UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMILIA - RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IVANA DOS SANTOS FONSECA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIÁRIA AO ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA
2014

IVANA DOS SANTOS FONSECA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIÁRIA AO ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª. Fabiane do Amaral Gubert.

FORTALEZA
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

F744e Fonseca, Ivana dos Santos.
Educação em saúde e a visita domiciliária ao adolescente: percepção de profissionais da estratégia saúde da família. / Ivana dos Santos Fonseca. – 2014.
105 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF), Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.
Área de Concentração: Saúde da Família.
Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Educação em Saúde. 2. Adolescente. 3. Visita Domiciliar. 4. Promoção da Saúde. 5. Violência. 6. Capacitação. I. Título.

CDD 610.7

IVANA DOS SANTOS FONSECA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIÁRIA AO ADOLESCENTE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Ceará, como exame de conhecimentos para desenvolvimento de Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Rede da Fundação Osvaldo Cruz.

Aprovada em: 06/02/2014

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Fabiane do Amaral Gubert (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

_____

Prof.ª Dr.ª Neiva Francenely Cunha Vieira (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

_____

Prof.ª Dr.ª Eveline Pinheiro Beserra (Membro Efetivo)
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO

_____

Prof.ª Dr.ª Mariana Cavalcante Martins (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

À minha família, destacando minha mãe Ana Maria dos Santos Fonseca e minha irmã Ticiana dos Santos Fonseca, pela presença e preocupação com minhas lutas.

Ao meu marido, Marcelo Carlos, e a meu filho João Marcelo Fonseca Moreira de Souza, que ainda está no meu ventre. Juntos alimentam meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sei que está sempre ao meu lado e que não me deixa desistir mesmo diante de tantas dificuldades.

À minha orientadora Prof.ª Dr.ª Fabiane do Amaral Gubert por sua delicadeza e incentivo, além de ampliar meu olhar sobre a saúde.

Às Prof.ªs Doutoras Neiva Francenely Cunha Vieira, Eveline Pinheiro Beserra, Mariana Cavalcante Martins por aceitarem participar da banca examinadora e darem contribuições ao maior aperfeiçoamento deste estudo.

Aos profissionais da Unidade de Saúde Doutor Hélio Góes Ferreira por participarem da pesquisa e se mostrarem abertos a mudanças.

Às colegas de Mestrado Marília, Fabiana, Marise, Renata, Janete, Danielly, Elainy, Krishna, Renata Chaves e demais colegas, pelo companheirismo e apoio.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC e a todos os funcionários.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza pela oportunidade de mais um título de pós- graduação.

E a todos os que contribuíram e torceram de alguma forma para esta conquista.

“O que nos impede na maioria das vezes de ter o que queremos, de ser o que sonhamos, de fazer o que pensamos e aceitar com o coração, é a ousadia que não cultivamos.”

(Clarice Lispector)

RESUMO

A Visita Domiciliária (VD) é um cenário que permite tornar evidentes as relações sociais, que podem fortalecer o potencial de saúde na família. No entanto, essas mesmas relações podem contribuir no processo de adoecimento dos indivíduos, incluindo os adolescentes. Com base no entendimento de seu papel como integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF), os trabalhadores de uma Unidade de Saúde, localizada na Regional VI em Fortaleza/CE, vêm desenvolvendo diversas atividades educativas com grupos heterogêneos de usuários. Porém, observou-se uma inquietação por parte destes profissionais devido à baixa adesão dos adolescentes aos processos coletivos de construção do saber, além da falta de empoderamento para cuidarem de si mesmos. A partir deste contexto o objetivo do estudo é compreender a atividade de atenção à saúde do adolescente durante a VD na perspectiva do profissional da ESF com enfoque na Educação em Saúde. Os objetivos específicos foram: conhecer a realidade da atenção à saúde do adolescente no contexto da visita domiciliária e identificar possíveis dificuldades e facilidades que possam existir na atenção ao adolescente durante a VD. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, realizado em agosto a dezembro de 2013. Os instrumentos de coleta foram: entrevista semiestruturada com os profissionais da equipe, lista de observação utilizada durante a VD e diário de campo. Os agentes sociais da pesquisa foram 19 profissionais da ESF (12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 técnica de Enfermagem, 1 Cirurgiã-Dentista, 3 Enfermeiras, 2 Médicos). A análise dos dados foi realizada mediante percurso analítico e sistemático. Resultados: sobre o perfil dos trabalhadores, os ACS foram os mais contemplados com curso de capacitação voltado para o adolescente. Mesmo entre esses profissionais, ficou clara a dificuldade que as equipes têm em lidar com essa fase do ciclo vital. Os entrevistados, de forma livre, relataram que se sentem co-responsáveis por não priorizar a atenção aos adolescentes e que, em parte, isso, se deve à falta de capacitação durante sua formação acadêmica e profissional. Quando se perguntou sobre a Educação em saúde voltada para o adolescente a escola foi citada como ambiente mais propício para se realizar ações de educação em saúde. Alguns entrevistados comentaram que a promoção da saúde por meio da visita domiciliária é um grande desafio em qualquer fase do ciclo vital relacionado principalmente a violência. A proximidade com o adolescente, que a visita domiciliária oportuniza, numa perspectiva que valorize suas experiências, anseios e diferentes saberes articulados aos saberes dos profissionais da saúde e da educação, torna o setor educação, além de importante na interface com a saúde, um potencial parceiro, na construção de ideias e práticas interligadas e efetivas. Considera-se que as visitas domiciliárias realizadas pela equipe de saúde ao adolescente podem ser uma alternativa de espaço que deve ser valorizada para a implementação de estratégias educativas adequadas à realidade da comunidade, bem como fortalecer o vínculo junto a esta população a fim de acessarem mais os serviços de saúde. A relevância do estudo, a partir dessa realidade, encontra-se no fortalecimento da relação entre usuário do SUS e equipe multiprofissional sob uma ótica educativa, realizada por meio da VD, a qual tem possibilidade de ser direcionada além do cuidado aos usuários acamados, mas principalmente como espaço para realização de atividades de Educação em Saúde envolvendo o cenário familiar.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Visita Domiciliária. Adolescente.

ABSTRACT

The home visit (VD) is a scenario that helps make evident the social relations that can strengthen the potential health or even contribute to the disease process of individuals. This approach allows revisiting the practice to construct a protocol with the participation of different actors involved in the home visit. It is also considered relevant to think the training of professionals, especially in building skills to work an approach and actions in familiar space as communication in the different phases of the life cycle. Based on the understanding of their role as a member of the Family Health Strategy, workers CSF Helium Goes Ferreira, located in the Regional VI in Fortaleza (CE), are developing various educational activities with heterogeneous groups of people residing in Sapiranga and nearby neighborhood. However, it has been observed uneasiness on the part of these workers due to poor adherence of adolescents to participate in these collective processes of knowledge construction and the lack of empowerment to take care of them. The overall objective of the study was to understand the activity of adolescent Health Care during VD from the perspective of professional FHS with a focus on Health Education and were specific: to know the reality of attention to adolescent health in the context of home visits and identify potential difficulties and facilities which may exist in adolescent attention during VD. This was an exploratory descriptive qualitative study, in the period August to December 2013. The social workers in the study were 19 professionals FHS (12 Community Health Workers, Nursing Technician 1, 1 Dental Surgeon, 3 Nurses, Doctors 2) working in the Health Unit Doctor Goes Helio Ferreira . The information processing was performed according to Minayo (2012) in an analytical and systematic pattern. The ACS 's were the most awarded training course geared for the teen . Even among these professionals, it became clear that teams have difficulty in dealing with this clientele. Respondents , free form reported that they feel co-responsible for not prioritizing attention to adolescents and that part of it is due to lack of training during their academic and professional training . When asked about health education geared to teenagers, many professionals said the school is the most conducive environment to conduct this activity in order to best reach adolescents. Some respondents said they do health promotion for any group, including teenagers, through home visits, is a major challenge due to the difficulty of all that may involve this process, even when violence is present. The proximity to the teenager, the home visit provides an opportunity, a perspective that takes into account their experience, their aspirations and their different articulated knowledge with knowledge of the professional health and education, makes the education sector, as well as important in interface with health a potential partner in the construction of ideas and interconnected and more effective practices. We believe that home visits performed by healthcare adolescents may be an alternative space that can be valued for the implementation of appropriate educational strategies reality of the community. The relevance of the work was to strengthen the relationship between user and SUS multidisciplinary team in an educational viewpoint, held by RV, which is likely to be directed to the care of users unable to go to the Health Unit both, but mainly as space for conducting health education activities involving the whole family.

Key words: Education Health. Home visit. Teenager.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Secretarias Executivas Regionais (SERs) do município de Fortaleza/CE..... 40

Figura 2 - Quadro esquemático dos principais resultados do estudo, Fortaleza, 2014..... 75

Figura 3 - Apresentação das principais considerações finais do estudo, Fortaleza, 2014..... 79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários da Saúde
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida / Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CE - Ceará
CPMMF - Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Fortaleza
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSF - Centros de Saúde da Família
DM - Diabetes Mellitus
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ES - Educação em Saúde
ESF - Equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana / Human Immunodeficiency Virus
IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
ILANUD - Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PACS - Programa Nacional de Agentes de Saúde
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISAJ - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
POF - Pesquisa de Orçamento Familiar
PROSAD - Programa Saúde do Adolescente
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF - Programa de Saúde da Família

SERs - Secretarias Executivas Regionais
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC - Universidade Federal do Ceará
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VD - Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 13
1.1 Contato da pesquisadora com a temática..... 13
1.2 Contextualizando o objeto de estudo..... 13
2 OBJETIVOS..... 20
3 ESTADO DA ARTE..... 21
3.1 Atenção primária à saúde: possibilidades para o cuidado na família..... 21
3.2 Educação em saúde e visita domiciliária: estratégia para a promoção da saúde..... 26
3.3 Saúde do adolescente: uma fase de oportunidades / desafios..... 30
4 METODOLOGIA..... 39
4.1 Tipo de estudo..... 39
4.2 Cenário do estudo..... 39
4.3 Agentes sociais da pesquisa..... 42
4.4 Procedimentos para coleta de informações..... 42
4.5 Análise e interpretação de dados..... 44
4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa..... 44
5 RESULTADOS..... 46
5.1 Caracterização dos trabalhadores da saúde do estudo..... 46
5.2 Educação em saúde e visita domiciliária: concepções e práticas..... 46
5.3 Introdução da educação em saúde na família com enfoque no adolescente..... 50
5.4 Desafios e possibilidades na promoção da saúde do adolescente..... 52
5.5 Visita a um adolescente da área: experiência no território..... 54
6 DISCUSSÃO..... 57
6.1 Caracterização dos trabalhadores da saúde do estudo..... 57
6.2 Educação em saúde e visita domiciliária: concepções e práticas..... 58
6.3 Introdução da Educação em Saúde na família com enfoque no adolescente..... 62
6.4 Desafios e possibilidades na promoção da saúde do adolescente durante a visita domiciliária..... 63

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 76
REFERÊNCIAS..... 81
APÊNDICE A - Questionário para os profissionais da ESF..... 93
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 95
APÊNDICE C - Instrumento de reconhecimento da qualidade visita ao(a) adolescente..... 97
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido para o responsável pelo (a) adolescente..... 98
APÊNDICE E - Termo de assentimento informado livre e esclarecido..... 100
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP..... 103

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contato da pesquisadora com a temática

O interesse pela atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu após a conclusão do Curso de Odontologia na Universidade Federal do Ceará (UFC), onde me inseri na ESF do município de Aracoiaba/CE em 2001, ano em que foi inserido o odontólogo na ESF no Brasil. Após esse período, participei da ESF em mais dois municípios do Ceará, através de concurso público. Em 2006, tornei-me servidora pública na ESF do município de Fortaleza, onde permaneço até os dias atuais.

A experiência adquirida, em conjunto com outros trabalhadores da saúde durante minha jornada profissional, com destaque para o Município de Fortaleza, aproximou-me de uma comunidade, localizada na Regional VI. A comunidade é permeada por contraste socioeconômicos. Existem moradores do bairro com boas condições financeiras, mas outros convivem de perto com o tráfico de drogas, a violência, a pobreza e poucas opções de lazer. No entanto, a maior luta da comunidade é por saneamento básico.

Um grave problema encontrado na localidade é o grande número de adolescentes grávidas e usuários de drogas. Diante desta situação, as equipes da ESF constantemente, abordam os adolescentes em situação de vulnerabilidade em escolas e na própria comunidade através de atividades educativas. Infelizmente, é baixa a adesão das adolescentes às atividades educativas, o que já provocou a extinção de várias tentativas de formação de um grupo permanente de adolescentes, seja na unidade de saúde, seja no cenário escolar ou na própria comunidade.

Diante do perfil dessa população e das tentativas mal sucedidas de realização de atividades de educação em saúde para a prevenção de agravos na adolescência, despertou-me o desejo de aprofundar o tema a partir do olhar da visita domiciliária.

1.2 Contextualizando o objeto de estudo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu com o intuito de reorganizar o sistema de serviços em saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB). Possui princípios baseados no foco da família e na orientação comunitária. Seus objetivos, entre outros, são: intervir nos fatores de riscos aos quais a população está exposta; promover atividades de educação e promoção da saúde; e melhorar o autocuidado dos indivíduos com foco na atenção à família (BRASIL, 2009).

A promoção da saúde é trabalhada com ênfase nos campos do reforço da ação comunitária que consiste no processo de empoderamento das pessoas para gerar mudanças nos determinantes sociais da saúde comunitária por meio da mobilização coletiva; e no campo do desenvolvimento de habilidades pessoais que é a capacitação das pessoas para se prepararem para as diversas fases da vida, incluindo o enfrentamento de enfermidades crônicas e as causas externas que afetam a saúde (BRASIL, 2009).

Atualmente a ESF é composta por uma equipe multiprofissional, com um médico generalista, ou médico da família; um enfermeiro; de um a dois auxiliares de enfermagem; quatro a seis Agentes Comunitários da Saúde (ACS); um cirurgião dentista; um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal. Estes devem acompanhar cerca de 4.000 habitantes, com um máximo de 750 pessoas por ACS (VECCHIA, 2006; PINTO, 2007).

Em relação às fases do ciclo vital trabalhadas na ESF, destaca-se o atendimento aos adolescentes. A atenção a essa população é realizada com base em programas coordenados pelo Ministério da Saúde, com destaque para o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12/1989, que se fundamenta numa política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1989).

Há alguns anos, a adolescência era considerada um período de menor risco para o adoecimento e a morte. No entanto, nas duas últimas décadas, observou-se um aumento da morbimortalidade nesse grupo populacional. De um lado, pesquisas científicas têm revelado que várias alterações orgânicas advindas de hábitos de vida pouco saudáveis já estão instaladas nesse momento da vida, constituindo-se em fatores de risco para doenças, principalmente na vida adulta. Os adolescentes têm necessidades e expectativas peculiares, tendem a não valorizar sintomas que não

sejam muito graves e que não sejam físicos e tendem a não aderir tanto às ações de prevenção quanto às de tratamento (UNICEF, 2011).

Estudos demonstram que, na adolescência, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros, a não adesão aos métodos contraceptivos e às medidas de prevenção para a não aquisição das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina, pela curiosidade pelas drogas, bem como na necessidade de afirmação grupal, tornam os adolescentes susceptíveis à aquisição de Doença Sexualmente Transmissível / Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) e à gravidez precoce, sendo imprescindível que a prevenção, neste grupo, mereça enfoque prioritário (XAVIER *et al*., 2011).

Nesse contexto, Taquete (2007) reflete acerca do impacto dos programas governamentais que visam à redução da gravidez na adolescência, percebendo que estes, mesmo com todo o investimento, parecem não estar sendo suficientes. Questiona as estratégias focadas na orientação em sexualidade e no planejamento familiar e nos precários e insuficientes investimentos sociais, educacionais e culturais, de relevância fundamental, e que poderiam resultar num maior impacto na redução da gravidez precoce. Para a autora é necessário promover novas estratégias que vão ao encontro das necessidades dos adolescentes e que englobem sua família também no espaço do território.

Considera-se que a gravidez precoce provém da multicausalidade. As ações de prevenção devem considerar a perspectiva de vulnerabilidade, gênero, a intersetorialidade e a rede sociofamiliar, com abordagem centrada na educação sexual, transpondo o campo biomédico, considerando as subjetividades: valores, crenças, atitudes e desejos. Assim é, no bojo da família, que é possível favorecer a diminuição do número de adolescentes grávidas e promover a saúde do adolescente.

O Ministério da Saúde reconhece a situação, quando refere que “essa realidade multicausal revela deficiências na implantação de políticas públicas, exigindo movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude” (BRASIL, 1999, p, 10).

Assim, dentre as estratégias que podem envolver a atenção à saúde do adolescente, destaca-se a Educação em Saúde no contexto familiar por meio da Visita

Domiciliária (VD) que tem como objetivo fortalecer a relação entre profissionais e comunidade e é, normalmente, realizada quando o usuário está impossibilitado de ir à Unidade de Saúde da Família. O profissional de saúde, durante a visita domiciliária, tem a oportunidade de conhecer o ambiente em que o usuário vive e o tipo de relações familiares que possui. Além disso, tem a possibilidade de atuar com foco na ação comunitária.

Em relação ao termo visita domiciliar, é comum encontrar em estudos e práticas cotidianas diversas nomenclaturas, porém, em pesquisas teóricas o termo **"**visita domiciliária" se adapta melhor ao português, visto que domiciliar é um verbo transitivo direto, significando dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária. Portanto, utiliza-se o termo visita domiciliária neste estudo, respeitando o outro termo já bastante difundido na literatura e entre os profissionais da saúde (EGRY; FONSECA, 2000).

Visita Domiciliária (VD) é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, ao indivíduo, à família, à comunidade e deve ter seus objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. A VD possibilita conhecer a realidade da família, contribuindo para a diminuição de internações hospitalares, além de fortalecer os vínculos entre a clientela e os profissionais de saúde envolvidos nesse processo (OHARA; SAITO, 2008).

Durante a visita domiciliária os profissionais de saúde, dentre eles o odontólogo, têm a possibilidade de reconhecer, identificar e diagnosticar as necessidades da família que está acompanhando, e a partir de então, traçar estratégias de intervenção e cuidado, adaptadas à realidade. Dentre as atividades desenvolvidas, destaca-se a educação em saúde, com a finalidade de promover na família o autocuidado. Nessa prática são realizadas orientações para diversas situações de promoção à saúde: estímulo ao desenvolvimento infantil, ações de monitoramento e ainda a identificação do cuidador (ABRAHÃO; LAGRANCE, 2007).

A ESF, em relação à saúde do adolescente, tem como uma de suas atribuições desenvolver atividades de educação em saúde, uma vez que essa estratégia tem como finalidade de promover modificações/transformações que primeiramente podem ser individualizadas, mas que em longo prazo tendem a modificar positivamente o contexto familiar, o ambiente e a comunidade.

Dessa forma, acredita-se que a educação em saúde, atividade da promoção da saúde, deve incorporar a participação de toda a população cotidianamente e não apenas das pessoas que estão sob-risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (autorrealização pessoal e afetiva) e socioecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza (SILVA et al., 2009).

Entretanto, a partir dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas integradas (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

A educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência esteja na melhoria da qualidade de vida e na promoção do homem (MAIA, 2008).

Diante deste contexto, o cenário da família por meio das visitas domiciliárias deve ser valorizado como espaço promotor da saúde da família e da comunidade. Por isso, deve ser mais bem explorado pelos profissionais da equipe de saúde que atuam na saúde do adolescente.

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para a formulação da política de saúde de forma compartilhada quanto para as ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007).

O trabalho de Educação em saúde realizado no ambiente domiciliar permite ao profissional conhecer a realidade e adentrar a subjetividade do adolescente, o que vai ao encontro dos objetivos da visita. A compreensão do espaço domiciliar proporciona um olhar sobre as diferentes dimensões do cuidado familiar e relação com o

adolescente e jovem, assim, promove um cuidado individualizado. Portanto, a captação da dimensão singular da família subsidia intervenções voltadas às suas necessidades reais. Desse modo, o domicílio é considerado espaço especial de desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (ABRAHÃO; LAGRANCE, 2007).

