



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

DELANE UCHÔA AMORIM

A VISÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
SOBRE OS ADOLESCENTES E SUA PRÁTICA

FORTALEZA-CEARÁ
2011

DELANE UCHÔA AMORIM

A VISÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE OS
ADOLESCENTES E SUA PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz

FORTALEZA - CEARÁ
2011

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

A524v Amorim, Delane Uchôa
A visão dos agentes comunitários de saúde sobre os
adolescentes e sua prática / Delane Uchôa Amorim. – 2011.
130 f. : il., color. enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do
Ceará, Centro de Educação, Curso de Mestrado Profissional
em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente.
Orientação: Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Adolescentes. 3.
Discurso do sujeito coletivo. I. Título.

CDD: 610.7343

DELANE UCHÔA AMORIM

A VISÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE OS
ADOLESCENTES E SUA PRÁTICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará para a obtenção parcial do Grau de Mestre.

Aprovada em 19 / 12 / 2011

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia de Almeida
Universidade Federal do Ceará

A Jesus pela entrega de Si por parte de cada um de nós,
pelo amor infinito e por tudo que Ele é e faz na minha vida.
És o sentido de tudo.

A Virgem Maria, mãe e rainha, modelo e estrela da
minha vida.

Aos meus pais, Pedro e Vaudenice, que sempre
investiram em minha formação

À minha irmã, Suyanne, pelo apoio e carinho
Ao meu irmão Pedro Henrique pela
inesgotável alegria de viver

As minhas sobrinhas Suzana e Ana Maria, por me
ensinarem o valor de ter um coração de criança

A todas as pessoas que, de alguma forma,
contribuíram para a minha formação.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, invoco a Deus, agradecendo por sua presença constante em minha vida, iluminando-me, protegendo-me, guiando-me com amor para a realização da vontade Dele. Concedendo-me a fé e a confiança necessárias para compreender que tudo pertence dEle.

À minha família e em especial ao meu irmão e irmã, sobrinhas, e aos meus pais. Com vocês aprendi sobre a grandeza de ser família, Santuário de Deus, vivendo de amor e fé, valorizando as pequenas coisas, o essencial.

Ao meu tio José Amorim e familiares, que sempre me acolheram com carinho, especialmente, nesse tempo de dedicação ao Mestrado.

À Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz, por saber ser dócil à vontade de Deus e ser instrumento dEle em minha vida desde a aprovação no Mestrado, pela orientação da pesquisa, pelo exemplo de competência, seriedade e simplicidade, por proporcionar meu desenvolvimento pessoal e profissional. A você, minha admiração, gratidão eterna e respeito.

A todos os colegas, professores e funcionários do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, pelos encontros, partilhas e aprendizado que contribuíram para a nossa formação humana.

À Secretaria de Saúde do Município de Iguatu-CE, meu agradecimento pela compreensão em relação a minha dedicação ao Mestrado, e pelo apoio para a concretização da pesquisa.

A todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família de Iguatu-CE, especialmente aos colegas enfermeiros, que facilitaram meu acesso ao campo de pesquisa, e que me apoiaram para que esse trabalho fosse elaborado.

Aos agentes comunitários de saúde de Iguatu-CE, pela inspiração, disponibilidade, compromisso, com os quais pude refletir e descobrir possibilidades de contribuir no cuidado do adolescente para a vida. Agradeço por saberem viver a simplicidade de coração, grandeza do dom de Deus na vida de cada ACS. Com vocês, aprendo o sentido da doação.

Enfim, a todos aqueles que compartilharam comigo essa experiência e que contribuíram de alguma forma com essa conquista, cuja ajuda foi imprescindível na conclusão de mais uma obra de Deus em minha vida.

“Feliz o homem que persevera na sabedoria, que se exercita na justiça, e que, em seu coração, pensa no olhar de Deus que tudo vê”.

(Eclo14, 22)

RESUMO

O agente comunitário de saúde (ACS) se caracteriza por ter maior conhecimento empírico da área onde atua. A forma de atuação do agente de saúde reflete a visão apreendida em seu processo de vida. Na prática com adolescentes, esse trabalhador deve privilegiar o encontro onde sujeitos detentores de saberes diferentes promovem transformações em si e no outro. O estudo tem como objetivos descrever a visão dos ACS sobre o adolescente; analisar a prática dos ACS na atenção ao adolescente; sugerir a elaboração de um manual educativo voltado para o trabalho do ACS na assistência ao adolescente segundo os resultados da pesquisa. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com dois ACS das catorze equipes de Saúde da Família existentes na zona urbana do Município de Iguatu-CE, perfazendo um total de 28 sujeitos participantes. Os dados foram organizados segundo os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), por meio do qual emergiram três temáticas: A visão dos ACS sobre os Adolescentes; A prática dos ACS na Atenção ao Adolescente e Situações de saúde e educação importantes na composição de um material para orientar as ações do ACS na Atenção ao Adolescente. A primeira temática revela que os ACS não possuem uma visão ampliada sobre adolescência, mas conseguem traduzir algumas características presentes nessa fase. Além disso, em alguns momentos, revelam um olhar negativo sobre o adolescente. A temática dois mostra que a prática do ACS se dá, principalmente, por meio das visitas domiciliares para realização de orientações ao adolescente e à família como um todo. Os agentes de saúde referem-se às dificuldades encontradas no cotidiano tanto no desenvolvimento de grupos para adolescentes como também na adesão dessa população aos encaminhamentos para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Por meio do DSC da temática três, apreendemos o interesse dos ACS em participarem de capacitações: relataram também sobre a necessidade da produção de um material impresso. No que tange ao trabalho cotidiano, os ACS destacaram a confecção de *folders* com orientações voltadas para a saúde do adolescente, e também de um álbum para demonstração. Conclui-se que mesmo os ACS revelando um olhar baseado no comum sobre adolescente, conseguem extrapolar a visão biomédica. O ACS é o trabalhador que possui maior conhecimento das situações de vida dos adolescentes, desempenham suas funções de modo mais ajustados com a realidade vivenciada na comunidade onde atuam, bem como constituem-se como referência em cuidado e saúde relação de confiança e vínculo com adolescentes e familiares. A relação de confiança entre adolescentes e ACS aponta para um importante caminho a ser investido na prática do cotidiano, uma vez que facilita o cuidado a esse grupo e, além disso, favorece a adesão destes quanto às orientações recebidas pelos agentes de saúde.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Adolescentes. Discurso do Sujeito Coletivo.

ABSTRACT

The community health agents (CHA) is characterized by having greater empirical knowledge of the area where it operates. The manner of operation of the health worker reflects the vision captured in its process of life. In practice with adolescents, the employee should focus on the meeting where individuals holding different knowledges promote changes in themselves and in others. The study aims to describe the vision of the ACS on the adolescent; analyze the practice of ACS in the adolescent and suggest the development of an educational handbook focused on the work of ACS care in adolescents according to the search results. This is a study with qualitative approach. We performed a structured interview with two of the fourteen teams ACS Family Health in the existing urban area of the Municipality of Iguatu-CE, a total of 28 subjects. Data were organized according to the assumptions of the Collective Subject Discourse (CSD), through which three themes emerged: The vision of the ACS on Adolescents; The practice of ACS in Adolescent Care and situations important in health and education composition material to guide the actions of the ACS in Adolescent Care. The first issue shows that the ACS does not have a broader view on adolescence, but can translate some features present in this phase. Moreover, at times, show a negative look on the teenager. The second issue shows that the practice of ACS occurs primarily through home visits to carry out guidance to adolescents and families as a whole. Health care providers refer to the difficulties encountered in daily life both in the development of groups for adolescents as well membership in this population of referrals to the Family Health Strategy (FHS). Through the theme of the three DSC, grasp the interest of the CHA to participate in training, also reported on the need for production of printed material. Regarding the daily work, the ACS emphasized the production of brochures with guidelines aimed at adolescent health, and also an album for demonstration. It is concluded that even a revealing look at the ACS based on common adolescent can extrapolate the biomedical view. The ACS is an employee who has greater knowledge of the situations of life of adolescents, perform their functions more adjusted to the reality experienced in the community where they work, and constitute themselves as a reference for health care and trust and bond with teenagers and family. The relationship of trust between adolescents and ACS points to an important way to be invested in the practice of everyday life, since it facilitates care for this group and also favors adhesion of the orientations received by health officials.

