

Outra questão a ser observada é a alta carga de trabalho dos profissionais da APS, que precisam responder às diferentes demandas de todos os ciclos de vida. Essa é uma questão estrutural do SUS, que pode comprometer a efetividade da estratégia. Apesar de os profissionais da Atenção Primária em Saúde terem como escopo atuar em todos os ciclos de vida, é perceptível a sua dificuldade em atuar com as adolescências.

Nesse cenário, a experiência revela que é imprescindível a formação de profissionais sensíveis às demandas dos adolescentes, na promoção de ambientes seguros e de confiança, e na articulação com a comunidade, incluindo familiares e organizações sociais. Mas é necessário, também, que o Governo Federal, por intermédio do MS, forneça o suporte necessário aos estados e municípios no desenvolvimento da estratégia em âmbito nacional. Assim, será possível consolidar uma rede de atenção que não apenas garanta o acesso, mas também promova a autonomia, o autocuidado e a construção de estilos de vida mais saudáveis para adolescentes.

As ações em andamento e as futuras avaliações dessas estratégias devem orientar as políticas do MS e dos entes federativos, reforçando o compromisso do SUS com a garantia aos adolescentes do direito à saúde, com dignidade, respeito e efetividade.

Contribuições de autoria

Ocampos DL (0000-0001-9312-2426)* contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo, realizou a revisão crítica do conteúdo

intelectual, participou da aprovação final da versão a ser publicada, assumindo a responsabilidade pública pelo trabalho. Damasceno MRV (0009-0009-4429-9431)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo; também contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo e para a revisão crítica do conteúdo intelectual. Campos BA (0009-0003-6697-1977)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. Sousa

MB (0009-0006-5464-1016)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. Seabra LM (0009-0008-0403-4984)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. Tenório MMCA (0009-0003-4403-5563)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, participou da coleta, análise e interpretação dos dados, da redação do manuscrito e da revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988 out 5 [acesso em 2023 out 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1990 jul 16 [acesso em 2023 fev 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
3. Assis SG, Avanci JQ, Serpeloni F. O tema da adolescência na saúde coletiva: revisitando 25 anos de publicações. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(12):4831-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.18322020>
4. Smith J, Johnson RD, Pereira LJ. Engaging adolescents in the design of youth-friendly health services: building autonomy and resilience. *Adolesc Health*. 2022;15(3):102-10.
5. Aceituno D, Razzouk D, Jin H, et al. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis in low- and middle-income countries: economic evaluation from São Paulo, Brazil. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2024;33:e29.
6. Bosquiero LP, Nakamura PM, Brito BTG, et al. Cost-analysis and cost-effectiveness of physical activity interventions in Brazilian primary health care: a randomised feasibility study. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(11):5711-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.27142020>
7. World Health Organization. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75217>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1990 set 20 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 jul 31]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolescentes.pdf
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
11. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco; 2006.
12. Bhatt C, Mangal T, Cooper J. Adolescent and youth-friendly health interventions in low- and middle-income countries: a scoping review. *Glob Health Res Policy*. 2025;1:1-20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41256-025-XXXX-X>
13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; Organização Pan-Americana da Saúde. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes: guia para implementar uma abordagem padronizada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes. Vol. 1, padrões e critérios [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017 [acesso em 2025 jul 7]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34155>
14. World Health Organization. Principles of adolescent and young adult-friendly care: contributions to reducing health disparities and increasing health equity. In: World Health Organization, editor. Perspectives on health equity and social determinants of health. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2023.
15. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
16. Organização Mundial da Saúde. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes: guia de implementação e critérios. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.

Recebido em 01/08/2025

Aprovado em 12/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5474471781659941>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871>, e-mail: ingriddavilla@gmail.com