Ao mesmo tempo, a VD é um cenário que permite tornar evidentes as relações sociais que podem fortalecer o potencial de saúde. Essas mesmas relações sociais também podem contribuir com o processo de adoecimento dos indivíduos. Esse olhar permite rediscutir a prática para a construção de um protocolo com a participação dos diferentes atores envolvidos na visita domiciliária.

Baseados no entendimento de seu papel como integrantes da Estratégia Saúde da Família, os trabalhadores de uma Unidade de Saúde localizada na Regional VI em Fortaleza/CE, vêm desenvolvendo diversas atividades educativas com grupos heterogêneos de pessoas do bairro e das proximidades. Porém, tem-se observado uma inquietação por parte desses trabalhadores devido à baixa adesão dos adolescentes em participar dos processos coletivos de construção do saber, além da falta de empoderamento para cuidarem de si mesmos. Considera-se que as visitas domiciliárias realizadas pela equipe de saúde ao adolescente podem ser uma alternativa de espaço que pode ser valorizada para a implementação de estratégias educativas adequadas à realidade da comunidade.

A relevância do trabalho é fortalecer a relação entre usuário do SUS e equipe multiprofissional sob uma ótica educativa, realizada por meio da VD, a qual tem possibilidade de ser direcionado tanto para o cuidado de usuários impossibilitados de ir à Unidade de Saúde (US) quanto e principalmente como espaço para realização de atividades de Educação em Saúde envolvendo toda a família, em especial os adolescentes. Com isso, acredita-se que os profissionais devem, acima de tudo, possuir conhecimento adequado do ambiente em que seus usuários vivem e convivem para que estes desenvolvam o autocuidado.

Além disso, a visita domiciliária pode ser considerada uma parte importante do processo de trabalho em saúde na ESF, pois reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas: a observação, que indica a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, que implica o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato

oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos (MERHY; ONOKO, 2007).

Apesar disso, nem sempre os profissionais de saúde utilizam a VD como espaço promotor da saúde, e sim, como atividade de cuidado pontual ou pautada em atividades individuais curativas. Em vista do exposto, lança-se a seguinte questão norteadora do estudo: Qual a percepção dos membros da ESF sobre a atenção à Saúde do adolescente na VD com ênfase na Educação em Saúde? Qual a opinião desses profissionais sobre sua necessidade de capacitação para levar educação em saúde ao adolescente durante a VD?

2 OBJETIVOS

- Compreender a percepção dos profissionais da ESF sobre a visita domiciliária com enfoque no adolescente;
- Identificar dificuldades ou facilidades que possam existir na atenção ao adolescente durante a VD.
- Relatar a experiência de realização de uma visita domiciliária a um adolescente do território.

3 ESTADO DA ARTE

O estado da arte procura identificar as restrições do campo onde se processa a pesquisa, as lacunas de sua disseminação, identificar as experiências inovadoras investigadas que buscam solucionar os problemas da prática e busca reconhecer as contribuições da pesquisa na constituição de propostas para a área focalizada. Pode ser uma contribuição significativa na constituição do campo teórico de uma área de conhecimento (ANDRE; ROMANOWSKI, 1999).

Segundo Soares (1989, p. 04), num estado da arte é necessário considerar "categorias que identifiquem, em cada texto, e no conjunto deles as facetas sobre as quais o fenômeno vem sendo analisado."

Os estudos de estado da arte que têm como foco a sistematização da produção numa determinada área do conhecimento são fundamentais para apreender a dimensão do que vem sendo produzido.

3.1 Atenção Primária à Saúde: possibilidades para o cuidado na família

O termo "atenção primária" começou a ser propagado a partir do Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, que em 1920 o associou à ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados (CONILL, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) surge como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população. A boa organização dos serviços de APS contribui para a melhoria da atenção com impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema (MACINKO et al., 2003).

O conceito estabelecido como consenso mundial, em 1978, destacou elementos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estava empenhada em difundir naquele momento: integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social.

Na América Latina, nos anos 80 do século XX, a atenção primária foi implementada como um pacote de serviços mínimos, em geral de baixa qualidade

(WHO, 2008).

Já no Brasil, a partir da década de 70, surgiram diversas iniciativas visando a ampliar as práticas nos centros de saúde que eram normalmente frequentados pela população mais carente. Nos anos 90, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo Atenção Básica em Saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível e voltadas, à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação (GIOVABELLA et al., 2009).

No contexto de debates sobre a influência da economia e de fatores sociais na saúde das pessoas, inicia-se o Movimento Internacional de Promoção da Saúde, no qual se estabeleceram as bases para uma nova visão oficializada inicialmente pela Conferência de Alma-Ata (1978), com o tema “Saúde para todos no ano 2000”.

Em relação à educação em saúde, a Primeira Conferência Nacional de Saúde 1981, no Canadá, já destacava o contexto social como determinante da saúde visto que influenciava o comportamento das pessoas. Assim a Educação em Saúde poderia atuar na qualidade de vida e mudança de hábitos (BRASIL, 2001).

Na Carta de Ottawa, em 1986, a visão do processo educativo fica evidente quando reconhece as pessoas como principal recurso para a saúde e que se deve apoiá-las e capacitá-las para que mantenham saudáveis a si próprias, os seus familiares e os seus amigos. Essa realidade também é vista na segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1988, a Declaração de Adelaide, a qual destaca a ação comunitária como ponto central de políticas de saúde. Levando-se em consideração o nível de educação da população, devem ser feitos esforços para informar aos grupos que deverão se beneficiar dessas políticas públicas (BRASIL, 2001).

Em 1991, acontece a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Sundsvall, na Suécia. Essa Conferência destacou estratégias fundamentais para as ações em saúde pública ligadas ao empoderamento das pessoas sobre sua própria saúde, visando obter ambientes saudáveis. Destaca-se a capacitação podemos

realçar a capacitação da comunidade e dos indivíduos para que estes tenham o maior controle sobre sua saúde através da Educação (BRASIL, 2001).

A Conferência Internacional sobre de Promoção da Saúde, em 1992, em Santa Fé de Bogotá, na Colômbia, enfatiza a promoção da saúde através da participação ativa das pessoas na mudança das condições sanitárias e na maneira de viver de acordo com uma cultura de saúde(BRASIL, 2001).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1997, em Jacarta se preocupa com a promoção da Saúde do século XXI e deixa claro que aprender sobre saúde fomenta a participação e que se devem acumular conhecimentos sobre as melhores práticas e facilitar o aprendizado compartilhado (BRASIL, 2001).

A Declaração do México, na Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em 2000, concluiu que a Promoção da Saúde é um componente fundamental nas políticas e nos programas públicos em todos os países para se conseguir equidade e mais saúde para todos (DECLARAÇÃO DO MÉXCIO, 2000).

Percebe-se que todas as conferências se referem ao compromisso de promoção da saúde por meio da divulgação de informações para a população e do estímulo ao autocuidado e da participação ativa das pessoas para a mudança das condições sanitárias, o que remete à oportunidade que a visita domiciliária tem de cumprir esse compromisso, quando o profissional da saúde se utiliza desse espaço para falar sobre qualidade de vida.

Paralelamente a esse contexto de luta por mudanças na maneira de se fazer saúde em todo o mundo, no Brasil os movimentos sociais ganharam força. Houve a redemocratização da sociedade e, através dela, a reforma sanitária. O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu após estes movimentos de articulação de outras políticas públicas com o setor da saúde, estimulando a intersetorialidade (CUNHA, J.; CUNHA, R., 1998).

O SUS veio da insatisfação e do descontentamento em relação aos direitos de cidadania, da falta de acesso, da escassez de serviços e da forma de organização do sistema de saúde. Em 1988, a Constituição Federal determinou ser dever do Estado garantir saúde a todos. Criou-se o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do Sistema.

Portanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por vários setores da sociedade (CAMPOS, 2006).

O SUS é definido dessa forma porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o Território Nacional, sob a responsabilidade das três esferas do governo: federal, estadual e municipal. É um sistema que significa um conjunto de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema se referem, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde tão presente na Estratégia Saúde da Família (CAMPOS, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família surgiu como um programa para se conseguir a reversão do sistema assistencial que predominava o atendimento de emergência aos pacientes. No Ceará, uma das experiências mais consolidadas resultou na diminuição da mortalidade infantil e materna, o que contribuiu com a implantação do Programa Nacional de Agentes de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (GIL, 2006).

Já em 1991, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a Implantação do PACS através de convênios com estados e municípios com a finalidade de estender a cobertura dos serviços de saúde em áreas pobres e desassistidas (ARAÚJO, 2014, *on line*).

Em 1994, divulgou-se o primeiro documento pelo MS, o "PSF: saúde dentro de casa", que estimulava a promoção de mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país que privilegiava a cura sobre a prevenção de doenças (BRASIL, 1994).

O objetivo do documento era melhorar o estado de saúde da comunidade, com assistência à família, através da Atenção Integral oportuna e contínua, nos domicílios, nos ambulatórios e nos hospitais. Inicialmente, fazia-se o cadastramento das famílias em suas casas, averiguavam-se as condições de saúde e saneamento básico. Já se afirmava a importância das visitas domiciliárias para uma maior integração das famílias com as equipes de saúde e garantindo-se a permanente proteção da saúde (BRASIL, 1994).

Outro documento "Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde" configura o PSF como um novo modelo estruturante, colocando a família como objeto de atuação, entendida a partir do espaço em que vive, o domicílio. Esse mesmo documento afirma que o domicílio deve ser entendido como

um espaço-âncora, onde são construídas as relações intra e extrafamiliares, como a luta pela sobrevivência, pela reprodução e por melhores condições de vida, além de fatores que influenciam o processo de saúde-doença, como conflitos, saneamento e instalações físicas (BRASIL, 1996).

Com a expansão desse programa, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica - que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006, *on line*).

Em 2011 a Portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a Portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

A ESF representa a descentralização do SUS. Por meio das equipes multiprofissionais atua em práticas de saúde com integralidade para atender populações delimitadas por áreas geográficas. A política de trabalho preconiza a visão do ser humano de forma contextualizada às suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Até o ano de 2011, foram implantadas 32.079 equipes de saúde da família em 6.284 municípios do Brasil, atendendo a cerca de 50% da população. As equipes de saúde bucal somaram 21.038 em 4.847, enquanto os ACS foram 248.521 em 6.391 municípios brasileiros (BRASIL, 2012)

A partir de um diagnóstico comunitário aprofundado, após cadastramento das famílias, pelas visitas domiciliárias e análise dos dados coletados, as atuações dos profissionais que compõem essas equipes tendem a criar vínculo com o usuário e fundamentam um trabalho sistematizado e contínuo. Esse trabalho vai muito além do caráter curativista e flexneriano. Sob a visão de eliminação de doenças, preconizam

um compromisso com a promoção da saúde e a qualidade de vida dessa comunidade de acordo com sua realidade.

As equipes devem executar ações de vigilância em saúde, relacionadas ao trabalho e ao ambiente dos cidadãos; realizar acolhimento humanizado; prestar atendimento de saúde; realizar visitas domiciliárias e criar espaços contínuos e crescentes de atividades educativas. A ESF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância em saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar apoiado na educação em saúde e na responsabilidade integral pela a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1997).

3.2 Educação em saúde e a visita domiciliária: estratégia para promoção da saúde

Freire (2004, p.25) afirma que “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.” Ou seja, não é dizer o que tem que ser feito, mas estimular o senso crítico dos cidadãos e o empoderamento sobre suas escolhas.

O educador em saúde deve objetivar a qualidade da informação, sua recepção, sua forma e o quanto é compreendida pela população, traçando estratégias de ensino que resultem em ações transformadoras por parte dos cidadãos. O autocuidado se inicia pela conscientização, lembrando-se de que cada indivíduo possui um ritmo para aprender, compreender e pôr em prática as orientações. Por conseguinte, o cidadão pode vir a estabelecer adaptações para o seu cotidiano (SILVA, 2005).

A educação em saúde no Brasil se refere às medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e ao enfrentamento das doenças num primeiro plano e, no segundo, as estratégias da promoção da saúde objetivam a construção social da saúde e do bem-estar (GUEDES et al., 2004).

A educação em saúde no Brasil se refere às medidas preventivas presente em todas as práticas desenvolvidas pelo SUS. Ela pode e deve ser aplicadas em qualquer ambiente onde são executadas as atividades profissionais de cuidado, como enfermarias, consultórios, salas de aula, grupos terapêuticos, unidades de saúde, salas de espera e em domicílio, desde que haja um propósito e o ambiente propício. A

Educação em Saúde deve estimular a participação social, logo, “deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, na mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna” (BRASIL, 2007a, *on line*).

Para tanto:

> É necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007a, on line).

O profissional da saúde deve possuir um olhar holístico e analítico sobre as necessidades de saúde da comunidade; e, sobretudo, estar envolvido com o sujeito e grupos. Como os profissionais de saúde trabalham em equipe, ressalta-se a interdisciplinaridade, ao lidar com fatores ligados aos usuários que determinam seu estado de saúde: ambiente, biologia humana, estilo de vida e a própria organização dos serviços de saúde (FREIRE, 2004)

Ao entrar no ambiente domiciliar, a equipe da ESF tem uma melhor visão sobre o ambiente, o estilo de vida, os hábitos e as relações dos usuários, o que contribui para uma abordagem sobre educação em saúde específica do domicílio visitado (BRASIL, 2012)

A política do setor da saúde, principalmente no momento histórico atual, está retornando sua atenção para a família no contexto domiciliar, reconhecendo-o como um importante campo de atuação para os profissionais da saúde. Compreende-se ser esta uma possibilidade de estreitar os vínculos e favorecer a responsabilidade social e política dos profissionais envolvidos com o cuidado em saúde, pois é no “cuidado domiciliar que se encontra a essência do ser humano” (LACERDA; OLINISK, 2004)

A atenção domiciliária é um termo usado para definir as ações de promoção da saúde, de tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, realizadas por qualquer profissional com vários objetivos. As atividades em domicílios existem há tempos, como por exemplo, as campanhas sanitaristas de Osvaldo Cruz que entravam nas casas para vacinar as pessoas mesmo sem autorização destas (ANVISA, 2006).

Nessa perspectiva, o cuidado domiciliar é uma das maneiras pelas quais os profissionais podem cuidar tanto em situações de promoção e prevenção como no apoio e na terapêutica de doenças. A presença de doença, nesse espaço, constitui-se, de outro modo, uma ruptura e/ou uma nova possibilidade de organização/ reorganização do grupo familiar. Além das incertezas da sobrecarga física, emocional e financeira, o impacto da doença gera mecanismos de defesa nem sempre favoráveis.

O papel preponderante do profissional cuidador consiste em envolver as pessoas sob seu cuidado nas decisões e ajudá-las no enfrentamento de conflitos, juntar esforços e assegurar uma atitude de confiança e reciprocidade. Além do mais, é no domicílio que o profissional, por meio do compartilhamento e das trocas, visualiza os possíveis riscos, as dificuldades ou as facilidades com vistas a identificar respostas e elaborar um plano de cuidado condizente com a realidade familiar e domiciliar (BACKES et al., 2006).

A modalidade de cuidado domiciliar confere, em última análise, uma posição de destaque e autonomia ao profissional por exigir deste, a capacidade de planejamento, encaminhamento, decisão, iniciativa e interatividade entre outras, além de uma inserção social ética e comprometida com o ser humano (BACKES et al., 2006).

As atividades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família englobam, entre outras, realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio; garantir a atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos e *praticar cuidado familiar*- grifo nosso, e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade. Portanto, promover educação em saúde durante a visita domiciliária é uma atividade de cuidado dentro das atribuições já estabelecidas para os profissionais da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1997).

Dentro das atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família está o cuidado das famílias na sua área de abrangência com mais frequência na Unidade de Saúde dentro daquele território. O agente comunitário de saúde (ACS), que faz parte da ESF, trabalha, prioritariamente, realizando atividades de saúde dentro dos domicílios das pessoas que estão sob sua responsabilidade (BRASIL, 2009).

Porém, o Ministério da Saúde atribui a visita domiciliária como competência para todos da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2013).

Diversas experiências práticas com ACS no Brasil são observadas desde a década de 80 do século XX, com o Movimento da Medicina Comunitária e a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Os ACS, que eram pessoas da comunidade assistida, realizavam atividades de orientação sobre prevenção de doenças, utilização de remédios caseiros e atendimentos em geral sobre doenças mais comuns ao ambiente.

Nas diversas instâncias ligadas à ESF, seja acadêmica, oficial ou na prática cotidiana, existem contradições e diferenças na forma de abordar a família, podendo dificultar a integralidade da saúde. Normalmente, a abordagem é feita de forma parcial, para apenas alguns indivíduos ou representantes presentes no momento da visita domiciliária (RIBEIRO, 2004).

Takahashi e Oliveira (2001) complementam que a visita domiciliária só se configura como intervenção quando planejada e sistematizada. Se não, será apenas uma atividade social.

É frequente a atenção e o planejamento dos profissionais de saúde voltados para a população em geral e alguns grupos específicos como a criança, o idoso e a gestante. Muitas vezes o público adolescente é esquecido sendo favorecido apenas no contexto das ações programáticas, como planejamento familiar, pré-natal e prevenção do câncer de colo de útero (BRASIL, 2010).

Profissionais que trabalham em programas de atenção à saúde de adolescentes referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois para que se cumpra a agenda de atividades os esforços parecem ser em vão, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois geralmente os adolescentes não comparecem no serviço (XIMENES NETO et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada por Macedo et al. (2010) para verificar a utilização dos serviços de saúde no Brasil, o grupo de adolescentes era o que menos procurava atendimento e, quando o fazia, geralmente era por doença, seguido por gravidez ou atendimento odontológico.

Para a adesão do adolescente aos programas de saúde é necessário que ele seja ouvido, possa se expressar e seja respeitado e valorizado. O adolescente não quer

nada pronto, e talvez ele não tenha ter encontrado isso no serviço de saúde (ROCHA et al., 2012).

A visita domiciliária ao adolescente talvez seja uma oportunidade de se resgatar o jovem que não frequenta a Unidade de Saúde para melhorar sua saúde nem se sente a vontade para se expor seus problemas e sentimentos diante de um grupo.

A visita domiciliária é vital para a educação em saúde, pois através dela é possível um planejamento individualizado dos processos educativos a cada individuo ou grupo familiar (TYLLMAN; PEREZ, 1998).

3.3 Saúde do adolescente: uma fase de oportunidades/desafios

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é definida como a segunda década da vida, de 10 a 19 anos. Já a legislação brasileira, presente no Estatuto da Criança e do Adolescente, refere-se à faixa etária dos 12 a 18 anos (BRASIL, 1990).

Muito além de sua definição cronológica, a adolescência pode ser caracterizada por uma série de transformações biopsicossociais, que compreende desde a maturação dos órgãos sexuais até a elaboração da identidade pessoal e sexual, com o exercício da sexualidade, da intimidade e da afetividade (FERREIRA *et al*., 2007; MANDÚ et al., 2008).

No que se refere à puberdade, essa etapa impõe ao adolescente grandes alterações e, desta forma, ele necessita se adaptar às novas dimensões e experimentar, com atenção, as novas sensações para integrá-las no seu cotidiano. Ocorrem mudanças complexas na personalidade, o que gera alterações de comportamento e instabilidade na forma de se relacionar. Essas transformações constituem a síndrome da adolescência normal, que tem características de busca pela identidade, pela tendência grupal, pelo desenvolvimento do pensamento conceitual, pela vivência temporal singular, pela evolução da sexualidade, existindo, em algumas situações, um desacerto entre o corpo - pronto para a reprodução - e a mente - despreparada para experienciar tais acontecimentos (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Além disso, nessa etapa do desenvolvimento humano verifica-se mudança no perfil da distribuição das doenças, identificando-se, mais comumente, um conjunto

de agravos relacionados, sobretudo, com o comportamento sexual e com as condutas que o adolescente apresenta dentro de seu convívio social (OLIVEIRA et al., 2008).

Em 2003, foi lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas. Essa estratégia resultou da parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, a Organização das Nações Unidas para a educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Visou a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação dessa população ao uso do preservativo masculino.