Keywords: Community Health Workers. Adolescent. Collective Subject Discourse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF– Estratégia Saúde da Família

HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBL – Aprendizagem Baseada em Problemas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF– Programa Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBASF– Unidade Básica de Saúde da Família

UECE – Universidade Estadual do Ceará

VD – Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

1	Distribuição dos agentes comunitários de saúde por equipe de Saúde da Família na zona urbana do Município de Iguatu-CE, 2011.....	56
2	Distribuição dos agentes comunitários de saúde por equipe de Saúde da Família na zona rural do Município de Iguatu-CE, 2011.....	57
3	Caracterização dos agentes comunitários de saúde, segundo a faixa etária. Iguatu-CE, 2011.....	61
4	Distribuição dos agentes comunitários de saúde, conforme a escolaridade e a conclusão de curso profissionalizante. Iguatu-CE, 2011	62
5	Caracterização dos agentes comunitários de saúde, de acordo com ser morador do bairro em que trabalham. Iguatu-CE, 2011.....	63
6	Distribuição dos agentes comunitários de saúde, de acordo com a ocupação anterior a esse cargo. Iguatu-CE, 2011.....	64
7	Caracterização dos agentes comunitários de saúde, conforme o tempo de trabalho nessa ocupação. Iguatu-CE, 2011.....	65
8	Distribuição dos agentes comunitários de saúde, segundo a motivação para o trabalho. Iguatu-CE, 2011.....	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Nossa aproximação com a temática e o objeto da pesquisa.....	14
1.2 Objetivos.....	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.1 Estratégia Saúde da Família: perspectiva de saúde transformadora.....	22
2.2 O agente comunitário de saúde.....	29
2.2.1 Educação em saúde e possibilidades de emancipação.....	39
2.2.2 A visita domiciliar do agente comunitário de saúde.....	42
2.3 Saúde do adolescente na atenção básica.....	47
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	54
3.1 Natureza do estudo.....	54
3.2 Campos de investigação.....	54
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	56
3.4 Técnicas e procedimentos de obtenção das informações.....	57
3.5 Análise e interpretação dos discursos.....	58
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1 Caracterização dos agentes comunitários de saúde	61
4.2 Discursos do sujeito coletivo dos agentes comunitários de saúde sobre os adolescentes e a prática com estes sujeitos	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	126
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	127
ANEXO A - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE IGUATU-CE.....	129
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	130

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Nossa aproximação com a temática e o objeto da pesquisa

No começo de 2005, iniciamos nossas atividades como enfermeira na Estratégia Saúde da Família, do Município de Iguatu-CE. Desde esse período, convivendo com a realidade da atenção primária, nos aproximamos das ações realizadas junto aos agentes comunitários de saúde (ACS). Esses trabalhadores, geralmente, apresentavam as situações presentes na família, apreendidas nas visitas domiciliares, por meio do vínculo com a comunidade, para a discussão e a intervenção da equipe.

Após alguns anos de atuação, sensibilizou-nos a dificuldade de atuação do ACS na assistência ao adolescente. Essa dificuldade também era percebida na assistência pelo restante da equipe de Saúde da Família. Além disso, a busca de alguns adolescentes por assistência, em decorrência de problemas de saúde já instalados, ensejava preocupação ao pensar que muitas das situações apresentadas no serviço de atenção básica são passíveis de prevenção. Para tanto, a equipe deve estender suas atividades para esta população com a busca e conhecimento da realidade que se apresenta na comunidade.

No Município de Iguatu-CE, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, foi priorizada a atenção à saúde do adolescente. Para colaborar com a prática dos profissionais a esta população, houve a capacitação para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujos temas foram focados na prevenção e na promoção da saúde, além de aspectos educativos e de desenvolvimento do adolescente.

Deparar-nos com essa realidade referente à dificuldade do ACS na prestação de assistência sistematizada ao adolescente, observamos a pouca atenção ao acompanhamento dele, também por toda a equipe de Saúde da Família, uma vez que o ACS faz o elo entre a comunidade e a ESF. Deste modo, o

adolescente perde a oportunidade de participar da assistência em saúde e de outros aspectos fundamentais para seu desenvolvimento, bem como para o enfrentamento das diversas situações de vida.

O campo de estudo da adolescência, especificamente a atenção à saúde dos adolescentes, cada vez mais explorado, seja pelo aumento significativo desta população, seja por questões que os incluem nos determinantes de riscos sociais ou da saúde, tais como a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo as DST / AIDS, os acidentes de trânsito ou ainda situações ligadas ao uso abusivo de drogas e a violência de várias naturezas.

Sabemos que as necessidades de saúde se traduzem em demandas sujeitas a transformação dos eventos danosos como também do fortalecimento da subjetividade do adolescente para enfrentar as situações inerentes à vida.

No que tange à área da saúde, as Organizações Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Mundial de Saúde (OMS) delimitam a adolescência como a segunda década de vida (dez a 19 anos) quando ocorre um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, em que a aceleração do desenvolvimento e da personalidade são marcantes (BRASIL, 2006).

Além dessa demarcação etária, é importante entender o adolescente em suas diversas características, contemplando o seu modo de ser e desenvolver-se, inserido no seu âmbito social e familiar.

Com as intensas transformações ocorridas na adolescência, surgem diversas peculiaridades, como a necessidade de elaboração de uma nova identidade, o desempenho de novos papéis sociais, a mudança na relação de dependência da família para o grupo de pares, além da escolha de um projeto de vida e dúvidas sobre as mudanças que surgem nessa fase da vida. Em decorrência de tais peculiaridades, que acarretam tantas variações de comportamentos esperados na adolescência, percebe-se o quanto essa fase deve ser particularmente valorizada por caracterizar um período de maior vulnerabilidade dos adolescentes à exposição de riscos (AMADO, 2001).

Na perspectiva de refletir e buscar estratégias no âmbito da prevenção de agravos e na promoção da saúde dos adolescentes, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de cunho educativo, direcionadas ao adolescente em seu contexto de vida.

Em 1991, por meio do convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as secretarias de estado da saúde, é criado o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – equipe constituída na proporção de um enfermeiro instrutor/supervisor para 30 ACS, lotados em uma unidade de saúde, entendido como uma estratégia transitória para o PSF, implantação que ocorreu, inicialmente, na Região Nordeste, em razão da epidemia do cólera, com impacto significativo nos indicadores, quando comparados aos de regiões não cobertas pelo Programa (BRASIL, 2001b).

A criação do PACS, pelo Ministério da Saúde, foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde. Ao visitar as casas para cadastrar as famílias e identificar os seus principais problemas de saúde, o trabalho dos primeiros agentes de saúde contribuiu para que os serviços de saúde pudessem oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade.

Passa a existir um novo trabalhador, o ACS, que, faz parte dessa população e trabalha para ela, com ela; supõe-se que é quem conhece as formas cotidianas de viver, de significar a vida e de se comportar das famílias locais. A profissão foi criada pela Lei 10.507 de 10/07/02, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, sendo que o Decreto nº. 3.189 de 04/10/99 fixa as diretrizes para o exercício da atividade (BRASIL, 2001b).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os trabalhadores de nível médio e fundamental desempenham papel muito importante no desenvolvimento de políticas, programas, estratégias e ações de saúde. A participação significativa desse segmento de trabalhadores no SUS, não necessariamente encontra correspondência nas políticas da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Conforme Morosini (2010), os agentes comunitários de saúde (ACS) são um grupo de trabalhadores bastante representativo dessa situação. A criação ainda recente da função e a trajetória de luta pela profissionalização dos ACS guardam relações importantes com questões centrais do trabalho e da educação dos trabalhadores no SUS, principalmente quanto às políticas de vinculação e às de formação.