Para fortalecer a discussão das questões de saúde do adolescente, o governo brasileiro vem, em parceria com setores da sociedade civil, incluindo movimento da juventude, formulando diretrizes de implementação de uma política de atenção à saúde dessa população.

No segundo semestre de 2005, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, publicou duas normas técnicas: Marco Legal da Saúde dos Adolescentes, compilando trechos dos instrumentos legais que fundamentam a garantia do pleno exercício do direito à saúde dos adolescentes e Saúde Integral de Adolescentes e Jovens – orientações para a organização de serviços de saúde, a fim de recomendar e "nortear a implantação e/ou implementação de ações e serviços de saúde que atendam aos adolescentes e jovens de forma integral, resolutiva e participativa" (BRASIL, 2005a, b).

Em junho de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da área técnica de Saúde do Adolescente, publicou a versão preliminar do Marco Teórico e Referencial da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, compilando informações sobre as realidades dessa população no Brasil e identificando diversas necessidades específicas no bojo da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens como: prevenção de HIV/AIDS, questões relacionadas à gravidez, violência/abuso/exploração sexual, entre outros (BRASIL, 2007b).

Em 2007, foi realizada a Primeira Conferência Nacional da Juventude, com o objetivo de promover e propiciar um espaço para o diálogo entre o Poder Público e a sociedade sobre as perspectivas e os desafios desse segmento. O relatório final

constou de nove resoluções e 22 prioridades. No tema sexualidade e saúde, destacou-se a prioridade de garantir os direitos sexuais e reprodutivos e ampliar projetos educativos que desenvolvam metodologias participativas sobre gravidez na adolescência, gênero, violência, promoção da saúde e vulnerabilidades (BRASIL, 2007c).

Porém, o mais amplo e importante documento, sem o qual os demais perderiam força, é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). Funda-se na prevalência dos direitos humanos, tendo como pilares normativos a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2007d).

Para compreender a importância e a possibilidade de impacto das ações e dos serviços em saúde destinados aos adolescentes, é fundamental considerar suas principais demandas de saúde, de maneira que as ações oferecidas sejam adequadas à realidade local – individual e coletiva – dos principais interessados. Assim, questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos podem ser consideradas significativas no bojo de suas necessidades específicas, em especial as ações voltadas à prevenção em DST/AIDS; gravidez (maternidade/paternidade); aborto; contracepção e abuso/violência sexual (LEÃO, 2005).

Do escopo apresentado na PNAISAJ, é possível apontar três ordens de desafios: a) quanto à oferta sistemática e organizada de ações e serviços voltados aos adolescentes; b) quanto à capacitação e sensibilização da equipe de saúde para o trabalho com adolescentes, desde uma perspectiva que os considere sujeitos de direitos – especialmente na esfera da sexualidade e da reprodução e, igualmente, considere as especificidades de gênero; e c) quanto à matriz moral/religiosa que direciona o comportamento de muitos profissionais e agentes de saúde, em expressa desatenção aos princípios, às diretrizes e às normas consagrados na Constituição Federal e nos demais documentos norteadores da política de atenção à saúde do adolescente (OLIVEIRA, 2008).

A implementação da política de atenção à saúde do adolescente no Brasil esbarra na carência de formação dos recursos humanos: não há equipes de saúde suficientes para a população; as equipes não estão capacitadas/sensibilizadas para o trabalho com adolescentes e mapeamento de demandas; mesmo quando passaram por períodos de formação, nem todos os profissionais se dispõem a atuar com esta

população; muitos profissionais, embora capacitados, ainda percebem os adolescentes como pessoas em formação, que precisam de orientação e tutela, e não têm maturidade suficiente para certas escolhas.

Pela ótica da saúde pública, diversos indicadores têm evidenciado o alto nível de vulnerabilidade a que estão sujeitos os adolescentes, quando o assunto são informações e acesso a ações e serviços de saúde sexual e reprodutiva. Neste sentido, gestores de saúde de todas as esferas governamentais reconhecem que a valoração negativa do exercício da sexualidade e da reprodução dos adolescentes é um empecilho à prática da política de saúde sexual e reprodutivo voltado a esta população. No entanto, estudos têm revelado a discrepância entre o que é preconizada nos documentos norteadores das políticas – a política de direitos - e a prática cotidiana dos serviços.

Segundo a PNAISAJ, para que a promoção da saúde dos adolescentes seja efetiva é necessária a adoção de um olhar diferenciado para essa população adolescente que contemple a família e os pares. Essas concepções devem estar presentes nas ações de educação sexual para fornecer aportes reflexivos e críticos que contribuam para as tomadas de decisões de adolescentes e de jovens relacionadas à sexualidade e à vida reprodutiva e principalmente estimular pais, cuidadores, adolescentes e jovens a lidar com a sexualidade como parte integrante da vida, respeitando crenças e valores pessoais, bem como o sentido atribuído por pessoas jovens à vida sexual no que se refere ao amor, ao desejo de constituir família e ao desejo de intimidade e de prazer (BRASIL, 2007d).

No Brasil, a proporção de adolescentes é de 25% da população total. Estima-se que no Ceará a proporção seja de 20.4% dos habitantes na faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo que a maior parte vive em zonas urbanas. Fortaleza possui 2.452.185 habitantes e, destes, 432.658 são adolescentes, 17.6% da população (IBGE, 2010).

O Governo brasileiro tem se preocupado com a saúde de adolescentes e jovens em torno da saúde sexual e reprodutiva. Os programas direcionados a essa faixa da população existem tanto em parceria com órgãos de nível internacional, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto nacionais, como o Ministério da Saúde, com o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD).

Em 2006, ressalta-se que até os 15 anos 33% das mulheres pesquisadas já haviam tido relações sexuais, o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária. Os homens jovens apresentam semelhança na idade mediana da primeira relação sexual (16,2 anos), com maior concentração entre 15 e 17 anos de idade. Apenas 20% deles têm sua primeira relação depois dos 17 anos. Ressalta-se que não há diferenças regionais, sociais e de raça (BRASIL, 2009).

A questão da iniciação da vida sexual de adolescentes e jovens está relacionada à DST e AIDS, o que é uma preocupação constante nos serviços de saúde. A tendência do crescimento da doença entre o público jovem é mundial. O Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS mostra que, apenas em 2010, houve mais de 7.000 novas infecções por dia em todo o mundo, das quais 34% entre jovens de 15 a 24 anos. A diferença entre homens e mulheres infectados é cada vez menor. Em 1989, eram seis homens para cada mulher infectada. Em 2010, a razão é de 1,7 homens para cada mulher (UNAIDS, 2014, *on line*).

O município de Fortaleza dispõe, atualmente, de uma rede de serviços de atenção básica, composta por Centros de Saúde da Família (CSF) com atendimento de pré-natal e de planejamento familiar em todos os centros. Conta, hoje, com Equipes de Saúde da Família (ESF) que dão ao Município uma cobertura de PSF em torno de 40% da população. Considerando essa conformação, percebe-se, em nosso trabalho diário e pela condição de técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que se deve aprofundar o estudo das ações desenvolvidas junto aos adolescentes por essa rede de serviços (CEARÁ, 2006, *on line*).

Nos serviços de saúde, os adolescentes são atendidos por profissionais cujas consultas são direcionadas para os problemas que geraram a procura pelo serviço. Algumas situações comuns levam os jovens à procura da unidade básica e estão diretamente relacionadas à gravidez, a doenças sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias entre outros problemas clínicos. Todavia, gestores e profissionais de saúde devem entender as necessidades dos adolescentes, assim como os fatores ambientais, sociais e culturais que afetam a sua saúde (XAVIER et al., 2011).

As características específicas e as influências do contexto devem passar pelo planejamento, desenvolvimento, gestão e organização dos serviços de saúde para que o cuidado direcionado a esse grupo seja efetivo (HAACK et al., 2012).

A gravidez na adolescência é um problema que impõe que seja tratado não somente pelo setor saúde, mas também por diferentes setores da sociedade, como o da comunicação social, o sistema educacional e outros espaços governamentais e comunitários. É necessário que se busquem soluções com vistas a desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção desse evento, que poderá ser adiado em prol de se obter êxito em projetos educacionais e profissionais.

No Município de Fortaleza, em 2010, segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), dos 45.251 partos, 9.003 foram de adolescentes e, destes, 473 na faixa etária de 10 a 14 anos. Os indicadores de partos de adolescentes, segundo o SINASC no Brasil, no Ceará e em Fortaleza, no ano de 2009, foram de 25%, 26,4% e 20%, respectivamente. A gravidez na adolescência é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade do adolescente pelas implicações decorrentes desse evento, como o aborto, a morbidade e a mortalidade materna. O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de Fortaleza (CPMMF) registrou, no ano de 2009, 16 óbitos maternos, dos quais seis foram entre adolescentes (CEARÁ, 2014, *on line*).

A gravidez indesejada pode se revelar um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres adolescentes e jovens, quando esta é interrompida em condições inseguras. Considerando o período da série histórica de 2000 a 2006, dos números absolutos de atendimentos no SUS por abortamentos, observa-se uma queda em todas as idades. Mesmo com essa queda, os mesmos dados evidenciam o aumento de internações por abortamento a partir dos 15 anos, com um pico nas jovens de 20 a 24 anos. Essa situação mostra a urgente necessidade de atenção à vulnerabilidade desse segmento populacional para que essas pessoas se desenvolvam saudavelmente e possam fazer escolhas reprodutivas esclarecidas, de acordo com os seus direitos reprodutivos (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que nessa assistência estão os abortamentos por razões legais – gravidezes por estupro ou por risco de vida da mãe - que é um direito garantido por lei, também, às mulheres adolescentes e jovens.

Outro problema que atinge a saúde dos jovens é o uso de drogas ilícitas. Os estudos realizados até hoje sobre o consumo de álcool e de outras drogas ressaltam o alto consumo dessas substâncias entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos e entre jovens de 20 a 24 anos. As bebidas alcoólicas ocupam o topo da lista, tornando-se

um importante problema de saúde pública. Considerando tal cenário epidemiológico, a ênfase dessas Diretrizes se dar na análise do uso abusivo de álcool (BRASIL, 2010).

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira de 2007aponta que o início do consumo dessa substância, em adolescentes de 14 a 17 anos, está na média de 13,9 anos que é mais baixa que nos jovens dos 18 aos 25 anos, cuja média é 15,3 anos. Com relação ao consumo regular observa-se que os adolescentes (14-17 anos) adquiriram esse comportamento em média aos 14,6 anos. Já os jovens (18-25 anos) começaram por volta de 17,3 anos (BRASIL, 2010).

A mudança do padrão de consumo dos jovens também está na alimentação. O crescimento das prevalências do excesso de peso, tanto em adultos como em crianças e adolescentes, tem sido alvo de estudos populacionais em diversos países do mundo, desenvolvidos e em desenvolvimento (FIGUEIREDO et al., 2011).

O Brasil está, hoje, com prevalências de obesidade muito próximas às americanas, principalmente para os escolares. Isto coloca a população infanto-juvenil sob um grande risco de desenvolver, ainda nesta fase da vida, comorbidades associadas ao excesso de peso. O excesso de gordura corporal (identificado por um elevado IMC) pode trazer consequências imediatas como alterações no perfil lipídico e elevação da pressão arterial (FARIA et al., 2009).

Isso pode contribuir para o surgimento de uma população adulta, economicamente ativa, com obesidade grave e predisposta ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares (DCV), câncer, dentre outras (COELHO et al., 2012)

No Brasil, com a publicação das informações da última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), fica evidente a transição do estado nutricional, com redução das prevalências de baixo peso (4,1 a 4,9%) e aumento do excesso de peso (20,5 a 33,5%) e obesidade (4,9 a 14,3%) entre as crianças e adolescentes brasileiros (BRASIL, 2010).

Em relação ao trabalho, muitos adolescentes, devido a dificuldades financeiras da família, começam a trabalhar ainda criança. No trabalho, eles começam a

amadurecer psicologicamente e intelectualmente. Com sua remuneração, conquistam mais autonomia e liberdade diante dos pais ou responsáveis.

No Brasil, tem-se combatido fortemente o trabalho entre crianças e adolescentes, porém, ainda existem milhões dessa faixa etária trabalhando em atividades não permitidas. O trabalho infantil prejudica o desenvolvimento saudável dos jovens, porque, muitas vezes, estes são expostos a ambientes insalubres e perigosos. A pobreza e o desemprego dos pais levam crianças e jovens a se inserir no mercado de trabalho (BRASIL, 2005b).

Ainda em relação ao jovem, as atividades de arte, esporte, música, o corpo e seu visual são fatores que articulam grupos a se agregar para produzir uma peça teatral, um "som", uma dança, trocar ideias, postarem-se diante do mundo e alguns deles até com projetos de intervenção social. Segundo esse autor, o produto cultural mais consumido entre eles é a música, expressão cultural que mais une os jovens (DAYRELL, 2001).

Já o esporte para o adolescente traz um reforço da autoestima, menor predisposição a doenças, controla o peso, previne situações de risco, ajuda na busca de objetivos e estimula a socialização, criando sentimento de equipe e solidariedade entre os participantes, além de liberar adrenalina, substância que traz boas sensações para alguns jovens.

As famílias também devem ser envolvidas nas atividades de lazer. Para isso, é fundamental a criação de oportunidades de lazer para todo o grupo familiar, como espaços e momentos que favoreçam os vínculos familiares (HAACK et al., 2012).

O Poder Público precisa se sensibilizar e promover a criação de centros de lazer e de esportes, distribuídos particularmente nas áreas mais carentes, que ampliem as oportunidades de atividades de lazer no espaço público e de consumo cultural para crianças e adolescentes de todas as faixas etárias, o que levará a um reforço na Promoção da Saúde.

As ações de promoção da saúde são consideradas de relevância para a corresponsabilidade e fortalecimento do vínculo na relação dos profissionais da saúde e adolescente. Permeia, transversalmente, todas as políticas, programas e ações da saúde, com o desafio de constituir a integralidade e a equidade. A promoção da saúde é definida como um processo de capacitação da população de forma a propiciar

a melhoria da qualidade de vida. Significa que o indivíduo e a coletividade devem ter maior controle sobre sua saúde, por meio do desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis à saúde (SILVA, 2009).

É necessário que os profissionais sejam preparados para atender o adolescente de forma individual sabendo lidar com as demandas trazidas por estes. Toda forma de generalização gera posturas inadequadas em relação aos jovens e pode ser uma forma de caracterizar esse período da vida de modo restritivo e negativo. O trabalho voltado para a atenção do adolescente deve buscar o desenvolvimento de estratégias apropriadas à complexidade de suas demandas, aos diferentes espaços de ação, respeitando a intersetorialidade e todos os envolvidos (HAACK et al., 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Este tipo de estudo visa conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social e os demais aspectos do conhecimento humano, tanto do indivíduo isoladamente como de grupos e comunidades (CERVO; BERVIAN, 2006).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato. É realizada quando o tema escolhido é pouco abordado (GIL, 1996).

A pesquisa qualitativa permite compreender a realidade, o universo de significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2008).

A abordagem qualitativa visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos, relação entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas.

A pesquisa descritiva tem como objetivo analisar, observar, registrar e correlacionar fatos ou fenômenos sem modificá-los, buscando conhecer as inúmeras situações e relações que ocorrem na vida social, abordando dados e problemas que merecem ser estudado. Já o estudo exploratório pretende dar uma explicação geral sobre um determinado assunto, através de uma investigação mais ampla. Sendo o passo inicial no processo da pesquisa, é recomendado o estudo exploratório quando o tema escolhido é pouco explorado. Esse tipo de estudo abre espaço para uma pesquisa mais aprofundada (CERVO; BERVIAN, 2006; OLIVEIRA, 2007; MINAYO, 2008).

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na Região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 336 km e é considerada a

quinta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) de 2,5 milhões de habitantes em 2012. Destes, 219.132 estão na faixa etária de 10 a 14 anos e 235.795 se encontram na faixa etária de 15 a 19 anos (IBGE, 2012).

Em termos administrativos, o município de Fortaleza encontra-se dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Por meio dessa configuração administrativa descentralizada, as políticas municipais de saúde e educação são gerenciadas pelas SER, por meio de seus Distritos de Saúde, tendo como órgãos gestores as Secretarias Municipais.

Figura 1 – Mapa das Secretaria Executivas Regionais (SERs) do município de Fortaleza/CE.

Fonte: Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=(IBGE,+2012)...> Acesso em: 02 mar. 2014.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2013 em uma Unidade de Saúde da Família localizada na Regional VI em Fortaleza, Ceará. A Unidade de Saúde se encontra em um bairro onde existem moradores vivendo em

extrema pobreza. Além disso, é um ambiente com bastante violência devido ao uso e ao tráfico de drogas.

Atualmente, o Centro de Saúde conta com três equipes de Saúde da Família, além de pediatra e ginecologista.

Ao se visualizarem os dados presentes nas fichas e nos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) das equipes, no ano de 2013, analisam-se e se consolidam inúmeros e indicadores. Estes foram organizados em áreas temáticas nos ciclos vitais específicos (Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Atendimentos e Visitas Domiciliarias), a fim de facilitar a análise e a comparação com parâmetros de cobertura preconizados pelo Ministério da Saúde, descritos em instrumentos de avaliação recentemente adotados (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ), com vistas a buscar referenciais positivos (potencialidades) e negativos (vulnerabilidades) na atenção integral à população do território da equipe.

Destacando os indicadores relacionados à Educação em Saúde em 2013, como forma de contextualizar o território de estudo, foram realizados 81 atendimentos a grupos de educação em saúde e 2.225 procedimentos coletivos no período (atividades em escolas e no Centros de Saúde da Família [CSF], entre outros locais), além de 31 reuniões em equipe.

Em relação às visitas, ocorreram, ao longo do ano, 2.865 visitas domiciliárias (239 em média mensal), categorizadas por profissional da equipe, a seguir: 125 visitas pelo médico, 101 pela enfermeira, 54 por outros profissionais de nível superior, 49 por profissionais de nível médio, e 3.120 (260 em média, por mês) de visitas pelos ACS, o que perfaz a média de visita pelos ACS por família cadastrada da área inferior à média nacional de 1,5 visita por família. No segundo semestre de 2013, o número de visitas domiciliárias foi menor que no primeiro semestre do mesmo ano, devido ao aumento surpreendente do número de mortes na área por causa do tráfico de drogas, o que impediu as equipes de entrar na comunidade. Em um final de semana chegaram a morrer cinco jovens entre 13 e 16 anos de idade na região.

4.3 Agentes sociais da pesquisa

Foram 19 profissionais da ESF (12 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Técnica de Enfermagem, 1 Cirurgiã-Dentista, 3 Enfermeiros, 2 Médicos) que trabalham na Unidade de Saúde Doutor Hélio Góes Ferreira. Deixaram de participar da pesquisa os seguintes profissionais: 1 médica, 1 dentista, 2 auxiliares de saúde bucal, 4 agentes comunitários de saúde.

O critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa foi realizar visitas domiciliárias semanalmente e aceitar participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão envolvem aqueles profissionais que, no momento do estudo, estavam de férias ou não participaram das visitas domiciliárias e os adolescentes e familiares que não aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Procedimentos para coleta de informações

O presente estudo teve como etapas:

1ª etapa: inicialmente foi solicitada anuência formal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza para a realização do estudo e da Coordenadoria Regional da Saúde VI.

2ª etapa: após o consentimento dos gestores e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará iniciou-se a coleta de informações por meio da aplicação de um questionário e uma entrevista não estruturada com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam e possível existência de dificuldades/potencialidades. O local para a realização foi tranquilo e de fácil acesso. O horário foi agendado previamente na unidade de saúde (APÊNDICE A).

Para Minayo et al. (2007), as qualidades desse tipo de instrumento consistem em enumerar, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação.

3º etapa: após a realização das entrevistas foi feito, com agendamento prévio, o acompanhamento de uma VD realizada por uma equipe de saúde durante o período de estudo. Infelizmente, só foi possível fazer um acompanhamento porque as equipes alegavam não existir adolescente nas casas que elas estavam indo visitar, ou quando existiam elas não poderiam ir até aquela casa devido à violência do local. A seleção dos adolescentes acompanhados foi realizada mediante os seguintes critérios de inclusão: adolescentes de 10 a 19 anos de idade que vivem em famílias acompanhadas em domicílio pela equipe de saúde da família; e/ou adolescentes em situação de vulnerabilidade/risco identificados pelos agentes comunitários de saúde, profissionais da equipe ou qualquer membro da comunidade (OMS, 2008).

Como critérios de exclusão durante VD não foram incluídos aqueles adolescentes que no momento das visitas não estiveram presentes, não aceitaram a presença do profissional de saúde ou ofereceram risco à pesquisadora.

O acompanhamento da VD foi realizado pela pesquisadora, por meio de uma lista de verificação contemplando os seguintes pontos: preparação do profissional para visita com material educativo; forma de tratamento do profissional em relação ao adolescente; investigação sobre alterações psicoemocionais e uso de drogas; investigação sobre projeto de vida; orientação sobre métodos contraceptivos e sexo seguro. O intuito desse acompanhamento foi observar na prática do profissional de saúde como é conduzida a VD junto à família com membro adolescente, com foco principalmente nas ações de educação em saúde.

O profissional que estava sendo observado na visita domiciliária era informado antecipadamente sobre a pesquisa, mas ele só tinha acesso à lista de observação, instrumento da pesquisa, após a realização da visita. Acredita-se que o fato de o profissional saber que está sendo observado durante o seu trabalho possa fazê-lo agir de maneira um pouco diferente de seu habitual, porém a essência do seu trabalho se mantém.

Todas as atividades da pesquisa foram registradas em diário de campo e gravação de áudio com autorização dos participantes. O diário de campo é mais do que uma técnica que garante o suporte memorístico de recorrência; ele é uma ferramenta de produção de conhecimentos dentro da pesquisa. Nele constam as informações que não estão nas entrevistas, como comportamentos, conversas informais, hábitos, usos, costumes, entre outros, de forma a registrar fatos,

fenômenos e atitudes percebidos durante a pesquisa. As anotações foram feitas diariamente, com datas sinalizando os sujeitos da pesquisa, situação observada, local e situações adversas. Deve-se ter um caderno com o nome do pesquisador, informação da instituição do projeto em que se insere o nome do orientador e o período do registro (HESS, 2009).

4.5 Análise e interpretação das informações

Para o tratamento das informações foi realizado, de acordo com Minayo (2010), o percurso analítico e sistemático. Essa técnica torna possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade. A análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico.

A análise das informações foi feita através da transcrição das entrevistas registradas no gravador de voz, da releitura dos questionários e dos instrumentos de observação. Em seguida foi realizada a organização dos relatos e dos dados de observação.

Após uma leitura exaustiva e repetitiva elaborou-se a primeira classificação, onde cada assunto, tópico ou tema foi separado. Logo após, fez-se um enxugamento da classificação por temas mais relevantes. Finalmente, procurou-se articular o dado empírico com questões macrossociais, considerando as experiências cotidianas como processos microssociais.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A pesquisa incorporou a Resolução 466/12 (Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos) do Ministério da Saúde**,** que trata das pesquisas que se caracterizam como uma investigação individual ou coletiva que envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou a partir deles, incluindo o manejo de informações ou materiais. Esta pesquisa foi aprovada sob parecer de número 459.698, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC. Incorpora,

sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O profissional participante foi esclarecido sobre as etapas da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O adolescente também foi informado, no momento da visita, sobre a pesquisa e assinou o referido termo, bem como o seu responsável.

A observância ao princípio da autonomia foi obedecida através do esclarecimento de que a participação dos sujeitos é voluntária, sem nenhum prejuízo à sua pessoa ou ao seu tratamento. Foi destacado que não haveria nenhum prejuízo ao participante caso este viesse a se recusar a fornecer alguma informação ou mesmo se quisesse interromper sua participação na pesquisa, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido que foi elaborado e assinado no momento da realização da entrevista.

De acordo com Leopardi (2001), os procedimentos éticos legais incluem os cuidados éticos necessários à preservação do sigilo sobre fontes de informações e sobre a aprovação do processo nos locais onde se realiza a pesquisa.

No que diz respeito à não maleficência, foi garantida aos participantes a ausência de prejuízo moral ou de qualquer outra espécie a ele ou à sua família.

Também foi garantido a todos os participantes o direito ao sigilo das informações obtidas (anonimato) e tratamento justo (princípio de justiça), de forma que qualquer risco ou benefício foi compartilhado igualmente. Não houve nenhum constrangimento ou tratamento preconceituoso das pessoas que desistiram de participar da pesquisa em qualquer momento de sua execução, bem como foi garantido o acesso dos participantes às pesquisadoras para esclarecimento de qualquer dúvida.

5 RESULTADOS

Neste capitulo apresentam-se os principais depoimentos dos profissionais do estudo, os quais serão divididos na seguinte categorização: Caracterização dos trabalhadores da Saúde; Compreensão dos profissionais acerca da visita domiciliária e Educação em Saúde com enfoque no adolescente e desafios e possibilidades na promoção da saúde do adolescente.

5.1 Caracterização dos trabalhadores da saúde do estudo

Foram entrevistados 19 profissionais, sendo: 1 dentista, 2 médicos, 3 enfermeiras, 1 auxiliar de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde. As idades variaram de 28 a 52 anos, sendo que entre todos os participantes apenas três profissionais eram do sexo masculino. Ao se analisar por categoria profissional verificou-se uma média de idade maior para a enfermeira (44), seguido pelo dentista (42), ACS (40), médico (33), e técnico de enfermagem (30).

Os ACS tinham entre 1 e 18 anos de experiência na Estratégia Saúde da Família, com média de quatro anos. Apenas 1 não possuía treinamento na área de promoção da saúde voltada para o adolescente. Os outros profissionais da ESF possuíam, em média, cinco anos de experiência na Estratégia Saúde da Família, mas somente 1 possuía alguma capacitação voltada para o adolescente.

5.2 Educação em saúde e visita domiciliária: concepções e práticas

As entrevistas iniciais permitiram conhecer a percepção dos profissionais frente ao conceito de educação em saúde a fim de favorecer o vínculo e a aproximação entre a pesquisadora e os participantes antes da realização das visitas domiciliárias junto aos adolescentes. Nos discursos foi possível observar concepções distintas sobre a temática com ênfase na noção de educação para redução de doenças e enfermidades, conforme as falas a seguir:

> Educação leva você a não ser uma pessoa doente. (ACS). (*sic*).

> Informações que a gente repassa para a comunidade e grupos individualizados. Estou sempre fazendo palestras e isso é Educação em Saúde (E2). (*sic*).

> Educação em Saúde é uma forma de você repassar, principalmente a parte da saúde que as pessoas ainda têm dúvidas; forma de reeducar em relação aos problemas de saúde; às vezes eles têm problemas e nem sabem (TE). (*sic*).

Apesar dessas concepções, alguns profissionais apreendem Educação em Saúde como trabalho de sensibilização dos usuários, com concepção ampliada do processo educativo, na qual o sujeito é visto como agente ativo do processo, com vistas ao empoderamento e à responsabilidade sobre sua qualidade de vida:

> Tema importante de conscientização tanto para a equipe como para os pacientes. A saúde é um dos temas principais na sociedade, tanto no caráter preventivo como de cura para melhorar a qualidade de vida da população. (M3). (*sic*).

> A partir da Educação, eles vão ter entendimento, vão buscar mais saúde, vão ficar mais atentos numa reportagem da televisão, o que ele pode resolver para melhorar a saúde dela e, ás vezes, por não ter Educação, não pesquisa. (ACS-V). (*sic*).

> Pessoa começa a se sentir responsável; não é só remédio; se cuidar, se exercitar; não são os outros os responsáveis. (ACS-S). (*sic*).

Já em relação às concepções sobre a Visita Domiciliária (VD) como atividade de Educação em Saúde (ES), a maior parte dos entrevistados percebe essa ação como momento relevante para educar sobre a saúde e qualidade de vida em diversos contextos e temáticas, como se observa nas falas abaixo:

> A Visita Domiciliar é atividade de Educação em Saúde, o ACS precisa estar capacitado para observar e orientar dentro das suas condições (ACS-F). (*sic*).

> Pode ser feita tanto a caráter de prevenção de doenças, como orientação para pacientes com sequelas. Em época de dengue, a população em geral deve ser orientada tanto nas Unidades de saúde como em seus domicílios. (M3). (*sic*).

> A VD que a gente está fazendo é para pessoas que têm dificuldade de vir à Unidade. A médica passa medicação e eu já oriento sobre higiene, alimentação, o que for preciso. Atualmente estamos falando sobre dengue (E2). (*sic*).

> Toda oportunidade que você tiver com o usuário, você deve fazer Educação em Saúde, numa visita, num acolhimento, num atendimento, esperando consulta (E3). (*sic*).

> Depende da necessidade da família naquele momento, se é um problema que a mulher tá passando por violência pelo marido, se é um problema de droga, de hábitos de higiene, tem que ver a realidade e a visita é este momento (CD). (*sic*).

Alguns entrevistados falaram da visita domiciliária como oportunidade para favorecer o relacionamento entre equipe de saúde e usuários:

> Hoje a gente entra na casa da família, como amigo, não só como trabalhador, escuta os problemas, às vezes, não só voltado para a saúde, mas um trabalho psicológico. (ACS-C). (*sic*).

> Ótima oportunidade, conhecer a necessidade a fundo; o usuário fica à vontade; vemos condições financeiras, psicológicas; o usuário se sente mais importante; há um maior entrosamento. (E3). (*sic*).

> Muito importante; o ACS quando aborda o paciente na sua casa, o usuário se abre melhor com o ACS, até mesmo mais que com o médico, não tem segurança para passar pro médico; confia mais no ACS, pede conselho. (ACS- EF). (*sic*).

> O maior desafio para nós que visitamos as casas, a partir do momento que você entra na família é um processo complexo, porque quando você menos espera você se envolve; cria vínculo com a família e, assim, se obtém êxito com os processos, com os problemas. Se a pessoa tá com uma doença contagiosa (hanseníase, tuberculose...), você consegue que eles se abram, desabafam, diferente do que o que se consegue nos consultórios. (ACS-Z). (*sic*).

Durante as entrevistas é possível observar que os profissionais utilizam a visita como estratégia para compreender a realidade vivida pelo usuário, influenciando no cuidado à saúde e na resolução de problemas:

> A equipe vai ver onde realmente estão os problemas. Se você não conhece a realidade não da para ser efetivo. Você ver as condições de moradia, higiene, saneamento (M1). (*sic*).

> A VD é importante porque se ver como a pessoa vive, porque ás vezes no grupo as pessoas contam algo que não é a realidade. É importante o profissional ter conhecimento da realidade da casa daquele paciente. (CD). (*sic*).

> Item fundamental, toda semana tem que ter horários reservado para a VD, porque lá você pode perceber, de forma mais importante, as condições que ele vive; ele chega com uma queixa no Posto e você não tem a total

> dimensão do seu ambiente, do seu convívio. Indo até a casa, você ver as condições de higiene, sanitária, sua relação com a família... (M3). (*sic*).

Outros participantes comentam que VD deve ser realizada apenas para aqueles que realmente têm necessidade desse acompanhamento em domicílio:

> É muito importante, quando necessária, porque infelizmente acontece de pacientes que não necessitam de VD, mas querem e ocupam o carro e a equipe que deveriam tá na casa de alguém que precisa. Exemplo, tenho um paciente que tem uma perna amputada, que recebe VD, mas vem para a consulta odontológica no posto; então, esse paciente pode vir à Unidade.(CD). (*sic*).

> Para quem realmente tem necessidade, porque a gente só direciona para pessoas que não podem vir para o posto; quando o objetivo é esse, eu acho muito importante, principalmente quando vai o médico e aborda todo o contexto do paciente. (ACS-S). (*sic*).

> Tem que priorizar grupos (E1). (*sic*).

Também foi manifestado a VD como oportunidade para orientações sobre saúde, mas também a necessidade da colaboração do paciente para mudanças de comportamento:

> Um desafio grande, porque a família é um ambiente complexo, o profissional tem que ter vínculo, porque muitos não seguem as orientações. O tratamento só dar êxito quando a família colabora. (ACS-Z). (*sic*).

> Importante demais, mas tem gente que quer fazer da VD a "tábua de salvação", mas tem que haver do paciente uma reciprocidade de acatar o que o médico diz e, às vezes, eles querem colocar como responsabilidade total da enfermeira, do ACS e não é assim, cada um faz sua parte. (ACS-S). (*sic*).

> Dependendo da família; tem família que muda totalmente com explicação, aos poucos vão se modificando na limpeza da casa, das crianças, no tratamento odontológico, na forma de agir... Uma usuária me chamou na casa dela para me mostrar como eles melhoraram. Outros pioram (ACS-V). (*sic*).

Durante os depoimentos foi possível observar, na perspectiva dos trabalhadores da saúde, como eles acreditam que deve se constituir a VD, relacionando os profissionais necessários para a realização da consulta no domicílio:

> O médico, enfermeiro, auxiliar, dentista. Se seus dentes tiverem tudo estragado, afeta o coração (TE-O). (*sic*).

> Equipe do NASF, com fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro, auxiliar. (ACS-A). (*sic*).

> Tem que ter equipe completa, principalmente ACS, porque ele repassa para mim, eu comunico para médica e então a gente sabe o problema que a gente vai enfrentar a necessidade daquele paciente (E3). (*sic*).

> Dona de casa deve estar presente e profissional falar com segurança (ACS-VG). (*sic*).

> Além dos profissionais, não só médicos, deve haver interação entre as pessoas, quanto mais diversidade melhor para visita, com olhar ampliado, não só olhar doença, ver o cuidador, o acamado, ver toda família (M1). (*sic*).

> Deve existir dentista para a VD, o mais importante (ACS-L). (*sic*).

Também foi respondido o tipo de comportamento e de atitudes que os profissionais devem possuir ao se fazer uma VD:

> Bom acolhimento, porque você tá invadindo a intimidade daquela pessoa e um bom profissional (ACS-M). (*sic*).

> Ver o paciente como um todo, olhar o cuidador, o contexto todo de uma maneira geral, não específico (E3). (*sic*).

> Não só repassar receita, mas ter olho clínico de passar o olhar e ver o ambiente, ver se a pessoa tá bem só pela conversa. Muitos são meio depressivos e querem desabafar (ACS-EF). (*sic*).

5.3 Introdução da educação em saúde na família com enfoque no adolescente

Além dessas concepções, os profissionais apontam o ambiente escolar como um cenário propício para a educação em saúde, mais do que qualquer outro da comunidade. Além disso, os participantes destacam a temática da violência e das drogas como um obstáculo para a realização das atividades educativas, como se observa nos depoimentos abaixo:

> Educação em Saúde está muito em falta na minha área por conta dos adolescentes que não estudam por conta das drogas (ACS-A). (*sic*).

> Palestras no colégio sobre Saúde Bucal, bom comportamento, sobre a violência (ACS- R). (*sic*).

> Devem existir mais esclarecimentos principalmente nas escolas para que atinja o maior número de pessoas, que envolva professores, família para

> que possa ter um objetivo melhor para prevenção de doenças, contraceptivos... (ACS-S). (*sic*).

Acerca da educação em saúde voltada para o adolescente, muitos profissionais relataram a dificuldade em lidar com esse grupo, agravada ainda mais pelas as drogas, mas alegaram que deve ser dispensada uma maior atenção a esse grupo:

> Tentei fazer grupos com adolescentes muitas vezes na Unidade, nos espaços sociais, na escola e, o que tive mais sucesso foi na Igreja, porque o grupo já existia e eu me meti. Tem pessoas que têm mais facilidade, porque puxa para o lado do teatro, do esporte. Trabalhar o esporte é como se a gente conquistasse o adolescente; se você só disser o que é certo e o que é errado, não funciona (CD). (*sic*).

> O adolescente é muito mais complicado, não quer nem ouvir a gente. Quando a gente chega à casa, a gente nem ver o adolescente, então o profissional tem que ter muito jogo de cintura, precisa tá capacitado para isso. É uma abordagem diferente. Tenho contato com adolescente em atividades culturais que os ajudam a fugir da violência. Os profissionais precisam conviver mais com a realidade deles para que eles não sintam medo, eu também tenho medo, mas tenho um pouco mais de intimidade. Deve haver treinamento para que os profissionais falem a linguagem deles, como eles veem o mundo, os valores (ACS- F). (*sic*).

> O adolescente é difícil, não querem nos escutar, a gente vai falar sobre DST, preservativos e eles não ligam. Tinha uma adolescente na área que morreu em 20 dias com HIV e a gente sabia que a menina que ele ficava tinha (ACS-V). (*sic*).

> O adolescente é complexo, deveria trabalhar a família, para a família passar para eles, porque tem muita família desestruturada que não passa principio nenhum de moral. Trabalho complicado, mas também tem que fazer um trabalho paralelo com os jovens, porque se deixar só com a família, não resolve (ACS- S). (*sic*).

Alguns profissionais deixam claro que precisam de apoio de outros setores da sociedade para que consigam sensibilizar os adolescentes no cuidado com a saúde:

> A adolescência é idade de conflitos, experimentos, devemos pensar o que nós oferecemos, nós não conseguimos fazer Educação em Saúde, sozinhos, devemos buscar aliados e oferecer alternativas saudáveis. Muito bom os CUCAS, as opções dentro da comunidade. Fazer coisas permanentes e em todas as oportunidades e junto com eles pensar o que queremos para nós, para depois não ter mais jeito (M1). (*sic*).

> Tem o PSE nas escolas para conversar com adolescentes, mas o PSE, ás vezes, não toca muito na realidade do dia-a-dia e nós devemos buscar recursos para eles participarem mais. Através só de palavras eles mudam o comportamento (ACS-EF). (*sic*).

> Em relação às drogas, podemos evitar dentro das escolas. O adolescente é muito esquecido, sem programas específicos (E3). (*sic*).

5.4 Desafios e possibilidades na promoção da saúde do adolescente

Finalizando a entrevista, os profissionais ficaram livres para acrescentar suas opiniões e experiências em relação à promoção da saúde do adolescente. Alguns manifestaram que necessitam fortalecer estratégias mais adequadas a esse grupo, visto que muitas vezes não conseguem promover a visita domiciliária e a educação em saúde como deveriam:

> A falha é nossa, nós direcionamos a VD só para idoso e esquecemos esse grupo e temos que direcionar a VD para promoção (E2). (*sic*).

> Às vezes o PSE não toca muito na realidade do dia a dia e nós devemos buscar recursos para eles participarem mais. Acho a Educação em Saúde muito vaga, porque não fala muito sobre o que eles podem passar e através só de palavras, eles mudam o comportamento (ACS-EF). (*sic*).

> A VD deve ser em mais períodos e dar mais atenção ao adolescente (ACS-V). (*sic*).

> O trabalho é feito de forma técnica, sem avaliação depois para ver se fez efeito. Tem que ter espaço para se fazer Educação em Saúde (ACS-Z). (*sic*).

> Devemos levar orientação e Educação em Saúde para casa (ACS-L). (*sic*).

Também foi citada a adolescência como uma fase de desafios, tanto pelas próprias características desse ciclo de vida quanto como pela pouca capacidade dos profissionais em trabalhar com esse grupo:

> Devemos orientar o adolescente que a droga não tem volta, ou é cadeia ou cemitério. Tem que procurar outras atividades fora da escola. A gente tem que ter preparação para falar com eles, que são muito revoltados (TE). (*sic*).

> Alguns adolescentes são rebeldes, não se pode falar em drogas, só depois de um tempo. Falar junto com toda a família (ACS-A). (*sic*).

De uma maneira geral, as dificuldades apontadas pelos profissionais em se fazer visita domiciliária voltada para o adolescente, não foi "culpando" esse grupo pelo baixo número de visitas, mas que o ato em si de se fazer visita domiciliária para

qualquer grupo, especificamente no território estudado, já é um grande desafio, pela falta de segurança da região:

> As dificuldades da VD estão na questão da segurança. Alguns populares falam que alguém foi assassinado ontem e você passa no mesmo local e você vai com medo, com receio de não voltar, de ser assaltado... A própria população merece essa segurança. Tem áreas que você tem que visitar, porque eles não podem vir para o posto, as chamadas fronteiras, se vierem ao posto, eles podem ser mortos pelas gangues rivais (M3). (*sic*).