Outra estratégia implementada pelo Ministério da Saúde, no ano de 1994, foi o Saúde da Família. Esta estratégia apresenta um grande potencial para reordenar a atenção básica e reorganizar os demais níveis de complexidade do sistema. O PSF consiste em um novo modelo de atenção centrado na lógica da vigilância à saúde e da qualidade de vida, dirigido à família e à comunidade, incluindo desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças. Desta forma, amplia-se a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam os limites e suas possibilidades de atuação, requerendo desses profissionais novas habilidades (BRASIL, 2001a).

A proposta do PSF, do Ministério da Saúde, faz parte de uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do País, que prioritariamente se volta para a atenção à cura e, em menor proporção, à prevenção das doenças. A compreensão do PSF, como um modelo atual, só é possível com a mudança do objeto de atenção, de forma de atuação enfocando ações de promoção da saúde e da organização geral dos serviços, reorientando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 2001a).

Conforme Bornstein *et al.* (2009), o ACS constitui, hoje, força de trabalho expressiva, com cerca de 200 mil profissionais atuando em todo o País. Seus processos e condições de trabalho são ainda pouco conhecidos na sua multidimensionalidade e tendem a passar por mudanças rápidas, em função dos contextos políticos locais, das novas regras jurídico-administrativas e da própria dinâmica das comunidades às quais estão vinculados. No contexto do cotidiano da comunidade onde os ACS vivem e atuam, deve-se considerar o âmbito das práticas e dos modelos assistenciais e educativos em saúde, e os significados materiais e simbólicos deste trabalho, na perspectiva dos próprios ACS, dos demais

profissionais de saúde da rede pública, dos movimentos sociais e das comunidades assistidas.

Pelo exposto, este estudo justifica-se, considerando-se a quantidade de profissionais ACS atuando no País, a natureza de seu trabalho, o grande incentivo do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, mediante implantação de novas equipes da ESF nos municípios, onde os ACS são agentes fundamentais, além do destaque crescente desse trabalhador no sistema nacional de saúde.

Além disso, compreendemos que estudos realizados com ACS são importantes, uma vez que esses profissionais pertencem à comunidade onde atuam, evidenciando-se, pois a oportunidade de obter o conhecimento da realidade local onde os modos de vida acontecem e se interligam com as concepções e práticas de saúde.

Com esse perfil, os ACS são trabalhadores necessários para a assistência à saúde do adolescente, pois é nessa fase da vida que emanam eventos associados à expressão da sexualidade, à violência, ao uso e abuso de substâncias psicoativas e outras. Os agravos relacionados a esses eventos são bastante complexos, suscitando a necessidade de acompanhamento que favoreça o vínculo e a confiança. Ao mesmo tempo, é reconhecido o fator de que a melhor forma de enfrentá-los é a promoção da saúde dos adolescentes mediante ações voltadas para o fortalecimento do sujeito no enfrentamento das diversas situações de vida.

Outro motivo que instiga a pesquisa nesse campo parte da observação da realidade que mostra a dificuldade de encontrar espaços nas instituições de saúde (hospitais, centros de saúde, unidades de Saúde da Família) destinadas ao atendimento e abordagem voltada para a saúde do adolescente em vários âmbitos da assistência. Essas instituições, apesar de o adolescente, de certa forma, receber atenção centrada na doença não se percebe uma valorização de seus contextos e as características desta população, ou seja, desconsideram aspecto significativo, que podem facilitar a adesão e a participação nos cuidados de sua saúde.

Os agentes comunitários de saúde trabalham com a noção de vínculo, têm conhecimento das situações de vida da população, acompanhando as famílias adscritas em suas necessidades básicas. Sendo assim, caracterizam-se como elos fundamentais entre a comunidade e os outros profissionais.

A produção científica sobre agente comunitário de saúde mostra, em levantamento bibliográfico na base de dados online Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se o descritor “agente comunitário de saúde”, que foram produzidos 161 trabalhos, entre artigos, monografias e teses. Parte considerável dos estudos dizia respeito ao trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família, à formação e perfil do ACS. Foram selecionados para leitura 45 estudos apresentados sob a forma de artigos e que abordavam a prática do ACS na ESF. Não foi encontrado nenhum artigo sobre o trabalho do ACS junto ao adolescente. Mesmo quando modificaram a estratégia de busca, utilizando-se os descritores de assunto “agente comunitário de saúde”, “adolescente” e “trabalho do agente comunitário de saúde”, não encontramos nenhum estudo que tratasse especificamente do tema. Assim, firmamos, como outro ponto de interesse, contribuir com a pesquisa neste campo de saber, pois representa uma produção que pode ampliar conhecimentos sobre o tema e trazer reflexões que possam ensejar mudanças no cotidiano de trabalho do ACS com adolescentes.

Este estudo tem como objeto de pesquisa a visão dos ACS sobre o adolescente e as práticas dirigidas a este grupo por esses trabalhadores. Além disso, temos o propósito de sugerir uma proposta sistematizada para o acompanhamento da saúde do adolescente pelo ACS.

Ante tais considerações, constatamos a relevância do estudo, uma vez que para qualquer ação que vise à mudança de realidades junto à família/comunidade, deve ser considerada a atuação do ACS como trabalhador no âmbito onde conhece a realidade local, e tem potencial para agir e encaminhar precocemente as demandas dos adolescentes e das famílias.

Outro ponto relevante para pesquisar esse objeto é considerar que os resultados encontrados na pesquisa proporcionarão estratégias e ações, que possibilitem a elaboração de um plano de trabalho e, conseqüentemente, facilitem a prática do ACS e das equipes relacionadas no desenvolvimento das atividades com adolescentes.

Do exposto, foram formuladas algumas questões que orientaram a pesquisa.

- 1) Qual a visão do ACS sobre o adolescente?
- 2) Qual a prática do ACS na atenção ao adolescente?

Com efeito, nosso trabalho intenciona contribuir no desenvolvimento das ações dos ACS com os adolescentes mediante o fortalecimento do potencial destes trabalhadores no enfrentamento das diversas situações vividas por esse grupo na comunidade.

1.2 Objetivos

- Descrever a visão dos agentes comunitários de saúde sobre o adolescente.
- Analisar a prática dos agentes comunitários de saúde na atenção ao adolescente.
- Sugerir a elaboração de um manual educativo voltado para o trabalho do ACS na assistência à saúde do adolescente com suporte nos resultados da pesquisa.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A literatura que respaldará os resultados da pesquisa está organizada de acordo com os aspectos referentes à Estratégia Saúde da Família, aos agentes comunitários de saúde, a Educação em Saúde, a visita domiciliar e a saúde do adolescente na atenção básica.

2.1 Estratégia Saúde da Família: perspectiva de saúde transformadora

A atenção primária à saúde (APS) é apresentada como um modelo adotado por diversos países, desde a década de 1960 para proporcionar maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde, bem como para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. No Brasil, a APS reflete os princípios da reforma sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação atenção básica à saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A Constituição Brasileira promulgada em 1988 regulamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este ato consistiu em um grande avanço para o País, uma vez que o Estado passou a ser o responsável por promover a saúde dos cidadãos. Houve uma mudança na estrutura organizacional do Brasil, o que implicou a crescente necessidade de um novo modelo para a atenção à saúde, conforme estabelece o artigo 196 da Constituição de 1988.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.133).

A proposta do SUS é de uma rede hierárquica e regional, tendo como princípios a universalização, a integralidade, a descentralização, a equidade e a participação popular, que foram embasados nos pressupostos apontados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1988). Embora estes princípios não tenham sido atingidos em sua plenitude, foram alcançados importantes avanços nos últimos anos.

A Constituição brasileira está entre as mais avançadas do mundo no campo do direito à saúde. Trata-se de uma importante conquista, porque o Brasil é um país onde existem grandes desigualdades sociais oriundas do modelo econômico excludente. Então, a implementação do SUS é uma forma de facilitar o acesso aos serviços como também de legitimar a participação ativa da população.