> Não podemos trabalhar direito pela violência da própria área; são jovens matando, brigas de gangue; a gente não pode fazer um trabalho bom. Hoje não fazemos um trabalho completo, porque não podemos entrar na área (ACS-R). (*sic*).

Outras limitações que alguns entrevistados alegam são o comportamento da família visitada, ora barrando a entrada da equipe, ora não contribuindo para o êxito do trabalho realizado:

> As pessoas mais abastadas se fecham mais e as mais simples se abrem mais para VD. Algumas têm vergonha por conta dos problemas dentro de casa com os adolescentes. As equipes não têm muito problemas em tocar em certos assuntos, mas os ACS's têm, porque pode ter choque ideológico. Às vezes recebiam a gente com ironia, porque não tinha remédio, médico no posto; mas agora melhorou (ACS-F). (*sic*).

> A VD é ruim quando somos recebidos por quem não trabalha e, quem trabalha e não está na casa, diz que os ACS's não passam na casa (ACS-V). (*sic*).

> O que tem de ruim é que na VD, às vezes, a gente não é recebida. Ou quando vamos, tem gente que vem aqui no Posto e diz que a gente não foi (ACS-L). (*sic*).

> Nós, ACS's, nos sentimos limitados, porque o paciente pede para verificar a pressão, glicemia e agente não tem treinamento (ACS- S). (*sic*).

Os entrevistados relataram um pouco as satisfações que sentem ao realizar a VD quando percebem reconhecimento por parte dos usuários:

> Às vezes é bom quando eles nos mostram o que melhorou por causa da gente (ACS-V).

> Hoje fazendo VD, vejo como eles se sentem acalentados com o pouco que a gente pode dar. Na VD para acamados eles ficam tão felizes, tiram dúvidas, a VD veio só ajudar (ACS-C).

5.5 Visita a um adolescente da área: experiência no território

A fim de vivenciar a realização da visita domiciliária no território, após alguns contatos com profissionais da unidade de saúde e algumas tentativas frustradas, ligadas a situações já citadas anteriormente, como falta de veículo e violência, um agente de saúde da área pesquisada identificou um adolescente que preocupava a família, pois o mesmo não queria mais sair de casa. A presente situação foi essencial para se conhecer o território em questão, na perspectiva de uma visita domiciliária ao adolescente.

O adolescente a ser visitado morava com a mãe, empregada doméstica, três irmãs, desempregadas, e dois sobrinhos menores de idade. De acordo com a ficha A, o imóvel da família era próprio, de tijolo, com quatro cômodos. A água do domicilio era tratada por filtração e abastecida por rede pública. O destino de fezes e urina era feito através de fossa e o lixo era coletado. Ninguém da família possuía plano de saúde e todos procuravam hospital e a unidade de saúde em caso de doença. O meio de comunicação que mais utilizavam era a televisão. Não participavam de grupos comunitários. Utilizavam ônibus como principal meio de transporte. A agente de saúde da microárea onde o adolescente morava entrou em contato com a equipe de sua área e marcaram uma visita à sua família.

Durante a visita, utilizando-se do roteiro presente no APENDICE C, com o intuito de acompanhar as atividades realizadas pelos profissionais foi identificado que a equipe formada por enfermeira, médica e agente de saúde, cumprimentou o adolescente cordialmente ao adentrar a residência, apresentou-se e tratou o adolescente pelo nome. A equipe também evitou julgamento de valores e reações preconceituosas. Os profissionais identificaram e conversaram sobre as necessidades, dúvidas ou preocupações, mas não asseguraram confidencialidade, inclusive junto aos familiares.

A equipe investigou e observou alterações psicoemotivas e se o adolescente possuía um projeto de vida. Neste momento, conseguiu-se saber que o adolescente não queria cortar os cabelos e tinha vergonha de sair de casa, nem mesmo frequentava a escola.

Os profissionais investigaram sinais e sintomas sugestivos de uso de drogas e violência. Não houve orientação sobre comportamento de risco que pudesse implicar

gravidez precoce, DST e AIDS, nem orientação para a prática de sexo seguro e métodos contraceptivos.

As informações da visita não foram registradas em ficha, protocolo ou formulário e não houve entrega de material educativo com orientações de educação em saúde. Porém, houve uma orientação sobre os serviços do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS) e sobre os grupos de jovens que existiam nas igrejas da comunidade para que o adolescente se engajasse. Neste item, cabe ressaltar que antes de se deslocar para a residência do adolescente não foram selecionados materiais ou insumos educativos, formulários e protocolos para serem utilizados durante essa atividade. Por fim, a equipe prescreveu vermífugos e vitaminas para o adolescente e despediu-se cordialmente.

A unidade de saúde não contava, à época dessa visita domiciliária, com o serviço de Psicologia. No entanto, algum tempo depois uma psicóloga do CAPS começou a atender na unidade e, devido à necessidade sentida pela equipe e pela pesquisadora durante a visita domiciliária ao adolescente, entrou-se em contato com a psicóloga, a qual passou também a visitá-lo.

A psicóloga, durante suas visitas domiciliárias à família, percebeu que a casa era bem suja e ficava no quintal da casa da avó. O adolescente foi muito pouco cooperativo, mas a avó foi mais cooperativa e parecia preocupada. O cabelo dele estava bem grande e, como não saía de casa, também não cortava mais. Ele ajudava nas tarefas domésticas. A psicóloga tentou conversar, ele apenas respondia de forma objetiva. Quando foi tocado no assunto escola, ele até demonstrou um pouco de interesse (ela não sabia se para encerrar a conversa ou se realmente o desejo era verdadeiro). Marcou para ele ir ao posto, quinze dias depois, ele concordou, mas nesse momento ela teve certeza de que ele não iria.

Na volta da visita ela foi até a escola em que ele havia estudado, relatou o que estava acontecendo com esse ex-aluno, mas lá foi informada de que pela faixa etária ele não poderia retornar. Ele teria que ir para outra escola no horário noturno. A escola não sabia nada sobre o fato de o rapaz estar em casa, sem sair. E quando a psicóloga ficou sabendo que ele teria que estudar à noite, visualizou outro problema: para quem estava com medo de sair durante o dia, sair todos os dias à noite seria bem mais complicado. Mas mesmo assim fez contato com a Agente de Saúde e informou a situação.

Questionou-se o que poderia fazer para ajudá-lo, mas sem a vontade do paciente ficou sem opção, pois considerou que o desejo de mudança do jovem era fundamental para iniciar um trabalho. E depois, conhecendo melhor o local através do relato de outros pacientes e de agentes de saúde, foi constatado que se tratava de uma localidade de muita violência. Crianças, adolescentes, adultos e idosos passavam por situações de medo, ansiedade e pânico ao terem que sair de casa.

O caso relatado é o mais extremo que a psicóloga teve conhecimento. Ela concluiu que provavelmente havia a necessidade de adesão familiar, de uma mãe mais presente, de forma que pudesse dar suporte ao rapaz para que ele conseguisse começar a sair pelo menos para atendimentos psicoterapêuticos. No dia da visita a mãe dele não se encontrava. Um próximo passo poderia ser este, um contato com a mãe. Assim se poderia ter mais dados sobre a real situação do jovem e, também, contar com ajuda dela para trazê-lo à unidade de saúde.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos trabalhadores da Saúde do estudo

Conforme observou-se neste estudo, houve predominância de participantes do sexo feminino. Pesquisas evidenciam a predominância do sexo feminino na área da enfermagem e em algumas áreas relacionadas ao cuidado ao longo do tempo, tanto no nível superior quanto no técnico e no médio, o que continua até a atualidade, sendo denominada feminização da profissão.

É interessante também observar o alto percentual de ACS do sexo feminino, o que pode ser favorável para o desenvolvimento da VD, em virtude de os usuários se sentirem mais confortáveis em estabelecer conversas sobre assuntos íntimos com mulheres. Estudos mundiais indicam que, salvas as exceções, por razões culturais a mulher é a cuidadora tradicional, inclusive no Brasil (NERI; CARVALHO, 2002).

Sobre o item da capacitação profissional voltada para o adolescente, os agentes comunitários de saúde foram os mais contemplados. Mesmo entre esses profissionais ficou clara a dificuldade que as equipes têm de lidar com esse público.

Estudo de Teixeira (2002) concluiu que uma das dificuldades dos profissionais de saúde no trato com adolescentes era advinda da formação acadêmica, por não considerar o tema adolescência e sexualidade humana no currículo e, quando contemplado esse tema, as contribuições estão voltadas para o controle normativo e tecnológico da sexualidade e para o processo reprodutivo, com pouco ou até nenhum trabalho que englobe gênero, classe e etnia.

Paulatinamente, a formação acadêmica em saúde deve dar uma maior ênfase ao ensino sobre adolescência e sexualidade humana com enfoque além do biológico. Os gestores em saúde devem propiciar mais investimentos na educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde e, consequentemente, tornar viável a assistência integral à saúde do adolescente.

6.2 Educação em saúde e visita domiciliária: concepções e práticas

Na apreensão do conteúdo das falas percebeu-se que os profissionais em sua maioria ainda possuem uma noção de saúde associada à ausência de doença. Em vista disso, nota-se que a atuação sobre determinantes gerais de saúde é potencialmente mais eficaz para o incremento da saúde da população do que as ações direcionadas para a prevenção de riscos ou tratamento e recuperação de agravos, uma vez que seu impacto se manifesta como ampliação da saúde, consistindo em proteção contra um largo espectro de possíveis patologias ou agravos (HORTA et al., 2009).

É importante salientar ser no âmbito da ESF que a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família. Conforme relatado por alguns profissionais nas entrevistas, a educação em saúde se limita ao repasse de informações, ao conceito positivo de saúde, de cura e doença.

A OMS, inicialmente, considerou como definição positiva de saúde o completo bem-estar, ou seja, algo quase inatingível e, portanto, não poderia ser usado como meta pelos serviços de saúde, conceito que parece ainda influenciar alguns participantes desse serviço. No entanto, é desejável que o profissional da ESF seja capacitado para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita de seu território, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença e desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Convém salientar que apesar da aceitação da ideia de que a saúde é mais que a ausência de doenças, a formação em saúde ainda está voltada a práticas preventivas de doenças, o que incita a se questionar se a promoção da saúde numa perspectiva de educação em saúde necessita de mudança de paradigma. Tal inquietação decorre do fato de a saúde continuar sendo vista, mesmo sob o foco da promoção da saúde, de forma individualista, uma vez que a saúde é abordada como uma responsabilidade individual onde impera o “bom” uso da autonomia individual (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008)

Para Coelho et al. (2004), a visita domiciliária é um dos destaques da prática da Saúde da Família, havendo duas formas de visita. A primeira forma é a visita

domiciliária fim, com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliária terapêutica e a visita a pacientes acamados. E a segunda forma é a visita domiciliária meio, na qual se realiza a busca ativa em demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde através da educação em saúde individualizada.

A visita domiciliária focada no adolescente representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais que o simples fornecimento de um tratamento. Apresenta-se como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família, além da busca da participação do paciente e de seus familiares no processo do cuidado (KAWAMOTO et al., 2004).

Importante destacar que nas falas dos profissionais, eles ressaltam a necessidade da visita ser realizada por uma variedade de categorias profissionais para que a visão sobre o contexto do ambiente em que vive o paciente seja ampliada. Alguns apontam que existe pouca participação do profissional de odontologia nas visitas domiciliares e que isso é uma falha da ESF. No caso do adolescente visitado pela psicóloga, essa necessidade ficou mais evidente, pois, através dela houve a percepção de outros problemas, como a falta de envolvimento da mãe e da escola na vida do adolescente.

A visita domiciliária respeita e atende aos princípios norteadores das ações especificadas nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, como os princípios da ética da saúde, o acesso universal para a assistência e o acolhimento. Considera o usuário em sua integralidade biopsicossocial, a criação de vínculo entre os profissionais da Odontologia e os usuários, além da responsabilidade profissional, garantindo respostas resolutivas aos problemas do usuário (BRASIL, 2004).

Normalmente, as equipes sofrem com a falta de carro para realizar os atendimentos domiciliares e quando existe o carro para se fazer a visita, este não comporta todos da equipe e o dentista não é priorizado neste tipo de atendimento. Outras vezes o próprio dentista tem a ideia de que seu trabalho só pode ser realizado no consultório.

A princípio define-se como cuidados domiciliares em saúde bucal o conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre os autocuidados, prevenção e assistência odontológica realizados no domicílio. Frente ao desafio de proporcionar

cuidados domiciliares em saúde bucal, no que diz respeito à assistência, há que se considerar que na maior parte das vezes exige equipamentos, instrumentais, condições de biossegurança e de ergonomia que dificilmente serão alcançadas plenamente no domicílio (SÃO PAULO, 2005, *on line*).

Em decorrência das dificuldades apontadas, o consultório odontológico dos serviços de saúde é o espaço privilegiado para o desenvolvimento das atividades clínicas. As atividades de assistência odontológica oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando acima de tudo a necessidade apresentada pelo mesmo (SÃO PAULO, 2005, *on line*)

Quando se iniciaram as VDs no Brasil, elas eram realizadas por ACS, através do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Atualmente profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar e compartilhando a assistência e as responsabilidades. Em função da atuação em equipe, aproveita-se o conhecimento específico de cada profissional em sua área, e a atenção dispensada ao paciente torna-se integrada (DIAS et al., 2006).

Muitos profissionais acreditam que há a necessidade de os usuários tomarem conta de sua própria saúde e serem responsáveis por suas decisões, reafirmando o que alguns autores relatam sobre a necessidade de empoderamento da saúde.

O empoderamento, na ESF, é um instrumento em potencial de transformação, pois está inserido nos territórios onde os membros da equipe estão sempre em contato com a população, caminham pelas ruas, entram nas casas e conversam diretamente com as pessoas, alcançando, muitas vezes, grande poder de influência. Por exercer esse papel, os profissionais adquirem amplo conhecimento sobre os processos de saúde/doença/cuidado das famílias acompanhadas, possibilitando adaptar as práticas e pensar ações focadas nas demandas individuais de cada comunidade. O uso da estratégia de empoderamento pelos serviços para a promoção da saúde é carregado de potencial para a mudança social e a redistribuição de poder.

Os usuários precisam ser estimulados a ter um olhar sobre a ESF em um contexto de participação social, onde deve ser discutido não só questões relativas diretamente à saúde dos usuários ou dos funcionamentos dos serviços, mas também

debater e levantar possibilidades para outros problemas que envolvem o coletivo. Os profissionais acabam por desempenhar uma função de mobilizador de ações individuais e sociais. Diante disso, a ESF pode e deve ser vista como instrumento-chave para que o processo de empoderamento se efetive.

Com a incorporação do conceito de educação em saúde em suas práticas de saúde, o profissional deixa de solucionar problemas agudos, procurando descobrir as causas que desencadeiam as doenças e suas intercorrências. Isso deve ser incorporado desde a formação profissional, para vencer os desafios e implementar o novo nessa formação, desvinculando-se das bases curativistas.

A visita domiciliária é uma oportunidade de o profissional levar a educação em saúde *in loco* e descobrir algumas causas de problemas que muitas vezes são desencadeados no ambiente onde o usuário vive, e que normalmente o profissional não consegue saber durante um atendimento no consultório, conforme alguns entrevistados relataram.

Algumas das causas de doenças, como a dengue, são prevenidas da melhor forma quando se trabalha o local onde as pessoas habitam, pois lá pode estar o foco do mosquito causador da doença. Muitas vezes, o paciente recebe orientações sobre a prevenção da doença, mas não as coloca em prática. Através da VD, o profissional pode ver de perto se o domicílio está protegido dos focos do mosquito. Em épocas em que a dengue está em epidemia os entrevistados disseram que ela é bastante trabalhada no ambiente domiciliário, mais que qualquer outro assunto.

A visita domiciliária é uma estratégia que apresenta algumas vantagens, como: a presença do profissional de saúde *in loco* para levar informações de saúde ao grupo familiar, permitindo, com isto, uma visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida; um planejamento das ações mais factíveis, já que busca atender as condições observadas no domicílio; o melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde por ser sigiloso e menos formal, além da liberdade para se expor os mais variados problemas, já que o tempo disponível é maior do que quando o atendimento é realizado nas dependências dos serviços de saúde (MARASQUIN et al., 2004).

6.3 Introdução da educação em saúde a família com enfoque no adolescente.

Quando se perguntou sobre a educação em saúde voltada para o adolescente, muitos profissionais disseram que a escola é o ambiente mais propício para se fazer essa atividade, de forma que chegue ao adolescente com mais possibilidades de êxito.

O ambiente escolar, local onde os jovens passam grande parte de suas vidas, pode atuar de maneira significativa na formação de opiniões e na construção de caráter, sendo um lugar de referência para a implementação de qualquer programa que vise à educação e à conscientização. A maioria dos adolescentes permanece algumas horas dentro da escola, quando o aprendizado é sedimentado e os hábitos familiares podem sofrer influências a partir das informações recebidas nesse ambiente.

No entanto, os educadores não costumam dar ênfase a assuntos relacionados à saúde, o que dificulta o fortalecimento do trabalho realizado pelos profissionais de saúde no ambiente escolar.

Neste contexto, Mastrantonio e Garcia (2002) apontam para a sala de aula como o lugar mais apropriado para a apresentação de um programa de educação em saúde porque forma opiniões.

Estas informações discordam dos encontrados por Cangussu et al. (2001), que perceberam que os alunos entrevistados creem que a educação e a saúde andam juntas e que os professores devem ser cobrados para a realização dessa atividade junto ao processo educativo.

Outro tema citado pelos entrevistados que também deve ser trabalhado na escola com os adolescentes são as drogas. Um fator que dificulta a implementação de atividades educativas junto aos adolescentes é a ausência desse público nas unidades de saúde. Daí a necessidade de inclusão de atividades educativas na escola e até mesmo no ambiente familiar.

O estudo de Haack et al. (2012) sobre fatores de risco e proteção mostra que fatores de risco são aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que tornam a pessoa vulnerável a adquirir comportamentos arriscados, como usar drogas. Fatores de proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, tornando a pessoa com

menos chances de adotar esses comportamentos. Sobressaem-se, portanto, a família, a escola, os pares e a comunidade onde o jovem vive.

Nota-se que essas instituições possuem um papel fundamental como fatores de proteção, embora também se desenvolvam como fatores de risco ao exercerem influências que induzam ao consumo de drogas. No caso do adolescente acompanhado pela equipe, verificou-se que ele não se engajava em qualquer grupo, nem mesmo na escola e, além disso, a mãe era ausente.

Ao se realizar um trabalho de prevenção com um grupo é necessário conhecer a realidade daquele grupo específico, identificando, para aquelas pessoas, o que é fator de risco e o que pode ser fator de proteção, a fim de atuar minimizando os primeiros e fortalecendo os segundos. Daí a importância de os profissionais conhecerem o ambiente de relações dos adolescentes para prevenir riscos a esse grupo.

Concordando com o que alguns entrevistados afirmaram quanto à necessidade do apoio de toda a sociedade para se prevenir as drogas entre adolescentes e sensibilizá-los para a melhoria de sua qualidade de vida, o problema do uso indevido de drogas está disseminado em todos os lugares. Clubes, escolas, condomínios, bairros, todos enfrentam esse problema. Muitas vezes, por não se saber como abordar o problema, não se toma iniciativa para tentar resolvê-lo. Considerando que são muitos e variados os fatores que causam os problemas com o abuso de drogas, uma ação isolada não é suficiente. São necessárias ações conjuntas, em diferentes níveis, realizadas e dirigidas para os diversos grupos que compõem a sociedade (HAACK et al., 2012).

6.4 Desafios e possibilidades na promoção da saúde do adolescente durante a visita domiciliária.

Os entrevistados, de forma livre, relataram que se sentem corresponsáveis por não priorizar a atenção aos adolescentes, e que parte dessa falha se deve à não capacitação durante sua formação acadêmica e profissional.

Apesar de não se ter encontrado diferenças no comportamento entre profissionais mais velhos e mais jovens, estudos relatam que médicos que tiveram algum treinamento em medicina do adolescente durante a residência demonstram

mais possibilidade de lidar adequadamente com questões relativas a essa faixa etária (VITALLE, 2010).

Mesmo assim, sabe-se que a resistência para lidar com problemas sociais, de conduta e morbidade, pode e deve ser corrigida na escola médica. Caso contrário as barreiras persistirão nas práticas clínicas. Importante lembrar a necessidade de adequação de conteúdos e preparo de competências durante a vida profissional, enfatizando-se situações em que não houve formação durante a graduação, tais como aquelas que exigem escuta diferenciada e acolhedora na direção da real atenção à saúde do adolescente.

Esse ensino deve ser realizado respeitando-se a integralidade da atenção e a não fragmentação em especialidades. É preciso ter a compreensão integral do adolescente, dentro de seu contexto sociocultural e familiar. No atendimento dessa população, muitas vezes há o envolvimento de diversas especialidades, cujo treinamento pode afetar a qualidade da assistência prestada. Desse modo, pode-se dizer que a fragmentação pode criar confusão sobre a identidade da assistência primária e diminuir sua importância, já que existem atitudes diversas (HALVORSEN, 2008)

Os adolescentes são atendidos frequentemente por ginecologistas, endocrinologistas, psiquiatras, dentistas, entre outros profissionais que costumam apresentar uma visão fragmentada do adolescente. Até mesmo os pediatras que atuam nos centros de atenção primária e secundária e costumam ser os primeiros a cuidar desses jovens também necessitam de treinamento na área de medicina do adolescente para cuidá-los de forma integrada.

Os profissionais precisam superar preconceitos antes de encarar programas educacionais voltados para a adolescência, como pouca proximidade com as questões dessa faixa etária; tendência a encarar os adolescentes de forma negativa e estereotipada; falta de professores qualificados em medicina do adolescente; constrangimento em lidar com sexualidade e situações de violência (que podem demandar, inclusive, intervenções interdisciplinares); sobrecarga de trabalho, dificultando o acesso à aprendizagem. Além disso, é preciso que exista o desejo e a disponibilidade para trabalhar com essa faixa etária (VITALLE, 2010).

Apesar do crescente interesse mundial pela saúde do adolescente nos últimos anos, poucas universidades incorporaram este tema ao seu currículo. No Brasil, há serviços e universidades que promovem a capacitação de profissionais na área de saúde do adolescente, entretanto, o ensino de adolescência no período da graduação quase não existe na maioria das faculdades. E se acontece, normalmente é por meio de aulas teóricas isoladas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O Comitê de Ensino da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que o aprendizado deve ser realizado de modo integrado e de preferência sob a forma de treinamento prático em serviço.

Paulo Freire (apud MARTINS, 2006), teórico da educação de adultos, já demonstrou que a prática é o grande incentivador do aprendizado. Por isso, acredita-se que programas de capacitação são muito interessantes tanto para alicerçar o saber do profissional quanto para promover novas competências. O ensino da adolescência abrange: *áreas de conhecimento* (contempladas com a realização de pré e pós-testes), *habilidades* (relação profissional-paciente, obtenção de informação, raciocínio clínico, o que o profissional faz com a informação, como trata o paciente, como se relaciona com a equipe), e *atitudes* relacionadas à prática. Na verdade, a aquisição e a transformação de atitudes, conhecimentos e habilidades fazem parte de um processo contínuo que permeia toda a vida profissional num processo de educação permanente.

Alguns entrevistados disseram que fazer promoção à saúde para qualquer grupo, incluindo o adolescente, através da visita domiciliária, é um grande desafio, devido à dificuldade de tudo que pode envolver esse processo, mais ainda quando a violência está presente. A visita domiciliária é uma ferramenta utilizada no processo de educação em saúde, o qual se organiza em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. É um instrumento por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece elementos para a adoção de novos comportamentos (KERBER, 2008).

Dentre os pontos negativos que tendem a dificultar o processo de efetivação da visita domiciliária encontra-se o desrespeito à rotina domiciliária, o horário inapropriado de acesso ao domicílio e o grande número de profissionais adentrando a

casa de uma única vez. Outro fato é a falta de transporte e a violência encontrada em alguns territórios. Além disso, é necessário que haja empatia, respeito mútuo e atitude de não julgamento do profissional em relação ao conteúdo e ao ambiente da visita.

Outras dificuldades apontadas em estudos estão na possibilidade de causar dependência na população, principalmente em relação ao profissional médico, pois pode promover acomodação, causando dependência e desestímulo a procurar a unidade de saúde. Além disso, adentrar a casa das pessoas constantemente e sem a autorização delas nem sempre agrada as famílias que recebem os profissionais, pois essas famílias podem se sentir invadidas, na saúde e na liberdade, o que pode trazer recusa (MANDÚ et al., 2008).

O Ministério da Saúde orienta que o ACS faça pelo menos uma visita domiciliária por mês e, em casas que necessitem uma atenção maior, esse número pode aumentar. Para isso é preciso que o profissional saiba definir quais as famílias indicadas para receber o atendimento, levando em conta as maiores necessidades. Com isso, a educação da comunidade em relação ao serviço é fundamental para que não haja conflitos de interesses. A equipe realiza suas práticas de maneira individualizada, mudando apenas o cenário de atuação, que passa a ser o domicílio, mas muitas vezes visualiza a família como mera receptora e/ou fornecedora de informações, sem levar em consideração a singularidade de cada uma (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Uma das principais limitações no tocante à atuação dos trabalhadores de levar a educação em saúde para a visita domiciliária é a escassez de programas de capacitação. Muitos deles atuam nas visitas sem nenhum preparo para essa modalidade de atenção e apresentam dificuldades em identificar as demandas necessárias e propor intervenções junto aos indivíduos e suas famílias, principalmente em relação ao adolescente (PUSCHEL, 2007).

Em relação às dificuldades da VD, é importante salientar que não adianta apenas determinar que a equipe de saúde aborde a família como uma unidade de cuidado, pois o que falta são instrumentos e instruções para os profissionais que atuam nesse ramo de assistência à saúde (SILVA, 2007).

Além disso, os profissionais dispõem de pouco tempo para realizar a sua tarefa, o que culmina com sentimento de frustração e impotência ante as demandas trazidas pelas famílias. O processo de implantação e gestão da visita domiciliária exige muita atenção (PÜSCHEL et al., 2006).

A efetivação do processo de realização da visita domiciliária depende de o profissional planejar sua visita, preparar material educativo e elaborar um roteiro sistematizado, enfocando sempre a qualidade de vida do indivíduo e de sua família (LACERDA et al., 2006).

Na observação da visita na área pesquisada percebeu-se que não havia a preparação de material educativo nem roteiro sistematizado para a realização dessa atividade.

A visita permite ao profissional e à sua equipe uma maior aproximação com a realidade em que vive o usuário ou a comunidade. O profissional, na realização da visita domiciliária, deve respeitar os princípios e as condições reguladas, fundamentalmente, na ética e no respeito, já que o lar é um lugar privativo do indivíduo, ao qual pertence o direito de privacidade e sigilo profissional. A equipe da área do adolescente realizou a consulta sem a privacidade devida; a consulta foi realizada na sala para qualquer um da família ouvir (LACERDA et al., 2006).

Ademais, as VDs podem assumir um caráter de controle negativo sobre a vida familiar, quando ganha um sentido de fiscalização, de vistoria. Um fato importante a ser destacado é que adentrar no domicílio é complexo, pois este é considerado o espaço íntimo da família. Por isso, o trabalhador deve observar os preceitos da ética e respeito para com os indivíduos.

Os entrevistados também falaram das satisfações que podem ter quando estão realizando a visita domiciliária, desde o reconhecimento dos usuários em relação ao trabalho dos profissionais, até a mudança de hábitos que é observada após as orientações passadas pela equipe.

As vantagens da VD são destacadas por grande parte dos autores estudados. O principal benefício demonstrado por essa estratégia está no fato de ela permitir que o profissional faça uma avaliação do perfil habitacional da população, contribuindo com a identificação dos principais riscos à saúde da comunidade. Um aspecto importante é que a VD pode melhorar o estado geral de saúde da população, por

causa das medidas de prevenção que são passadas durante o atendimento domiciliário. O adolescente acompanhado recebeu prescrição para vermífugos e vitaminas. A tática da visita domiciliária também diminui o número de atendimentos nas unidades de saúde, o que significa uma menor sobrecarga nas unidades, levando a menores necessidades de investimentos (AZEREDO et al., 2007).

O contato dos trabalhadores com os usuários no espaço domiciliário faz com que as relações entre aqueles e estes últimos se estreitem, criando um vínculo maior e, com isso, proporcionando maior aproximação à clientela do serviço de saúde, até porque a aproximação com o adolescente é mais complicada em qualquer ambiente. O vínculo é outra vantagem da visita domiciliária, pois o contato próximo profissional/usuário permite um atendimento humanizado. Também tem-se como vantagem da VD o fato de o profissional se tornar referência quando surge uma necessidade, como falta de uma medicação, alterações na situação de saúde do indivíduo ou dúvidas relacionadas ao processo de vida e de saúde. Isso acontece devido ao grande vínculo estabelecido durante as VD e tende a se propagar com o tempo (KERBER et al., 2008).

Contribuir para as mudanças de estilo de vida dos indivíduos, ampliar as oportunidades, favorecer o conhecimento da população, propiciar o aprendizado das pessoas e resgatar o bem-estar físico e emocional dos indivíduos são outras vantagens da VD (MARTINS et al., 2007).

Logo, a VD é uma oportunidade de contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, consequentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e da promoção da saúde, além de garantir atendimento holístico por parte dos profissionais, os quais, por isso, necessitam compreender os aspectos psicológicos, as relações afetivas e os fatores biológicos e sociais da clientela assistida. O adolescente e a família receberam orientações para buscar engajamento em grupos religiosos ou terapêuticos.

O trabalhador da VD pode agir como facilitador de descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, cabendo aos indivíduos o direito de aceitar ou não as alternativas. A educação em saúde se baseia na prevenção de doenças e tem como foco a mudança de comportamento. Ela propõe uma forma de trabalho diferente da educação tradicional, despertando a consciência crítica das pessoas e dos grupos sociais para envolvê-los nos aspectos relacionados à saúde, tornando-os empoderados

dos processos envolvidos em sua qualidade de vida. É importante o profissional observar a percepção do usuário e se empenhar em estabelecer relações e resolver possíveis problemas relacionados com suas reais necessidades de saúde. Além do mais, a equipe deve iniciar suas ações de prevenção de complicações e promoção da saúde refletindo sobre sua prática com vista à melhoria do cuidado (SOUZA; LIMA, 2007).

A equipe precisa se envolver na história de vida da população, estimular sua autoconfiança e a cidadania, para assim ampliar seu conhecimento científico e colaborar no desenvolvimento de um pensamento crítico. Considera-se a educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e as expectativas da população quanto a uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao ofertar programas de saúde que possam ser efetivos, de maneira que cada um faça sua parte e não se pense que saúde é, apenas, dever do Estado (MARTINS et al., 2007).

Os trabalhadores entrevistados cuidam de um território violento onde, muitas vezes, as visitas domiciliárias são canceladas devido a momentos de troca de tiros entre traficantes e, normalmente, estes são adolescentes. A violência vem sendo discutida, apesar de timidamente, desde o final do século XX, tornando-se presente e inserida nas políticas públicas de saúde, assistência e segurança, através de leis, diretrizes, programas e projetos para sua redução, seu combate e promoção de assistência, acolhimento e prevenção (SOUZA; LIMA, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2002 apud BRASIL, 2005c, *on line*) considerou que a questão da violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública, dada a grandeza e o crescimento de seus eventos, ocasionando um grande número de vítimas com sequelas orgânicas e emocionais. O adolescente acompanhado na pesquisa sofria de depressão devido a problemas de violência na sua comunidade.

Em outros estudos essa realidade de violência que dificulta o trabalho das equipes através das visitas domiciliárias também está presente, como num trabalho de visita domiciliária às famílias com idosos nas periferias pobres de Belém do Pará. Num estudo feito em unidade básica de saúde de uma comunidade carente de Rio Grande do Sul, registra-se que os profissionais enfatizam a necessidade de ações e políticas urgentes de esforço intersetorial na resolução da questão que impede ou

constrange a ação cotidiana dos serviços de saúde na família e na comunidade (POLARO, 2013).

O Ministério da Saúde (2012) elaborou o Caderno de Atenção Domiciliar no qual dá algumas orientações que devem ser seguidas em locais de alto índice de violência urbana. É necessário que a equipe da ESF esteja atenta para:

- garantir o reconhecimento dos profissionais das equipes de ESF pela população local através dos conselhos locais e dos agentes comunitários de saúde;
- os profissionais das equipes devem estar identificados, com uniformes e crachás indicando que são profissionais de saúde; os meios de transportes devem estar devidamente identificados, garantindo o reconhecimento da população como transporte de equipe de saúde;
- as escalas de atendimentos devem propiciar horários para essas visitas em períodos com maior circulação da população, preferencialmente no período da manhã ou início da tarde. Este horário deverá ser pré-agendado com a família;
- em regiões de muitos becos e alto índice de violência urbana a equipe poderá solicitar a presença de ACS responsável pela área para que este facilite o acesso da equipe;
- os profissionais em visita devem, na medida do possível, estar em duplas e sempre a viatura de transporte da equipe deve estar à espera desses profissionais.

No caso de conflitos extremos na região, os profissionais devem buscar condição de sair dessas áreas imediatamente.

No bairro onde o estudo foi realizado é comum se ouvir os ACS e os moradores da área relatarem mortes que ocorrem no bairro, normalmente envolvendo adolescentes, seja matando ou morrendo. Tudo isso devido ao tráfico de drogas e às brigas de gangues. Atualmente, o bairro se encontra constantemente nos noticiários da televisão por causa dessas mortes, além dos furtos e assaltados que acontecem na região, chegando a ser considerado o segundo bairro mais violento de Fortaleza.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) apontam que do total da população brasileira, o percentual de adolescentes em conflitos com a lei entre 12 e 18 anos representa 15%, ou seja, 0,2% de toda a população do País responsável pela prática dos atos infracionais.

O levantamento realizado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (2014, *on line*) demonstrou que é expressiva a quantidade de usuários de drogas entre os adolescentes privados de liberdade no país: em 2002, 85,6% faziam uso antes da apreensão, especialmente de maconha (67,1%), álcool (32,4%), cocaína/*crack* (31,3%) e inalantes (22,6%).

Adolescentes infratores tendem a procurar amigos no próprio meio de infração, buscando estímulo e apoio em suas ações ilegais como roubos, tráfico ou uso de drogas (SILVA; GUERESI, 2003).

Os delitos que os adolescentes citaram como os mais praticados foram o roubo (82%), o porte de arma (80,7%), o tráfico de drogas (74%) e o furto (59,3%). Resultado semelhante já havia sido apontado em estudo anterior (MARTINS; PILLON, 2008).

No que toca ao roubo, verificou-se a tendência estatística de os adolescentes com baixo nível de escolaridade terem maior probabilidade de participação em roubos em idade precoce.

Na comparação das variáveis, "primeiro uso de drogas" e "primeiro ato infracional", com a finalidade de avaliar sua possível relação, os resultados apontam que os adolescentes iniciaram o uso de álcool, de tabaco e de maconha com idade média de 12 anos, ao passo que, na prática de infrações, a idade média foi de 13 anos, sugerindo que o uso dessas drogas precede o uso de outras drogas e a prática de infrações.

Tanto neste estudo quanto em outros similares da literatura, o álcool e a maconha são apontados como os mais consumidos por esses adolescentes e estão associados aos delitos praticados por essa população. Este fato confirma que o uso de drogas ocorre precocemente, existindo a chance maior de o adolescente se envolver mais cedo com as infrações e sugerindo que o uso de drogas o deixa mais vulnerável aos comportamentos de risco, como a prática de infrações (PINHO et al., 2006).

As principais características da maioria das vítimas de homicídios no Brasil: sexo masculino; com idade entre 15 e 18 anos; morador de periferias ou favelas urbanas; jovem não branco; de classe economicamente desfavorecida; frequentemente morto por projétil de arma de fogo; considerado marginal nos registros policiais (MINAYO, 2005).

A adolescência é permeada por momentos de mal-estar (depressão, sentimentos de perda, de abandono, de angústia, escolha de identidade), justamente por ser um período de constantes transformações. Os sintomas da adolescência, as condutas de risco (suicídios, transgressões, anorexia, bulimia, uso de drogas) surgem em função da incapacidade de se conseguir enfrentar esse mal-estar. Caso não encontre formas "saudáveis" de enfrentá-lo, o adolescente pode passar por um sofrimento intenso, marcado pela impossibilidade de se comunicar (BAUMKARTEN, 2001).

Os sintomas aparecem quando há ruptura ou estagnação no desenvolvimento do ciclo de vida de uma família ou de algum outro grupo natural. “Os sintomas dos adolescentes são testemunhas do seu sofrimento, da sua vontade e simultaneamente da sua impotência para curar os sistemas relacionais” (COLLE, 2001, p.196).

Neste sentido, a “transgressão” das normas é a forma encontrada pelo jovem de se comunicar com o outro; de denunciar um sofrimento coletivo; é mais um pedido de ajuda que uma afirmação em si.

Em um contexto de pobreza e exclusão, onde os problemas enfrentados são os mais diversos, agravados pela introjeção de uma autoimagem negativa, pela descrença em si mesmo e pela ausência de esperança de melhores condições de vida, esses jovens, além de desejar esquecer os problemas e encontrar momentos de prazer, passam a acreditar que com a droga podem tudo, que a droga é capaz de lhes oferecer “poder” e “coragem” para desafiar, conquistar ou violar.

O uso ou o abuso de drogas na adolescência é um problema de saúde pública, crônico e recorrente que requer atenção especial dos profissionais que trabalham na área da saúde. Há um crescimento nos índices de usuários de drogas nessa faixa etária, e a idade de experimentação está sendo cada vez mais precoce (CARLINI et al., 2002).

Os abusadores adolescentes experienciam uma variedade de problemas, incluindo rapidez na evolução do diagnóstico de abusadores para dependentes, e uma ocorrência maior de comorbidades relacionadas ao uso, bem como envolvimento com atos infracionais, sendo esses os fatores que fazem com que os profissionais da área da saúde tentem buscar alternativas eficientes para intervenções que auxiliem na prevenção e na resolução dessa problemática (BECKER; CURRY, 2008; FRENCH et al., 2008).

A família é o núcleo básico da sociedade. Como todo grupo social, se encontra atravessada por papéis e posições que demarcam o comportamento do indivíduo. Cada membro exerce diferentes papéis na família que vão se alterando de acordo com a etapa do seu ciclo de vida. Os papéis assumidos podem ser agrupados em algumas categorias, que se modificam sistematicamente no decurso da vida: os papéis laborais, de gênero e relativos à idade. As mudanças mais facilmente visualizadas incidem nos papéis familiares. Quando o adolescente começa a vivenciar novas experiências nas quais deve assumir compromissos pessoais, familiares e sociais, e desempenha, ao mesmo tempo, dois ou mais papéis incompatíveis entre si, conflitos são gerados e a tensão resultante se manifesta quando não se tem habilidade para cumprir satisfatoriamente todos os papéis (PRATTA; SANTOS, 2009).

A busca pela identidade pessoal é um dos compromissos psicossociais mais decisivos para o adolescente, porquanto ele tem necessidade de se destacar em seu grupo familiar e de seus pares como ser distinto dotado de personalidade própria. Nessa etapa do ciclo vital ele busca dar sentido à vida e compreender aquilo que o cerca; para tanto precisa aprender a aceitar a si mesmo e aos demais, fortalecendo seu ego. Para que esse processo de construção identitária se consolide é importante que os pais estimulem o amadurecimento de seus filhos.

Esse período de intensas transformações biopsicossociais pode conduzir a um desenvolvimento saudável quando o núcleo familiar oferece uma boa base de sustentação para as experimentações do adolescente. Contudo, por vezes, a dinâmica familiar é conturbada e não contribui para acolher os conflitos dos filhos em desenvolvimento, o que pode levá-los a se engajar em comportamentos sintomáticos que favorecem a aproximação com o universo das drogas.