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde com a edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (FAUSTO; MATTA, 2007).

Portanto, para concretizar a incorporação dessa nova realidade no setor saúde, foi necessário, entre outros aspectos, estruturar um novo modelo assistencial que tivesse como foco de atenção os determinantes das condições de saúde da população no contexto socioeconômico em que ela vive e que não dirigisse a assistência apenas para o tratamento das doenças. A proposta de Saúde da Família foi desenvolvida e formalizada pelo Ministério da Saúde em 1993, contando com experiências articuladoras, como o PACS no Ceará, médicos de família em Niterói, Rio Grande do Sul e São Paulo. Após ampla discussão, sua oficialização pelo Governo aconteceu em 1994 (BRASIL, 2001a).

Naquele ano, quando o Programa de Saúde da Família foi lançado no Brasil, os primeiros 55 municípios implantaram 328 equipes. No segundo semestre de 2001, eram mais de 12 mil equipes, atuando em mais de quatro mil municípios, localizados em todas as regiões do País. A implantação do PSF, inicialmente

concentrada nos municípios de pequeno e médio porte, começam a deslocar-se para os grandes centros urbanos (BRASIL, 2001a).

O Ministério da Saúde concebeu a Saúde da Família como um programa, entretanto, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação Estratégia de Saúde da Família por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no País (CORBO, MOROSINI; PONTES, 2007).

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS e também apresenta a concepção de promoção da saúde, uma vez que esta representa um componente de destaque na organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da saúde pública. Para Mendes (2002, p. 54),

Vige ainda, no país, um entendimento insuficiente sobre o que significa a estratégia do PSF, pelos diferentes atores sociais. Isso leva a duas conseqüências igualmente danosas: de um lado, uma operacionalização mais próxima à concepção de programa, para regiões e pessoas mais pobres; e de outro, uma ideia de que a atenção primária à saúde é algo muito simples que pode ser ofertado através de recursos simplificados e, até mesmo, de forma improvisada.

A ESF se encontra no nível mais complexo da assistência. Trabalha na lógica de vigilância à saúde, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de forma integral e contínua. Para isso, a estratégia centraliza os esforços nas unidades básicas de saúde que representam o primeiro contato da população com os serviços ofertados pelo município, sendo capaz de resolver 85% dos problemas da população quando funcionam adequadamente. Além disso, devem garantir a referência e a contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir (BRASIL, 2001a).

A equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a dez agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que algumas equipes possuem um dentista e um auxiliar de consultório dentário. Fica a critério do município a inclusão de outros profissionais na

ESF. Também se encontram sob a responsabilidade da ESF o cadastramento e o acompanhamento da população adscrita ao território de abrangência. É recomendado que uma equipe seja responsável, no máximo, por 4.500 pessoas (BRASIL, 2003).

Em relação ao investimento na capacitação da Equipe de Saúde da Família, Corbo, Morosini e Pontes (2007) apontam que esses incentivos se concentraram na qualificação dos profissionais de nível superior, ao passo que os ACS foram predominantemente qualificados em serviço, com poucas diretrizes. Durante muito tempo, foram responsabilidades do profissional de Enfermagem da ESF o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, assim como supervisionar, coordenar e realizar as atividades de educação permanente destes.

Segundo o Ministério da Saúde (2001a), as principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pela ESF são as ações de saúde da criança, as ações de saúde da mulher, o controle e a eliminação da hanseníase, o controle da *Diabetes Mellitus*, o controle da tuberculose. Estas responsabilidades foram definidas pela Norma Operacional Básica (NOAS) editada em 2001. As equipes podem e devem atender às demandas específicas que emergirem na comunidade, mas é recomendado que cumpram os programas preconizados.

O Saúde da Família é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção básica. O principal instrumento de seu financiamento é o Piso Assistencial Básico (PAB), instituído pela Norma Operacional Básica/ SUS/ 1996 e implantado em 1998 com a habilitação progressiva dos municípios na gestão da atenção básica. O PAB é um recurso transferido por captação, tendo uma parte fixa e uma parte variável. A parte fixa pode oscilar de R\$ 10,00 a R\$ 18,00 por habitante/ano e constitui uma transferência fundo a fundo, do Governo federal aos municípios. O PAB variável está representado por uma série de mecanismos de financiamento, dentre os quais há dois incentivos à ESF: um, de R\$ 10.000,00, é dado para a implantação de cada equipe; o outro incentivo é de cobertura e varia de R\$ 28.008,00 por equipe da ESF/ano, para municípios com cobertura de até 5% da população a R\$ 54.000,00 por equipe da ESF/ano para uma cobertura populacional superior a 70% (MENDES, 2002).

Para Vasconcelos (2004), a expansão da Estratégia Saúde da Família levou a uma profunda inserção de milhares de trabalhadores de saúde no cotidiano da dinâmica de adoecimento e de cura na vida social. Nessa convivência estreita, os profissionais de saúde são profundamente questionados sobre a eficácia do modelo biomédico tradicional. Há uma intensa busca de novos caminhos; mas a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos resulta em desperdício dessa situação potencialmente transformadora do sistema.

Merhy *et al.* (2009) afirmam que a mudança do modelo produtivo requer o reordenamento do núcleo tecnológico do cuidado, com primazia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, expressão da liberdade; relevância nas tecnologias leves e leve-duras sobre as duras, que devem ficar na posição acessória às demais, o que significa o investimento nas relações como facilitadores por excelência do processo de trabalho; e a constituição de processos autoanalíticos e autogestionários na equipe de trabalhadores, que favoreçam a elaboração de intervenções na micropolítica do processo de trabalho, possibilitando a superação das situações de repetição dos modelos vigentes, resignificando seus atos assistenciais.

De acordo com Alonso (2003), os grandes conflitos instalados nas interações dos profissionais de saúde com as famílias, no decorrer do processo terapêutico, estão centrados na limitação da visão biomédica, ao fechar, de forma quase absoluta, as suas fronteiras para explicações oriundas de outros contextos socioculturais e desta forma, impossibilita um cuidado com reais significados para a saúde da família e, a própria vida. Sucupira (2003) complementa a discussão ao reconhecer que a queixa é a principal linguagem de comunicação entre a unidade de saúde e a população. A demanda trazida é sempre a queixa de um sofrimento, visto sempre na sua manifestação somática, orgânica. O sofrimento psíquico não percebido e a depressão, a angústia e, o alcoolismo são vistos como doenças orgânicas, portanto passíveis de tratamento medicamentoso.

Conforme Sucupira (2003), não se limitar a simples resolução imediata da queixa significa, antes de tudo, entender a dimensão dessa queixa, transpondo o que é explicitado. É preciso identificar os condicionantes do sofrimento que se

expressam naquele sintoma manifestado pelo indivíduo e pensar o problema inserido no território, para que possam ser identificadas soluções coletivas.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), a assistência prestada pela ESF deveria evitar a redução das necessidades dos usuários a processos fisiopatológicos, valorizando a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido. É fundamental instituir a dimensão subjetiva nas práticas em saúde e, assim, revalorizar, tanto para a população como para os profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões em saúde, e isto equivale a se contrapor à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas.

Segundo o Ministério da Saúde (2005, p.32),

[...] por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde.

Conforme Campos e Matta (2007), para trabalhar com famílias também é necessário saber qual a concepção de família mais adequada e mais coerente não só à atualidade, como também aos contextos específicos que ela engloba, os quais, em um país de amplas dimensões territoriais como o Brasil, estão pautados em uma diversidade que não deve ser desconsiderada.

Prestar assistência de forma integral às famílias pressupõe trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, uma vez que os saberes isolados são insuficientes para compreender a realidade, porque dificultam a troca de informações e o crescimento profissional. Em conformidade com o Ministério da Saúde (2001a), a ação interdisciplinar pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de um profissional se reconstituir na prática do outro, transformando o

contexto em que estão inseridos por meio de uma abordagem integral e resolutiva das famílias assistidas.

Apesar de a Estratégia Saúde da Família ser um programa público, cujas diretrizes estão direcionadas para a promoção da saúde, na prática, a materialização de suas ações converge para a divisão de tais responsabilidades de assistência com a própria família, já tão sobrecarregada pelas diversas adaptações impostas pelo impacto social da globalização, responsabilizando-a pelo autocontrole e pelo autocuidado. Isso ocorre pelo fato de que a família internaliza os valores ideológicos do sistema que o programa possa vir a trazer em sua prática e nos discursos dos profissionais de saúde que têm contato direto com a população. O estímulo de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais da unidade de saúde e as famílias assistidas, convocando-as à condição de parceria no cuidado à saúde, deve ser visto e trabalhado com especial atenção, de modo a aproveitar suas potencialidades sem jogar sobre elas o fardo da culpa por exigências acima dos limites que suas condições permitam (CAMPOS; MATTA, 2007).

Nemes (2000) acredita que, para prestar assistência às pessoas, com toda a diversidade de necessidades de saúde, deve-se recorrer a outros saberes, advindos de campos de práticas e de conhecimentos que têm como objetivo outras dimensões da vida relacionadas à saúde. A interdisciplinaridade não pode se limitar a somar intervenções de várias origens, e sim articular outras dimensões às biológicas.

Nessa perspectiva, o indivíduo é entendido como sujeito social capaz de traçar os próprios projetos de desenvolvimento. Por isso, as ações dos profissionais da unidade de Saúde da Família devem entender as famílias em seu espaço social. As interações, os conflitos e as desagregações fazem parte do universo simbólico e privado da família, com intervenções diretas na saúde de seus membros (BRASIL, 2001a).

Na perspectiva de Mendes (2002), no entanto, as ações desenvolvidas na ESF são influenciadas pela cultura biomédica prevalecente, tanto pelos gestores e profissionais de saúde como pela população. Isto significa que boa parte das equipes da ESF não consegue atuar de conformidade com os princípios da atenção

primária à saúde, voltando-se excessivamente para dar respostas contingentes às demandas da população.

Para Ceccim e Merhy (2009), mesmo que cada uma das profissões de saúde procure dar sua marca ao campo de suas ações e opor-se entre si na disputa por territórios privativos de intervenção, isso, muitas vezes, não ultrapassa a condição de uma prática discursiva, porque tratar com qualidade, cuidar com integralidade ou escutar com sensibilidade não são oposições.

Conforme Nemes (2000), trabalhar com base na ação programática implica a utilização de diagnósticos coletivos na definição dos produtos do trabalho. O conhecimento epidemiológico direciona a escolha dos objetivos de trabalho, havendo uma priorização de alguns objetos. Esta priorização implica, entretanto, necessariamente dar mais atenção para algumas demandas em detrimento de outras. Assim, na escolha dos grupos prioritários ou doenças-alvo de atenção, esta composição hierárquica decidida pelo conhecimento da epidemiologia é uma normativa que está acima tanto do usuário como do profissional.

A atuação do profissional na ESF, para promover a saúde dos usuários, deve ir além de atividades educativas dirigidas somente à transformação de comportamentos e de estilos de vida dos indivíduos, porque estas ações permanecem no patamar da prevenção de doenças. *“Para a prevenção, evitar a ocorrência de enfermidade e a perda do bem-estar é o objetivo final. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é buscar expandir o potencial positivo de saúde, portanto, a ausência de doenças não é suficiente”* (SUCUPIRA; MENDES, p.09, 2003). Para avançar, o profissional precisa expandir o horizonte, englobando nas atividades educativas tudo o que influencia ou faz parte da vida do sujeito, além de agir em outras frentes que ampliem o potencial humano.

2.2 O agente comunitário de saúde

No início da década de 1990, após a constatação de um grande índice de mortalidade materno-infantil e falta de informação sobre meio ambiente, água potável e saneamento em algumas comunidades carentes do Nordeste brasileiro,

principalmente no Estado do Ceará, começaram a ser tomadas algumas providências para contornar a situação. Ante a problemática, os órgãos públicos do Estado do Ceará empregaram seis mil mulheres como agentes de saúde para realizar atividades simples e importantes, como encaminhar as crianças para vacinação, cadastrar as gestantes e, entre outras, ensinar as famílias a utilizar o soro oral. Este tipo de atitude nos momentos de emergência, nos quais se busca resolver os problemas relacionando custo/benefício, foi chamado de Atenção Primária Seletiva em Saúde (BRASIL, 2001b).

Após esta iniciativa, o Ministério da Saúde, por meio do SUS, encampou a ideia como um programa de saúde coletiva, atendendo, assim, as exigências das organizações internacionais e criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portanto, conforme documentos do Ministério da Saúde, o PACS foi inspirado nessas experiências de prevenção de doenças por meio de informação e de orientações sobre cuidados de saúde. Em 1997, com a expansão do programa por todas as regiões brasileiras, e com o processo de consolidação da descentralização de gestão e recursos no âmbito de Sistema Único de Saúde (SUS), o Governo federal decide regulamentar a implantação e a operacionalização do PACS. Pela Portaria nº1886/GM, em dezembro de 1997, o Ministério da Saúde resolve aprovar as normas e diretrizes do PACS e da ESF, pelo fato de reconhecer estes programas como importante estratégia que poderia contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, desde a reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2001b).

De acordo com Morosini, Corbo e Guimarães (2007), pela Portaria n.º 1.886/ 1997, que aprovava as normas e diretrizes do PACS e ESF, também foram definidas as atribuições dos ACS, de modo que sua atuação estivesse centrada na promoção e prevenção de doenças, de acordo com as prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território de atuação do ACS. A Portaria vedava, ao ACS, o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades de saúde, no intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas executadas fora da unidade ambulatorial. Essa Portaria também estabeleceu as condições para a formação desses trabalhadores, preconizada como uma capacitação em serviço, realizada de forma continuada, gradual e permanente sob a responsabilidade do enfermeiro, com a participação dos demais membros da equipe.

Essas diretrizes foram atualizadas na Portaria n.º 648, de 2006, que preservou a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas, desde que vinculadas às atribuições definidas na referida Portaria.

De acordo com o Ministério da Saúde, a criação do PACS foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, sendo que a meta deste programa se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Uma estrutura de atenção à saúde é montada com uma equipe que projeta uma base assentada em agentes de saúde (trabalho casa a casa), um nível intermediário com auxiliares (trabalho de vacinação, procedimentos de enfermagem, triagem) (BRASIL, 2001b).

A estratégia do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Para que a reorganização das ações de saúde sejam concretizadas, fundamental a observância dos princípios básicos do SUS, com o seu seguimento, ainda que sua operacionalização apresente diferenças decorrentes realidades regionais e municipais (BRASIL, 2001b).

Desta forma, para a realização da implantação do PACS, é preciso que o município esteja habilitado em uma das condições de gestão previstas na Norma Operacional Básica do SUS atualmente em vigor (NOB SUS 01/96) e que o respectivo projeto de implantação seja aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que congrega o secretário estadual de saúde e os secretários municipais de cada Estado (BRASIL, 2002d).

O PACS exige responsabilidade e entrosamento administrativo e político, pois é um programa que interliga todos os entes federativos (nacional, estadual e municipal), em torno de ações básicas de saúde; sendo que, quando o município aderir e implantar o referido programa, este deve manter o Sistema de Informação

de Atenção Básica (SIAB) para permanecer habilitado no Piso de Atenção Básica (PAB) e continuar recebendo incentivos financeiros do Ministério da Saúde para manter o programa e pagar o salário dos ACS (BRASIL, 2001b).

O reconhecimento do ACS como categoria profissional, no entanto, com a concessão dos benefícios trabalhistas, ocorreu pela sanção da Lei n.º 10.507, em 10 de julho de 2002, criando a profissão de agente comunitário de saúde, porém, o reconhecimento não foi suficiente para que estes tivessem seus direitos sociais reconhecidos, conforme previsto no artigo 7º da Constituição Federal, por viverem múltiplas formas de contratação: contratos temporários, cooperativados, autônomos e outros (BRASIL, 2002d).