O profissional de saúde, através da visita domiciliária, pode observar a dinâmica familiar e perceber possíveis transtornos nas relações interpessoais e,

consequentemente, auxiliar na melhoria do ambiente familiar, seja através de apoio psicológico, seja através de orientações sobre qualidade de vida.

As necessidades de saúde e bem-estar dos adolescentes devem ser consideradas dentro do contexto em que vivem, incluindo, além dos aspectos familiares, os fatores culturais, socioeconômicos e políticos. A visita domiciliária facilita a análise desses aspectos para que o profissional possa compreender o modo de viver do jovem. Condições de privação, habitação inadequada, ruptura da família, ausência de educação e violência são algumas das situações de risco que podem prejudicar a saúde dos adolescentes (ASSIS et al., 2002).

Se o adolescente não possui um problema específico, como problemas psiquiátricos ou alguma doença física, dificilmente ele é abordado durante a visita domiciliária para uma conversa sobre os fatores de risco aos quais essa população está mais vulnerável, como as drogas, as DST e a gravidez precoce. Ainda se fala sobre vida escolar e profissional, mas de forma que o jovem é abordado sem privacidade, o que dificulta o adolescente ficar à vontade para se expor.

A visita domiciliária mostra-se como um instrumento que contribuiu para a abordagem integral dos adolescentes e de suas famílias, tendo-se observado o contexto socioeconômico e cultural da comunidade e a própria dinâmica familiar. Assim, busca-se como superação o emprego da visita domiciliária como uma ferramenta restrita ao acompanhamento técnico de situações específicas. Reforça-se a visita domiciliária como uma importante ferramenta no entendimento dos ciclos de vida que constituem aquela área de abrangência.

A educação em saúde revela-se como uma prática totalmente adequada à dinâmica da visita domiciliária, devido ao seu caráter dialógico e com fins de emancipação do sujeito, sendo ideal para a prática da prevenção de doenças e da promoção da saúde.

A Figura 1 ilustra as principais considerações do estudo:

Figura 2: Quadro esquemático dos principais resultados do estudo, Fortaleza, 2014.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do estudo e das percepções dos profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família, a visita domiciliária pode ser considerada instrumento ideal para se promover educação em saúde no ambiente familiar, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e da sua família. As orientações não estão prontas, pois cada domicílio apresenta uma realidade, e cada família possui uma necessidade. Com base nessa realidade é que acontece a troca de informações.

Conforme depoimentos dos profissionais da equipe de saúde, é urgente readequar a atividade de visita domiciliária às características da população de cada local e resgatar o significado e a importância dessa prática para a Estratégia Saúde da Família, principalmente em relação ao adolescente. Com o número de doenças e a necessidade desses grupos populacionais, o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe extrapola sua capacidade de resposta, necessitando talvez de um redimensionamento do número de profissionais que atuam em cada unidade da ESF, o que já está sendo pensado na atual gestão do município de Fortaleza, orientado pelo Ministério da Saúde, que quer diminuir o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe de quatro mil para duas mil famílias.

A visita domiciliária é um instrumento em potencial para que os profissionais de saúde possam propor estratégias de atendimento aos adolescentes levando em conta as necessidades de saúde para além de programas focados em riscos específicos, capazes de articular com os determinantes do processo saúde-doença que incidem de forma diferenciada no contexto de vida desses sujeitos. A proximidade com o adolescente, numa perspectiva que leve em conta sua experiência, seus anseios e seus diferentes saberes articulados com os saberes dos profissionais da saúde e da educação, torna o setor educação além de importante na interface com a saúde, um potencial parceiro na construção de ideias e nas práticas interligadas e efetivas.

Apesar do desejo de melhorias nessa área e do reconhecimento de que a visita domiciliária é uma estratégia eficaz, é importante destacar as limitações deste estudo, uma vez que se observou que muitos profissionais tiveram dificuldade de participar da pesquisa. Possivelmente por receio de serem julgados por meio de suas respostas,

mesmo após terem sido informados sobre o sigilo e a confidencialidade do trabalho. Outros sentiram dificuldade em falar sobre o assunto por timidez ou por não se sentirem capacitados para tal. Nenhum entrevistado possuía mestrado ou doutorado.

Outra limitação do estudo foi o constante cancelamento das visitas domiciliárias, que seria outra forma de pesquisa do nosso trabalho, devido à violência na área causada pelo tráfico de drogas. Nessa área de abrangência são constantes as brigas por dominação de território para venda de drogas, onde se mata uma pessoa se esta morar em uma área e precisar atravessar o território que pertence à gangue rival. Chega-se ao ponto de os profissionais que trabalham na Unidade de Saúde Hélio Góes precisarem andar com os vidros de seus carros abaixados, de jaleco e sem capacete, para quem anda de moto, dentro do território, para que os traficantes os identifiquem e assim não usem de violência contra eles.

Em algumas microáreas, os ACS precisam andar em dupla porque não se sentem seguros na região. É comum eles se depararem com jovens e adultos armados dentro de alguns becos. Em dia em que alguém de uma gangue é morta a própria comunidade avisa aos profissionais para não fazerem visita domiciliária, porque certamente haverá troca de tiros entre a gangue do morto e a gangue inimiga que o matou.

Quando finalmente se conseguia adentrar nas casas dos usuários dificilmente se encontravam adolescentes, porque estes estavam dormindo ou estavam nas ruas ou, ainda, porque evitavam contato com a equipe de saúde. Diante dessa situação é importante que o profissional entenda o processo de adolescer e suas especificidades. A adolescência é em uma etapa da vida de maturação psicológica que provoca várias e importantes mudanças. A definição dos papéis, ser criança ou ser adulto, ser mulher ou ser homem, e a apropriação dos valores masculinos e femininos suscitam no adolescente um processo de adaptação permanente a essa realidade, além da formação de sua identidade na sociedade.

Nesse período, normalmente ocorre um afastamento da família ao mesmo tempo em que adere ao seu grupo de iguais, caracterizando-se, assim, como uma época de maior vulnerabilidade e exposição a riscos, entre eles o uso das drogas e toda a complexa rede sociopolítico-econômica a ele associada. O uso de drogas, bastante comum entre os adolescentes do território estudado, expressa características

próprias dessa etapa, como o sentimento de idealismo, onipotência, contestação e violência.

Esse fenômeno multidimensional sob o olhar da saúde necessita de uma abordagem interdisciplinar e de todos os setores da sociedade para o enfrentamento dessa problemática. Os profissionais da unidade de saúde estudada compreendem essa realidade, mas se sentem impotentes. É necessária a sensibilização para a construção de um saber coletivo sobre os adolescentes, a sua família e seus pares, bem como os fatores de risco que cercam essa população, como as drogas.

O profissional da saúde apresenta-se, neste sentido, como ator estratégico nas ações voltadas para este tema, no sentido de buscar abordagens, no nível de prevenção de doenças e promoção da saúde, que ampliem o olhar e as possibilidades de intervenção. Deste modo, envolve uma ação voltada para as causas e as consequências do problema num entendimento biopsicossocial, oferecendo informações sobre as substâncias psicoativas e os problemas relacionados ao seu uso, proporcionando oportunidades para explorar as perdas em nível pessoal e social quando se opta pelo uso de entorpecentes.

A inserção do ambiente familiar nas intervenções de prevenção e tratamento é de suma importância no enfrentamento da problemática em discussão, no sentido de proporcionar um sistema de apoio que possibilite tanto um controle dos fatores predisponentes à maior iniciação quanto à continuação do uso de drogas. Nesta linha de pensamento destaca-se o papel dos pais e das relações afetivas no vínculo do adolescente com o álcool e outras drogas, seja enquanto facilitadores das ações ou desencadeadores dos problemas. Entende-se, através da fala dos entrevistados, que a escola também se caracteriza como espaço privilegiado para o desenvolvimento de programas preventivos e políticas públicas e como eixo de formação no que diz respeito a instrução, cidadania e lócus de expressão de comportamentos e personalidades, bem como de formação de hábitos.

Notou-se que os profissionais pouco falaram das políticas públicas voltadas para os adolescentes que fomentam o debate sobre o cuidado integral e a abordagem dos determinantes de saúde que impactam essa população. Para que essas políticas públicas sejam verdadeiramente efetivadas é necessário fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados de formação de vínculos e projetos terapêuticos alternativos com participação dos próprios adolescentes. De acordo com as diretrizes

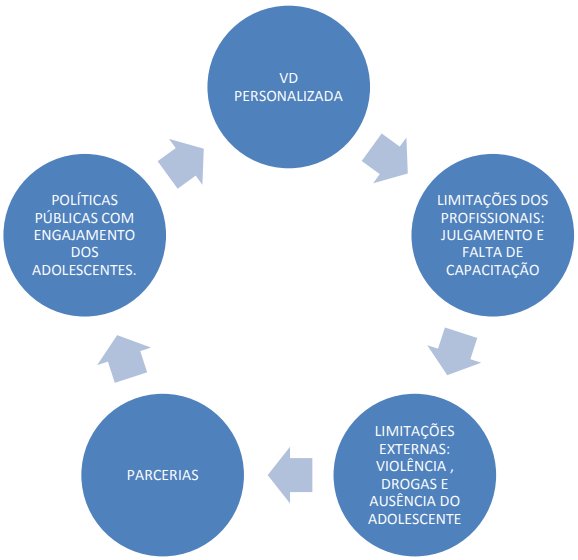
do Ministério da Saúde, é preciso tornar os adolescentes promotores de saúde para uma atuação qualificada entre seus pares, favorecendo novas estratégias de abordagem, comunicação e linguagem, incluindo-os como parceiros e corresponsáveis nas agendas e políticas locais.

Faz necessária, ainda, a articulação das políticas sociais com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) melhorando o acesso e a assistência às famílias e aos adolescentes que fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas. Também são importantes campanhas educativas interligadas a outras políticas públicas para conscientizar a população sobre o tema.

Aliando parceiros e levando como bagagem as experiências, os anseios e os ideais, saúde e educação unidas constituem uma grande força para o cuidado e a construção, como sujeitos, de adolescentes e jovens. Ação que não se faz em um espaço restrito, mas que pode ser realizada, em uma busca compartilhada, pela união desses setores, mediados por parcerias com as famílias. Existem muitas possibilidades de mudanças, como já foi relatado neste estudo. Resta unir o desejo dos profissionais e dos cidadãos, a vontade política e a articulação para que as ações sejam realmente implementadas.

Ilustram-se as considerações finais deste estudo com a seguinte figura:

Figura 3: Apresentação das principais considerações finais do estudo, Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Como membro da Estratégia Saúde da Família percebi que ainda há muito o que se avançar em nossa prática sobre a promoção da saúde. Ainda estamos muito focados na cura e na prevenção de doenças. Nós, importantes atores envolvidos no processo da melhoria da qualidade de vida dos usuários, devemos aproveitar todas as oportunidades do trabalho para sensibilizar a família a ser colaboradora desse processo.

A escola foi citada diversas vezes pelos profissionais deste estudo como importante aliada na busca do engajamento dos adolescentes no autocuidado, o que nos leva a crer que através dessa parceria se podem alcançar bons resultados com os adolescentes que estudam. Os profissionais poderiam aproveitar eventos como gincanas, olimpíadas colegiais, reuniões com os pais e os programas como o PSE para dialogar com esse grupo.

A visita domiciliária, apesar de ser compreendida pela maioria dos profissionais da saúde como tendo a finalidade de levar até o usuário a saúde que ele não pode ir buscar na unidade de saúde, como no caso de acamados, é possível enxergá-la também como uma oportunidade de durante essas visitas fim, averiguar se os adolescentes estão ali presentes e buscar contato com estes a fim de estreitar laços e facilitar possíveis futuras intervenções.

Neste estudo observou-se que os profissionais de saúde, em especial os de nível superior, não tinha capacitação para trabalhar com adolescentes. Pensando em compensar essa fragilidade, seria útil investigar se entre os trabalhadores da unidade de saúde existe alguém com alguma habilidade em artesanato, música, teatro ou esporte, enfim, com algo que possa estimular os adolescentes a participar de grupos e, assim, estreitar o vínculo entre equipe de saúde e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Lúcia; LAGRANCE, Valéria. **A visita domiciliária como uma estratégia da assistência no domicílio**. São Paulo: USP, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 1**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <http://w.anvisa.gov.br/legis/resol/2006/rdc/11_06.pdf>. Acesso em: 02 maio 2014.

ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de; CENTA, Maria de Lourdes. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.1, p.71-76, jan./fev. 2009.

ANDRÉ, Marli; ROMANOWSKI, Joana P. Estado da arte sobre formação de professores nas dissertações e teses dos programas de pós-graduação das universidades brasileiras, 1990 a 1996. In: Programa e Resumos da **22ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação** (Anped), Caxambu/MG, 1999.

ARAÚJO, M.R.N. **Estratégia de atenção básica e Programa de Agentes Comunitários De Saúde (PACS).** Disponível em: <http://´portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360> Acesso em: 02 maio 2014.

ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; FREITAS, Maria do Carmo Soares de; SANTOS, Joselina Martins; SILVA, Maria da Conceição Monteiro da. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v.15, n.3, p.255-266, set. 2002.

AZEREDO, Catarina Machado; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SCHOTT, Márcia; MAIA, Társis de Matos; MARQUES, Emanuele Souza. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.743-753, maio/jun. 2007.

BACKES, Dirce Stein; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira d; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; NASCIMENTO, Keyla Cristiane; LESSMANN, Juliana Cristina. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.esp., p.71-78, 2006.

BAUMKARTEN, Silvana T. O significado da drogadição no contexto da adolescência, da família e da instituição: um estudo sobre usuários e abusadores de merla do Distrito Federal. 2001. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

BECKER, S.; CURRY, J. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.76, n.4, p.531-543, ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de saúde da família**: saúde dentro de casa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994, 20p.

_____. **Lei n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 02 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Balanço da saúde**: janeiro de 2003 a junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_integral_saude.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 260p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> Acesso em: 02 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 980**/MS/GM, de 21 de dezembro de 1989. Define objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa Saúde do Adolescente - PROSAD. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 02 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Documento preliminar.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**: construindo uma agenda nacional. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf> Acesso em: 02 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalho infantil**: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de educação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.aads.org.br/arquivos/06_0611_M.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_integral_jovens_orientacoes_servicos_saude.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a, 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < file:///C:/Users/Odete/Downloads/caderno-de-educacao-popular-e-saude-[16-200810-SES-MT].pdf> Acesso em: 02 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.160p. (Serie B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < file:///C:/Users/PC%20Karine/Downloads/caderno-de-educacao-popular-e-saude-[16-200810-SES-MT].pdf> Acesso em: 02 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, 340p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. **Projeto Promoção da Saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de mega Países, Declaração do México. Brasília, 2001.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 87, 2006.

CANGUSSU, M.C.T.; MAGNAVITA, R.; ROCHA, M.C.B.S. Educação e construção da cidadania em um programa de saúde bucal em Salvador/BA. **Revista ABOPREV**, v.4, n.1, p.15-20, jan./jun. 2001.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTTO, Ana Regina; NAPO, Solange A. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

CEARÁ. **Informações do SINASC 2007**. Disponível em: <http://saudefortaleza.ce.gov.br> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. **Relatório de gestão**. Secretaria de Saúde de Fortaleza de 2006. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=178&Itemid=7> Acesso em: 02 mar. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, 2004.

CERVO Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. 6. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

COELHO, Flávio Lúfio G.; SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, São Paulo, v. 1, n.2, p.19-26, fev. 2004.

COELHO, Lorena G; CÂNDIDO, Ana Paula C.; MACHADO-COELHO, George L.L.; FREITAS, Silvia N. de. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.88, n.5, p.406-412, set./out. 2012.

COLLE, François Xavier. **Toxicomanias, sistemas e famílias**: onde as drogas encontram as emoções. Tradução de M. J. Pereira. Lisboa: Climepsi, 2001. 252p.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.S7-S27, 2008.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR., M.; TONON, L.M. (Org). **Cadernos de Saúde 1**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26.

DAYRELL, Juarez. **A música entra em cena**: o funk e o rap na socialização da juventude em Belo Horizonte. 2001. 409f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. Promoção da saúde: rumo a maior equidade. In: **5ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**, Cidade do México, 2000.

DIAS, Mirtes Helena Mangueira da Silva; PAPALÉO NETTO, Matheus; SOARES, Ricardo; HELD FILHO, Ary de; MOREIRA, Maria Stella. **O dentista como parte integrante da equipe interdisciplinar do serviço de assistência domiciliar**. Disponível em: < http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/odonto/odonto16.htm> Acesso em: 02 mar. 2014.

EGRY, EmikoYoshikawa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.34, n.3, p.233-239, 2000.

FARIA, Eliane Rodrigues de; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PELUZIO, Maria do Carmo Gouveia; SANT'ANA, Luciana Ferreira da Rocha; PRIORE, Silvia Eloiza. Correlação entre variáveis de composição corporal e metabólica em adolescentes do sexo feminino. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.93, n.2, p.119-127, ago. 2009.

FERREIRA, Márcia de Assunção; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira; VELOSO, Raquel Coutinho. Saberes dos adolescentes estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 217-224, jun. 2007.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scjerrer. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.397-402, mar. 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; VAZ, Fernando Antônio Camargo; CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; ÁLVARES, Juliana; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira; OLIVEIRA, Vinicius de Araújo. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.2115-2122, dez. 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

FRENCH, M.; ZAVALA, S.; McCOLLISTER, K.; WALDRON, H.; TURNER, C.; OZECHOWSKI, T. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.34, n.3, p.272-281, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – UNICEF. **Situação mundial da infância 2011**: adolescência uma fase de oportunidades. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.pt/18/Relatorio_SOWC_2011.pdf>. Acesso em: 02 maio 2014.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara, LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto Contexto - Enfermagem**, v.15, n.4, p.645-653, 2006.

HAACK, Karla Rafaela; VASCONCELLOS, Josinéia dos Santos de Lemos; PINHEIRO, Silvia Dutra; PRATI, Laíssa Eschiletti. Resiliência em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Gerais, Revista Interinstitucional de Psicologia,** v.5, n.2, p.270-281, jul./dez. 2012.

HALVORSEN, J.G. Perspective: united we stand, divided we fall: the case for a single primary care specialty in the United States. **Acad Med**., v.83, n.5, p.425-431, 2008.

HESS, Remi. O momento do diário de pesquisa na educação. **Ambiente e Educação**, Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, v. 14, n.1, p.61-87, 2009.

HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Maria Elizabeth Oliveira; OLIVEIRA, Suelen Rosa e; REZENDE, Verônica Amorim. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.524-529, jul./ago. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010.** Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2478&busca=1&t=censo-2010-ibge-apresenta-indicadores-sobre-trabalho-infantil> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. **Criança e adolescente**, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. **Perfil dos municípios brasileiros –** 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/> Acesso em: 02 mar. 2014.

INSTITUTO LATINO -MERICANO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A PREVENÇÃO DO DELITO E TRATAMENTO DO DELINQÜENTE. **A criminalização das drogas e a delinqüência juvenil**. Disponível em: <http://www.ilanud.org.br> Acesso em: 02 mar. 2014.

KAWAMOTO, Emília E.; SANTOS, MCH; MATOS, TM. **Enfermagem comunitária**: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 2004.

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.485-493, 2008.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; OLINISKI, Samantha Reikdal; TRUPPEL, Thiago Christel. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que Fundamentam sua prática. Saúde & Sociedade, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio/ago. 2006.

LACERDA, Maria Ribeiro; OLINISK, Samantha Reikdal. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.26, n.1, p.239-248, nov./dez. 2004.

LEÃO, Luciana Melo de Souza. **Saúde do adolescente**: atenção integral no plano da utopia. 2005. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - NESC – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz, Recife, 2005.

LEOPARDI, M. T.; BECK, C. L. C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

MACEDO, M. M. K.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Ressignificações no processo adolescente. In: MACEDO, M. M. K. (Org.). **Adolescência e psicanálise**: intersecções possíveis. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 55-71.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **HSR: Health Services Research** 2003; v.38, n.3, p.831-865, jun. 2003.