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, o PACS representa um dos maiores avanços na história da saúde pública no Brasil, sendo inovador quando estimula e a ativa participação de agentes sociais na execução das políticas públicas de saúde. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos ACS, pessoas escolhidas na própria comunidade para atuarem junto à população. Esse trabalhador deve também ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas funções. O ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo da realidade e das necessidades locais, como também desenvolver atividades de prevenção de doenças e promover saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2002d).

O Ministério da Saúde define como atribuições básicas do ACS realizar mapeamento de sua área de atuação; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente este cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar áreas de risco; orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase

na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover educação e a mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe (BRASIL, 2001a).

As atividades de ACS passaram a ser regidas pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, ao dispor que o ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. São consideradas atividades do ACS na sua área de atuação: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. O ACS também deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2011).

Para Bornstein e Stotz (2008), a maioria das atribuições mencionadas na proposta do Ministério da Saúde é composta por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e tem caráter biomédico e individual. Ainda que se mencione a necessidade de promover ações coletivas, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do SIAB não detalham este tipo de trabalho. A ênfase do SIAB é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

No cotidiano de sua prática, no entanto, os ACS assumem atividades que extrapolam as ações preconizadas nas normas do Ministério da Saúde. Assim, evidencia-se a flexibilização das tarefas, na tentativa de dar respostas positivas às demandas da população. Por conseguinte, há o rompimento do enrijecimento da organização do trabalho, que se dá quando a divisão de tarefas é bem definida, ficando cada trabalhador responsável pelo seu campo exclusivo de atuação (RODRIGUES; ASSIS, 2009).

Para Stotz, David e Bornstein (2007), no entanto, em muitos lugares, existe uma tendência a reduzir o trabalho do agente à vigilância de famílias de risco, geralmente aquelas que moram nas partes mais pobres e que levam uma vida precária, não raramente marcada pelo alcoolismo, depressão e abandono das crianças. O que acontece, pois, então é a simplificação do trabalho dos agentes; simplificação que, em vez de facilitar o trabalho, o reduzi a um aspecto só. Há, porém, uma consequência ainda mais grave: perde-se completamente de vista o potencial transformador da atuação do agente na ESF, que tem por objetivo alterar o modelo assistencial calcado na atenção médica individual e curativa.

Um dos papéis do profissional de saúde, ao desenvolver um trabalho que envolva a dinâmica familiar, seria o de manter-se atento à presença dos valores associados às concepções de família e ao que tais valores envolvem, pois os discursos revelam nas práticas do cotidiano as dimensões cognitivas, afetivas e sociais que possam estar envolvidas nos conceitos sociais relativos aos seus grupos ou à sociedade como um todo. Então, esse trabalhador tem a possibilidade de, estimulando a reflexão, promover o questionamento de tais concepções, favorecendo desconstruções e reconstruções, propiciando a que os grupamentos familiares se redescubram, podendo firmar suas identidades, reaver e fortalecer seus potenciais, reconhecendo suas possibilidades e impossibilidades de modo autêntico e ativo na busca do que lhes parece mais adequado e coerente às suas condições de vida (CAMPOS; MATTA, 2007).

É possível entender que a atuação do ACS esteja pautada nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde como também vinculadas à realidade local, na qual emergem diversas formas de interações com a comunidade, uma vez que

também fazem parte dessa comunidade, de suas dinâmicas e de saberes locais e se apropriam do saber adquirido externamente pela Equipe de Saúde da Família.

Para Bornstein e Stotz (2009), na equipe de saúde, o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características, quer pelos profissionais, quer pelos moradores, traduz-se em diferentes expectativas: de um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde.

Conforme Stotz, David e Bornstein (2007) todos os profissionais que trabalham na proposta do PACS e da ESF devem buscar práticas diferentes, que abordem não só a doença, mas também os determinantes dos problemas. De todos os profissionais, o agente se encontra mais próximo das pessoas da comunidade e dos seus modos de viver. Ele é o que se chama de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Seu trabalho tem uma função mediadora.

Corroborando tais ideias, Corbo, Morosini e Pontes (2007), ressaltam que os ACS devem dominar um âmbito de tecnologias leves, ou seja, a mediação entre saberes e práticas diversos, a criação de vínculo e o desenvolvimento de atividades educativas individuais e coletivas. Mesmo que essas atividades tenham um grau de liberdade na sua execução, para sua realização adequada e crítica, requerem o domínio de um conjunto de conhecimentos teóricos, conforme o próprio Referencial Curricular para curso técnico de ACS já identificou. Essas dimensões podem ser capturadas quando se restringe o trabalho do ACS ao preenchimento de fichas e marcação de consultas, ou mesmo quando se entende que educação em saúde se refere à transferência de conhecimentos sobre o modelo biomédico do processo saúde-doença.

A essência do trabalho do agente é esta função mediadora, que nem sempre se apresenta de modo claro e objetivo, porque também tem a ver com a visão de mundo, com as percepções das pessoas. Mediar a relação entre os

serviços e a população na perspectiva da melhoria das condições de vida não é uma tarefa simples, pois supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta (STOTZ, DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Para Abrahão e Lagrange (2007), entretanto, a situação ocupada pelo ACS no interior da equipe é singular, já que a função exige que o profissional resida obrigatoriamente na área de atuação da equipe, situação que faz com ele compartilhe do mesmo cotidiano da população à qual presta cuidado, o que o diferencia dos demais membros da equipe, mais afastados desse convívio diário com a comunidade. Ao exercer a função de elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, cabe destacar que para este profissional se faz necessário um maior discernimento entre as informações que devam ser compartilhadas com o restante da equipe e que são relevantes na constituição do projeto terapêutico, ensejando benefícios para a comunidade, bem como na orientação do trabalho em equipe e aquelas informações que são de outra natureza e que não agregam elementos ao processo de trabalho em saúde.

De um lado, em função da predominância da formação simplificada, por muito tempo realizada em serviço e, recentemente, realizada como uma educação inicial e continuada, o trabalho do ACS pode ser compreendido como um trabalho simples. De outro lado, considerando a complexidade das ações que este desenvolve e a expectativa que recai sobre este trabalho, ser o elo entre os serviços e a comunidade, por exemplo, conforma-se um trabalho com dimensões complexas. A complexidade está justamente nas qualidades laborais e subjetivas esperadas do ACS, que necessita pôr em operação processos comunicacionais, de caráter educativo e informativo, como no caso da visita domiciliar, ou da negociação de conflitos entre a comunidade e o serviço, na busca de oportunidades de atenção e cuidado (MOROSINI, 2010).

No concernente à formação técnica do ACS, os Ministérios da Saúde e da Educação publicaram, em 2004, um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, ressaltando a iniciativa de ir além da qualificação básica recomendada na Lei n.º 10.507 (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Conforme Morosini (2010), a formação técnica para os ACS exige, em primeiro lugar, que esta formação inclua os aspectos ético-políticos presentes no trabalho em saúde, a incorporação dos princípios do SUS, da saúde como um direito universal, da integralidade como um horizonte a se perseguir na gestão, na organização da atenção e nas práticas do cuidado em saúde. Exige também compreender o trabalhador como um sujeito que tem dimensões sensíveis, culturais, sociais, econômicas e políticas, enfim, como um ser que precisa de uma formação que o contemple em todos esses sentidos, sem os quais a formação profissional pode se reduzir à técnica. Exige ainda rever como compreendemos o rol de atividades que o ACS desempenha, que é caracterizado principalmente pelo trabalho educativo.

A síntese entre teoria e prática aponta como uma possibilidade para a organização de um processo de formação dos ACS, que permita que estes alunos-trabalhadores transitem entre os campos teóricos e práticos do conhecimento e do trabalho em saúde, tornando compreensível o modo como estes campos se relacionam e se influenciam mutuamente. Tentando pôr em prática o modo dialético e a noção de práxis para compreender os fatos humanos, é preciso que o conhecimento e a sua aplicação sejam compreendidos como unidade, cujas partes que a integram são distintas, mas inseparáveis, se revezando e se complementando. Estas, ao se revezarem, expressam as condições em que se realizam a educação e o trabalho humanos – o ato de compreender a natureza e de transformá-la (ou de compreendê-la transformando-a ou, ainda, de transformá-la, compreendendo-a), associado ao ato de ensinar às gerações seguintes o que foi assim feito, pela humanidade, como conhecimento de si e do mundo e que pode ensejar novos conhecimentos e novas transformações (MOROSINI, 2010).

Nesse sentido, Acioli e Luz (2003) garantem que é necessário pensar em práticas institucionais e profissionais diferenciadas que possam incorporar o compartilhamento de experiências e saberes entre os grupos profissionais e a população envolvida. Isto implica o desenvolvimento de práticas que reconheçam as experiências populares e a existência de uma sabedoria prática para que possamos reorientar o olhar técnico.

Conforme Abrahão (2007), o planejamento deve ser uma prática das equipes de Saúde da Família, como um modo de pensar ações de saúde mais próximas à realidade local. Desta forma, um conjunto de medidas calcadas no discurso da prevenção de doenças, da assistência e da promoção da saúde, passa a figurar no cenário das ações da atenção básica, com o objetivo claro de possibilitar o desenvolvimento de hábitos e modos de andar a vida de forma mais autônoma. As discussões que acompanham o planejamento nesta perspectiva são potencializadas com a participação dos profissionais de saúde e da população. Os resultados terão maior ou menor impacto de acordo com a aproximação que se faça da realidade. Para tanto, o papel do agente comunitário de saúde (ACS) é estratégico, pois, dada a sua posição intercessora da equipe em relação à população, este agente contribui de forma ímpar em todas as etapas deste processo, com destaque na identificação dos problemas e no acompanhamento e avaliação das intervenções, requerendo uma reflexão sobre o planejamento em saúde sem esgotar o tema, mas alterando o problema trabalhado.

Segundo Ceccim e Merhy (2007), a constituição de práticas de saúde deve estar alicerçada na atualização de processos intensivos de viver a vida, e não apenas de sobreviver, apesar da ausência de prazer, de compartilhamento, de potência de si e de produção de entornos criativos e audazes. Nessa condição criadora, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se pela invenção de si, dos entornos, de mundos. Esta é uma pontuação necessária, pois no campo da saúde, nas sociedades mais ocidentalizadas, há o fenômeno da “medicalização” e suas consequências, entre as quais: um perfil de prestação das práticas de atenção, de educação dos profissionais da área e da gestão dos sistemas de saúde para a oferta ampliada destas práticas em forma de diagnóstico, prescrição e condutas coletivas.

Morosini (2010) destaca que o ACS realiza um trabalho fundamental ao fortalecer a possibilidade de os sujeitos se reconhecerem com poder e responsabilidade pela própria história e pelo processo de elaboração de sua cidadania. E responsabilidade é diferente de culpa, pois nos faz reconhecer o nosso lugar no mundo e no tempo, ao contrário da culpa que, muitas vezes, só serve para nos sentirmos submetidos e sem condições de transformar a realidade.

2.2.1 Educação em saúde e possibilidades de emancipação

Nas práticas sanitárias brasileiras, o modelo de educação em saúde passou do tradicional existente na década de 1970, e que era baseado nas orientações centradas na exposição do educador, como também na imposição de padrões a serem seguidos, para um modelo pós-reforma sanitária, no qual foram sendo incorporados, a educação popular permanente, os princípios da humanização, da pedagogia freireana e da emancipação do ser humano como sujeito histórico-cultural (BOGUS, 2007).

Conforme Vasconcelos (2004), no contexto internacional, o Brasil teve papel pioneiro na constituição do método da Educação Popular, o que explica em parte a sua importância, aqui, na redefinição de práticas sociais dos mais variados campos do saber. Ela começou a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra se voltaram para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular.

No ensino profissional em saúde brasileiro, nos últimos anos, tem-se divulgado muito a abordagem educacional denominada “Aprendizagem Baseada em Problemas” (PBL - *Problem-Based Learning*), com a tese em experiências realizadas inicialmente no Canadá, Estados Unidos e Holanda. Ela ajuda a criar opções ao modelo de ensino em saúde tradicional, baseado em disciplinas especializadas e estanques, que fragmentam a análise dos problemas de saúde, procurando substituí-las pelo estudo de problemas concretos de forma interdisciplinar e cooperativa. A experiência acumulada pela Educação Popular, em caracterizar os problemas a serem debatidos, articulá-los com a realidade social e encaminhar as soluções parciais num *continuum* de ação e reflexão pode ser importante para que o Aprendizado Baseado em Problemas na América Latina assuma características transformadoras mais radicais que apontem para uma prática sanitária capaz de romper com as práticas técnicas individuais restritas a ações medicamentosas, tentativas de mudanças de comportamentos de risco e medidas de saneamento tradicionais; uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária voltada a

superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano (VASCONCELOS, 2004).

Para Morosini (2010), no entanto, mesmo que o trabalho seja problematizado, se não se supõe a possibilidade de transcendê-lo e de superá-lo, na elaboração de novas formas de organização e produção da vida humana, o processo ensino e aprendizagem reproduz o sentido hegemônico e conservador da relação trabalho e educação.

As práticas de educação em saúde são efetivadas, historicamente, para as mudanças nos comportamentos dos indivíduos em relação a componentes do processo saúde-doença; no entanto, há controvérsias. Para Morosini (2007), educar é comunicar. O trabalhador que educa, de fato, está comunicando; está realizando um trabalho de mediação do conhecimento que adquiriu na área da saúde com a população para quem visa a informar a respeito daquele conhecimento. Da mesma forma, a população também comunica um conhecimento adquirido na experiência vivida e realiza um trabalho de mediação deste conhecimento da realidade em relação ao trabalhador da saúde com quem dialoga.

Conforme Freire (1987), o educador não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, pois os homens aprendem em comunhão, mediatizados pelo mundo. A educação deve corresponder à condição dos homens como seres históricos, por isso é necessário refazer constantemente o processo educativo na prática. O conteúdo programático desta educação, contudo, não pode ser uma doação ou uma imposição, e sim a devolução organizada, sistematizada à comunidade, dos elementos que emergiram no contexto onde estes vivenciam, e, para isso, faz-se imprescindível o reconhecimento do nível de percepção que os indivíduos têm da realidade, a visão de mundo. Assim, será possível desenvolver ações que tenham o potencial de promover a conscientização das pessoas, à medida que as preparam para a luta contra os obstáculos à própria humanização.

O modo de as pessoas das classes populares perceberem e explicarem os problemas de saúde é deveras complexo, entremeado por concepções de mundo, de vida e de morte, de justiça social, de ambiente saudável, de felicidade e bem-estar e transcendência. É preciso considerar que, quando as pessoas não

cumprem determinações médicas, ou quando buscam alternativas de tratamentos caseiros, isto pode acontecer por motivos diversos, todos juntos ou não: econômicas, culturais, familiares, entre outras; mas, geralmente, os profissionais de saúde só têm uma palavra para explicar isso: ignorância (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Vista como uma explicação simples ou ignorante pelos profissionais de saúde, a concepção popular apresenta-se como um mosaico, em que os fragmentos de experiências e saberes diversos presentes são usados como recursos de enfrentamento; de certos problemas, de acordo com a ocasião, as possibilidades existentes e o que se acredita ser melhor. O próprio saber médico está incluído neste mosaico de saberes, misturado às concepções culturais ancestrais. É importante reconhecer que não se trata de um 'vazio de saber', mas de outra forma de saber sobre saúde. A ignorância está presente, mas como modo de expressão das pessoas que não tiveram acesso à educação formal. Igualar pobreza e ignorância é desconhecer as reais potencialidades destas pessoas, é sujeitá-las à ordem social dominante (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2007).