MAIA, L.F.S. Qualidade de vida, se faz com promoção e educação em saúde. Enfermagem. São Paulo, outubro de 2008.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Maria da Anunciação; SILVA, Ana Maria Nunes da. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.17, n.1, p.131-140, 2008.

MARASQUIN, Heike Graser; DUARTE, Rosa Virgínia Carneiro; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; MONEGO, Estelamaris Tronco. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. Palmas (TO). **Revista da UFG**, v 6, n. esp., dez 2004.

MARTINS, Josiane de Jesus; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BARRA, Daniela Couto Carvalho; SOUZA, Wanusa Grasiela Amante de; PACHECO, Wladja Nara Sousa. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.254-262, abr./jun. 2007.

MARTINS, M.A. Ensino médico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.52, n.5, p.282, set./out. 2006.

MARTINS, Mayra Costa; PILLON, Sandra Cristina. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p.1112-1120, maio 2008.

MASTRANTONIO, Simone Di Salvo; GARCIA, Patrícia Petromilli Nordi Sasso. Programas educativos em saúde bucal: revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia Bebê**, v.5, n.25, p.215-222, maio/jun. 2002.

MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 406p.

_____. Violência: um velho problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-42

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 94, p. 778-790.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Sousa (Orgs.). **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, Ana Roberta. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à atenção básica. **Fazendo Gênero**: Corpo, Violência e Poder, Florianópolis, 2008.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, p.761-763, nov./dez. 2004.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Thays Cristina de; CARVALHO, Liliane Pinto; SILVA, Marysia Alves de. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.3, p.306-311, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2008.

PINHO, Solange Rubim de; DUNNINGHAM, William; AGUIAR, Wania Márcia de; ANDRADE FILHO, Antônio de Souza; GUIMARÃES, Katriana; GUIMARÃES, Katriana; GUIMARÃES, Katharine; ALMEIDA, Taiana Rubim de Pinho; DUNNINGHAM, Vicente de Aguiar. Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.55, n.2,p.126-130, 2006.

PINTO, Tiago Rocha. **Encontros e desencontros**: a estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental. 2007. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n.1, p.160-167, fev. 2013.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.2, p.203-211, 2009.

PÜSCHEL, Vilanice de Araújo Alves; IDE, Cilene Aparecida Costardi; CHAVES, Eliane Corrêa. Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.261-268, jun. 2006.

PÜSCHEL, Vilanice de Araújo Alves; IDE, Cilene Aparecida Costardi. Capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.1, p.91-94, jan./mar. 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa / estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.1.-13, jul./ago. 2004.

ROCHA, Francisca Alanny Araújo; SILVA, Maria Adelane Monteiro da; MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo; FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira; MARTINS, Keila Maria Carvalho. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Adolescência & Saúde**, v.9. n.2, p.7-13, abr./jun. 2012.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. **Cuidados domiciliares em saúde bucal. São Paulo**, 2005. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prot_Cuidados_Domiciliares.pdf> Acesso em: 02 mar. 2014.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, jan. 1999.

SILVA, Enid Rocha Andrade, GUERESI, Simone. **Adolescentes em conflito com a lei**: situação do atendimento institucional no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003. (Texto para Discussão, 979).

SILVA, Jorge Luiz Lima da. Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.1, n.1.p.03. jul./dez. 2005.

SILVA, Kênia Lara da; SENA, Roseni Rosângela de; GRILLO, Maria José Cabral; HORTA, Natália de Cássia; PRADO, Priscilla Malta Coelho. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.62, n.1, p.86-91, 2009.

SILVA, Lúcia; GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO Vânia. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.4, p.397-403, out./dez. 2007.

SOARES, Magda Becker. **Alfabetização no Brasil**: o estado do conhecimento. Brasília: INEPHVIEC, 1989.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1211-1222, 2007.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, M. A.C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**: programa de saúde da família. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001, p.43-46.

TAQUETTE, Stella R. (Org.). **Mulher adolescente jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Espacial de Políticas para Mulheres, 2007. 78p.

TEIXEIRA, Rafaela Azenha. O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re) construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem? 2002. 163f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TYLLMANN, G.; PEREZ, S.M.S. **Entrevista e visita domiciliar**. Santa Rosa (RS): SSMA; 1998.

UNAIDS. **Relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS**. Disponível em: < http://www.unaids.org.br/> Acesso em: 02 mar. 2014.

VECCHIA, Marcelo Dalla. **A saúde mental no programa de saúde da família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; ALMEIDA, Regina Guise de; SILVA, Flávia Calanca da. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p.459-468, set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**: now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.

XAVIER, Karla Rampim; CONCHÃO, Silmara; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Juventude e resiliência: uma experiência com jovens em situação de vulnerabilidade. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v.21, n.1, p.140-145, 2011.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SOÃRES, Ana Karoline; GUBERT, Fabiane do Amaral; TEÓFILO, Tiago José Silveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Construção da atenção à saúde do adolescente: estudo de caso na Atenção Primária à Saúde - APS. **Enfermaria Comunitária**, v.6, n.2, 2010.

APÊNDICE A - Questionário para os profissionais da ESF.

1. Idade: _____

2. Estado Civil:
   ( ) Casado ( ) Solteiro
   ( ) Separado ( ) Viúvo

3. Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

4. Escolaridade:
   ( ) Ensino Fundamental incompleto
   ( ) Ensino Fundamental completo
   ( ) Ensino médio incompleto
   ( ) Ensino médio completo
   ( ) Universitário(a)
   ( ) Superior incompleto
   ( ) Superior completo

5. Ocupação (profissão) : _____

6. Há quanto tempo você trabalha na ESF (anos)? _____

7. Possui alguma capacitação para atendimento de adolescentes?_____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DA ESF:

1- Qual a sua compreensão sobre Educação em Saúde?

2- Como você vê a visita domiciliária como atividade de Educação em Saúde?

3- Qual é a sua opinião sobre a visita domiciliária na ESF?

4- Em sua opinião, o que deve constituir uma VD?

5- Como a Educação em Saúde deve ser introduzida na família? E em relação ao adolescente?

6- Livre:

Espaço reservado

Responsável pela coleta_____

Data:____/____/_____

Observações:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estamos desenvolvendo a pesquisa "**Educação em saúde e a visita domiciliária ao adolescente: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família".** OS Objetivos deste estudo são compreender a percepção dos profissionais da ESF sobre a visita domiciliária com enfoque no adolescente e identificar possíveis dificuldades e facilidades que possam existir na Atenção ao adolescente durante a VD.

A sua participação não o obriga ao comparecimento na Unidade de Saúde em horários adicionais.

AUTORIZAÇÃO

Solicitamos sua autorização para participar da pesquisa que será realizada através da coleta de informações por meio da aplicação de um questionário estruturado e uma entrevista não estruturada com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam possível existência de dificuldades/potencialidades. O local para realização será tranquilo, e o horário será agendado, previamente, na unidade de saúde. Após realização das entrevistas, será realizado, com agendamento prévio, o acompanhamento das VD realizadas pelas equipes de saúde durante o período de estudo. As visitas serão realizadas em um turno por semana para cada equipe da ESF.

A seleção dos adolescentes a serem acompanhados será realizada mediante os seguintes critérios de inclusão: adolescentes de 10 a 19 anos (OMS, 2008) que vivem em famílias acompanhadas em domicílio pela equipe de saúde da família; e/ou adolescentes em situação de vulnerabilidade/risco identificados pelos agentes comunitários de saúde, profissionais da equipe ou qualquer membro da comunidade. Como critérios de exclusão durante VD, não serão incluídos aqueles adolescentes que, no momento das visitas, não estiverem presentes, não aceitarem a presença do profissional de saúde ou oferecer risco para a pesquisadora.

O acompanhamento da VD será realizado pela pesquisadora, por meio de uma lista de verificação contemplando os seguintes pontos: preparação do profissional para visita com material educativo; forma de tratamento do profissional em relação ao adolescente; investigação sobre alterações psicoemocionais e uso de drogas; investigação sobre projeto de vida; orientação sobre métodos contraceptivos e ao sexo seguro. O intuito deste acompanhamento é observar na prática do profissional

de saúde como é conduzida a VD junto à família com membro adolescente, com foco principalmente nas ações de educação em saúde.

Todas as atividades da pesquisa serão registradas em diário de campo. Nele constam as informações que não estão nas entrevistas, como comportamentos, conversas informais, hábitos, usos, costumes, entre outros de forma a registrar fatos, fenômenos e atitudes percebidos durante a pesquisa.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da pesquisa. Fui esclarecido (a), ainda:

Da garantia de informação dos resultados da pesquisa, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem quesito traga algum prejuízo na prestação de serviços por parte da UBS, e ainda da garantia de não ser identificado (a), e do caráter confidencial das informações prestadas, não acarretando ônus. Estou ciente de que as informações prestadas pela entrevista e a observação realizada durante minha visita domiciliária que serão destruídas após a elaboração do relatório final pela pesquisadora, reafirmando que serão utilizadas com fins exclusivos para essa pesquisa.

Endereço da responsável pela pesquisa Ivana dos Santos Fonseca Rua: Andrade Furtado 147 ap.1201 Cocó Endereço da Instituição: Rua do Rosário, 283, Centro, Fortaleza-CE. Tel: 85-34526974

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone : 85-33668338

Tendo este documento ter sido aprovado pela Instituição de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa, é assinado em duas vias, ficando uma cópia para o participante do estudo e outra para a pesquisadora. Data: _____/_____/_____.

Pesquisador: _____

Participante: _____

APÊNDICE C = Instrumento de Reconhecimento da Qualidade.

Visita ao(a) Adolescente

Nome do profissional (a):

Nome do avaliador(a):

CRITÉRIOS OBSERVADOS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	S, N ou NA	COMENTÁRIOS
O profissional realiza adequadamente a visita ao(a) adolescente	Observar na visita do profissional: ✓ Prepara-se na unidade para a realização da visita (seleciona materiais/insumos educativos/formulários/ protocolos) ✓ Recebe e cumprimenta o(a) adolescente cordialmente ✓ Apresenta-se ✓ Trata-a o(a)dolescente pelo nome. ✓ Evita julgamento de valores e reações preconceituosas ✓ Identifica e conversa sobre as necessidades, dúvidas ou preocupações: ✓ Assegura confidencialidade inclusive junto aos familiares **Situação na escola** ✓ Investiga e observa alterações psicoemocional/Projeto de vida (claro, confuso, ausente) **Participação em grupos** ✓ Investiga/observa sinais e sintomas sugestivos de uso de drogas e violência ✓ Identifica e orienta sobre comportamentos de risco que possa implicar em gravidez precoce, DST e AIDS. ✓ Orienta os(a) adolescentes para a prática de sexo seguro e métodos contraceptivos ✓ Registra as informações na ficha/protocolo/formulário ✓ Verifica se o(a) adolescente compreendeu as orientações de educação em saúde ✓ Entrega material educativo com orientações sobre saúde (folder, cartilha, caderneta. etc.) ✓ Despede-se cordialmente		

Fonte: Ministério da Saúde do Chile.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável pelo (a) Adolescente.

"Caro (a) responsável pelo adolescente, estamos convidando você a participar de uma pesquisa chamada Visita Domiciliária e Educação em saúde: Tecnologia para o cuidado ao adolescente"**.** OS Objetivos deste estudo são Compreender a percepção dos profissionais da ESF sobre a visita domiciliária com enfoque no adolescente e identificar possíveis dificuldades e facilidades que possam existir na Atenção ao adolescente durante a VD.

A pesquisa será realizada através da coleta de informações por meio da aplicação de uma entrevista semi estruturada com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam, possível existência de dificuldades/potencialidades. O local para realização será tranquilo, e o horário será agendado, previamente, na unidade de saúde. Após realização das entrevistas, será realizado, com agendamento prévio, o acompanhamento das VD realizadas pelas equipes de saúde durante o período de estudo. As visitas serão realizadas em um turno por semana para cada equipe da ESF.

A seleção dos adolescentes a serem acompanhados será realizada mediante os seguintes critérios de inclusão: adolescentes de 10 a 19 anos (OMS, 2008) que vivem em famílias acompanhadas em domicílio pela equipe de saúde da família; e/ou adolescentes em situação de vulnerabilidade/risco identificados pelos agentes comunitários de saúde, profissionais da equipe ou qualquer membro da comunidade. Como critérios de exclusão durante VD, não serão incluídos aqueles adolescentes que, no momento das visitas, não estiverem presentes, não aceitarem a presença do profissional de saúde ou oferecer risco para a pesquisadora.

O acompanhamento da VD será realizado pela pesquisadora, por meio de uma lista de verificação contemplando os seguintes pontos: preparação do profissional para visita com material educativo; forma de tratamento do profissional em relação ao adolescente; investigação sobre alterações psicoemocionais e uso de drogas; investigação sobre projeto de vida; orientação sobre métodos contraceptivos e ao sexo seguro. O intuito deste acompanhamento é observar na prática do profissional de saúde como é conduzida a VD junto à família com membro adolescente, com foco principalmente nas ações de educação em saúde.

Todas as atividades da pesquisa serão registradas em diário de campo. Nele constam as informações que não estão nas entrevistas, como comportamentos, conversas informais, hábitos, usos, costumes, entre outros de forma a registrar fatos, fenômenos e atitudes percebidos durante a pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

- Estou ciente de que o benefício deste estudo esta na possibilidade de produção de novos conhecimentos acerca de temas relacionados à educação em saúde, sexualidade e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, drogas ilícitas e gravidez precoce.

- Estou ciente de que a pesquisa será realizada em meu domicílio. Foi-me esclarecido que minhas respostas irão ajudar os profissionais de saúde a promoverem um cuidado mais adequado às adolescentes de minha idade nos assuntos que envolvem os riscos à saúde.
- Estou ciente de que poderei recusar a continuar participando e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora também me esclareceu que sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que para isso não haverá qualquer custo, gastos e também não receberei qualquer tipo de pagamento;
- Também me foi esclarecido que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO(A).

Endereço da responsável pela pesquisa Ivana dos Santos Fonseca
Rua: Andrade Furtado 147 ap.1201 Cocó
Endereço da Instituição: Rua do Rosário, 283, Centro, Fortaleza-CE. Tel: 85-34526974

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone : 85-33668344

Fortaleza, _____de_____de_____

Assinatura da adolescente	Nome e assinatura do responsável pelo estudo	
Assinatura do responsável legal	Nome do profissional que aplicou o TCLE	
Testemunha		DIGITAL

Dados do responsável legal:

Endereço:

Telefone:

APÊNDICE E - Termo de assentimento informado livre e esclarecido.

Título do Projeto: "Visita Domiciliária e Educação em saúde: Tecnologia para o cuidado ao adolescente".

Investigador: Ivana dos Santos Fonseca.

Local da Pesquisa: UAPS Hélio Góes Ferreira.
Endereço: Avenida Engenheiro Leal Lima Verde 453 Sapiranga, Fortaleza, Ceará.

O **que significa assentimento?**

O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao Paciente: o que é uma pesquisa?

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de investigar se os profissionais da ESF da Unidade de Saúde Doutor Hélio Góes fazem visita domiciliária, concordam em levar a Educação em Saúde para dentro das casas dos pacientes e se eles se sentem capacitados para realizar essa atividade que será realizada através da coleta de informações por meio da aplicação de um questionário estruturado e uma entrevista não estruturada com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam, possível existência de dificuldades/potencialidades. O local para realização será tranquilo, e o horário será agendado, previamente, na unidade de saúde. Após realização das entrevistas, será realizado, com agendamento prévio, o acompanhamento das VD realizadas pelas equipes de saúde durante o período de estudo. As visitas serão realizadas em um turno por semana para cada equipe da ESF.

A seleção dos adolescentes a serem acompanhados será realizada mediante os seguintes critérios de inclusão: adolescentes de 10 a 19 anos (OMS, 2008) que vivem em famílias acompanhadas em domicílio pela equipe de saúde da família; e/ou adolescentes em situação de vulnerabilidade/risco identificados pelos agentes comunitários de saúde, profissionais da equipe ou qualquer membro da comunidade. Como critérios de exclusão durante VD, não serão incluídos aqueles adolescentes que, no momento das visitas, não estiverem presentes, não aceitarem a presença do profissional de saúde ou oferecer risco para a pesquisadora.

O acompanhamento da VD será realizado pela pesquisadora, por meio de uma lista de verificação contemplando os seguintes pontos: preparação do profissional para visita com material educativo; forma de tratamento do profissional em relação ao adolescente; investigação sobre alterações psicoemocionais e uso de drogas; investigação sobre projeto de vida; orientação sobre métodos contraceptivos e ao sexo seguro. O intuito deste acompanhamento é observar na prática do profissional

de saúde como é conduzida a VD junto à família com membro adolescente, com foco principalmente nas ações de educação em saúde.

Todas as atividades da pesquisa serão registradas em diário de campo. Nele constam as informações que não estão nas entrevistas, como comportamentos, conversas informais, hábitos, usos, costumes, entre outros de forma a registrar fatos, fenômenos e atitudes percebidos durante a pesquisa.

- Estou ciente de que o benefício deste estudo esta na possibilidade de produção de novos conhecimentos acerca de temas relacionados à educação em saúde, sexualidade e à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, drogas ilícitas e gravidez precoce.
- Estou ciente de que a pesquisa será realizada em meu domicílio. Foi-me esclarecido que minhas respostas irão ajudar os profissionais de saúde a promoverem um cuidado mais adequado às adolescentes de minha idade nos assuntos que envolvem os riscos à saúde.
- Estou ciente de que poderei recusar a continuar participando e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora também me esclareceu que sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que para isso não haverá qualquer custo, gastos e também não receberei qualquer tipo de pagamento;
- Também me foi esclarecido que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU ASSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o(a) Investigador(a) do estudo Ivana dos Santos Fonseca, **telefone fixo (85) 34525714 e celular(85) 88048301.** Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, pelo telefone (85) 33668344. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

_____

NOME DO ADOLESCENTE ASSINATURA DATA

NOME DO INVESTIGADOR ASSINATURA DATA

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIÁRIA: TECNOLOGIA PARA O CUIDADO AO ADOLESCENTE

Pesquisador: Ivana dos Santos Fonseca
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 16424413.8.0000.5054
Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 459.698
Data da Relatoria: 14/11/2013

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Tem como temática: ¿Visita Domiciliária (VD) e Educação em saúde: Tecnologia para o cuidado ao adolescente¿.

O estudo será realizado em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil, a qual abrange uma área de 336 km e é considerada a quinta maior cidade do País, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) de 2,5 milhões de habitantes em 2012. Destes, 219.132 estão na faixa etária de 10 a 14 anos e 235795 encontram-se na faixa etária de 15 a 19 anos.
Assim a pesquisa será realizada no período de maio a agosto de 2013 em uma Unidade de Saúde da Família localizada na Regional VI em Fortaleza, Ceará. A Unidade de Saúde Doutor Helio Goes Ferreira se encontra no bairro Conjunto Alvorada, onde existem moradores.

O presente estudo terá como etapas: 1º etapa: Inicialmente será solicitada anuência formal para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e coordenador da Unidade
de Saúde para realização do estudo. 2º etapa: Após o consentimento dos gestores, iniciará a coleta

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

de informações por meio da aplicação de um questionário estruturado e uma entrevista não estruturada com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam, possível existência de dificuldades/potencialidades.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a atividade de Atenção à Saúde do adolescente durante a VD na perspectiva do profissional da ESF com enfoque na Educação em Saúde.

Conhecer a realidade da Atenção aos adolescentes durante a visita domiciliária;

Identificar possíveis dificuldades e facilidades que possam existir na Atenção ao adolescente durante a VD.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tentar causar o mínimo possível de riscos aos participantes e aos envolvidos com estes durante as entrevistas e observações e na divulgação da pesquisa.

Benefícios:

Colaborar para qualidade de vida e promoção da saúde no período da adolescência com benefícios para toda a vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que envolve diagnóstico situacional frente aos cuidados com o adolescente que envolve o olhar do profissional, gestor das ações assistenciais e do usuário. Pode contribuir para otimização e transformação dos cuidados tecnológicos leves de jovens em situação de vulnerabilidade social e física.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos necessários à inserção e apreciação do projeto no COMEPE_UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo deste conselho.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPESQ

Continuação do Parecer: 459.698

Não

FORTALEZA, 18 de Novembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br