Em relação à ESF, o envolvimento entre os profissionais da equipe e usuários pode ser mais estreito em decorrência dos pressupostos de adscrição da clientela, territorialização, promoção da saúde e prevenção de doenças, em substituição ao modelo hospitalocêntrico, proporcionando aos profissionais de saúde a convivência com outros modelos ou sistemas de cuidado, os quais incluem o familiar e o popular, com vistas a uma aproximação maior da lógica cliente/usuário e de uma interface do profissional com o cliente (BOEHS, 2007).

A atenção básica é um dos expedientes prioritários para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, tendo como instrumento a educação em saúde, é um nível de atenção propício para a consolidação de ações educativas que privilegia o sujeito em todas as dimensões da vida.

Com base na formação biologicista e flexneriana dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, a Política de Educação Permanente do SUS, que objetiva trabalhar os profissionais de saúde, inserindo o cotidiano do trabalho no processo de formação, levando-os à problematização, à

reflexão, para agir em prol de mudanças em parceria com a comunidade, a transformação de práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das populações, tendo em vista que as mudanças no processo de educar em saúde só poderiam ocorrer com origem em outra visão dos profissionais que executam as atividades de educação em saúde (CECCIM, 2005; BRASIL, 2004; NICOLETTO, 2008).

A proposta de educação permanente foi desenvolvida como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Supõe, de saída que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados, sendo válidos na solução dos problemas tanto o conhecimento científico como o popular, e a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu real saber, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente (LOPES *et al.*, 2007).

O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. As ações educativas fazem parte do cotidiano do trabalho do ACS e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Tais ações ocorrem por meio do diálogo e do saber escutar. Podem ter início nas visitas domiciliares e também nas atividades realizadas nos grupos, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. É um processo de elaboração permanente realizado em linguagem simples, acessível e precisa, além de considerar o conhecimento e a experiência dos participantes para permitir a troca de ideias e estimular o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autoestima, a autonomia e também os vínculos de solidariedade comunitária (BRASIL, 2009I).

2.2.2 A visita domiciliar do agente comunitário de saúde

A atenção à saúde abrange dois modelos – o hospitalar e o domiciliar – sendo este último denominado de atenção domiciliar à saúde. O modelo domiciliar cresce em função das diversas alterações porque a sociedade brasileira passou no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde.

Embora a atenção domiciliar à saúde esteja em ascensão nas práticas de saúde, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e/ou capacitação dos profissionais de saúde. Comporta diferentes modalidades, que são importantes para sua realização; para este texto, serão consideradas as seguintes: a atenção, o atendimento, a internação e a visita domiciliares. Por terem perspectivas e serem atividades diferenciadas e concomitantemente complementares, estes conceitos devem ser diferenciados pelos profissionais que os executam, seja para que haja melhor articulação da teoria com a prática, para a adequação da prática profissional daqueles que já atuam na atenção à saúde domiciliar, seja para a formação dos novos profissionais de saúde (LACERDA *et al.*, 2006).

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (LACERDA; GIACOMAZZI, 2006)

Abrahão e Lagrange (2007), no entanto, alertam para o cuidado na realização da visita domiciliar, pois adentrar o espaço das famílias traz implícito o partilhar de hábitos, de rotinas que são privativas do espaço domiciliar. Nestas ações, são identificados aspectos da vida das pessoas, a que, de outra forma, não teríamos acesso; elementos delicados, pois os profissionais de saúde, em especial os ACS, são depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias. Um conjunto de informações que, se utilizado fora dos objetivos e do foco da atenção e do cuidado em saúde, pode constituir ferramenta de controle dos hábitos da população.

Nessa perspectiva, a visita domiciliar é apontada como um instrumento eficaz para a realização de educação em saúde, uma vez que favorece a criação de vínculos entre a comunidade e os ACS e, além disso, a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e é baseada na realidade apreendida que acontece a comunicação.

Conforme orientações do Ministério da Saúde (2009), a visita domiciliar deve ser planejada. É importante a utilização de um roteiro de visita domiciliar para ajudar no acompanhamento das famílias da área de trabalho, contanto que este roteiro seja flexível para permitir a participação do usuário. Também é recomendável informar à família visitada sobre o motivo e importância da visita. Além disso, deve-se definir conjuntamente o tempo de duração desta para que seja adaptado à realidade dos envolvidos. Após a realização desse processo, deve ser verificado se o objetivo da visita foi alcançado e partilhar tais resultados com o restante da equipe. Essa análise representa um passo fundamental para planejar as próximas visitas.

Para Abrahão e Lagrange (2007), a visita domiciliar (VD) tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando mais fácil o planejamento das ações de saúde; estreita o relacionamento com a equipe de saúde, pelo fato de a ação ser menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas: no entanto, suscita algumas questões importantes que devem ser tratadas com muita delicadeza pelo profissional de saúde, como a interrupção de tarefas domésticas, a necessidade de reconhecimento do limite entre ação meramente de sociabilidade e as ações de saúde, ressaltando que a entrada no domicílio deve considerar algumas regras básicas no sentido de delimitar o limite tênue entre o controle excessivo e a liberdade exacerbada. Neste sentido, a VD não é uma atividade social. Ela tem objetivos específicos, sendo uma ação desenvolvida por profissionais de saúde que pode ser alterada de acordo com a avaliação feita durante a atividade.

Ao adentrar o espaço domiciliar, o trabalhador insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo sujeito; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família (LACERDA; OLINISKI, 2003).

Corroborando tais ideias, Brasil (2009I) aponta que a visita domiciliar é a atividade mais importante do ACS. A sensibilidade em compreender o momento certo e a maneira adequada de realizar a visita domiciliar, e estabelecer uma relação de confiança, é uma habilidade a ser valorizada, pois com suporte nessa prática,

poderá o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação.

A visita domiciliar realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde, articuladas às atividades com este propósito, ensejadas nos demais segmentos da comunidade. Nesta perspectiva, a visita domiciliar é uma das principais ferramentas utilizadas pelo agente, que é guiada também pelos programas de saúde. Portanto, essa visita desenvolvida pelo ACS é uma mediação para o desenvolvimento dos diferentes processos vinculados ao cuidado que abarca a atenção básica (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Outro fator a ser considerado pelo ACS é que cada família tem uma dinâmica de vida própria com seus códigos de sobrevivência, crenças, cultura e sua história, e com as modificações na estrutura familiar ocorrentes nos últimos tempos, esta cada vez mais difícil classificá-la em modelo único. Essas particularidades fazem com que determinada conduta ou ação por parte dos agentes tenha efeitos diferentes ou atinjam de modo distinto, com maior ou menor intensidade, as diversas famílias assistidas (BRASIL, 2009).

Morosini (2010) destaca que é significativa para o trabalho do ACS a reflexão sobre a questão de que, ao desenvolver o seu trabalho, ao ir à casa das pessoas, ele está entrando no mundo privado de cada indivíduo, de cada família. Isso quer dizer que, neste caso, o espaço do seu trabalho é aquele onde as pessoas mais intimamente vivem os seus desejos, seus afetos, conflitos, emoções e sentimentos. Portanto, ao entrar com orientações, com conhecimentos que podem vir a contrariar os hábitos familiares e de cada indivíduo, o trabalhador da saúde precisará estar sempre atento à educação da sua sensibilidade, estar de atalaia às coisas sensíveis. É importante então estar alerta e sensível para as questões do cotidiano da vida do indivíduo e da população.

Para Abrahão e Lagrange (2007), porém, como membro da comunidade, o agente porta um saber próprio sobre a localidade, o que lhe confere um olhar diferenciado do restante da equipe acerca dos problemas e necessidades da população; um saber que pode constituir elemento capaz de potencializar o projeto terapêutico, ao mesmo tempo em que pode concentrar fatores geradores de

conflitos entre a equipe e o ACS, entre a equipe e a família e entre o ACS e a família. Assim, ter clareza dos objetivos, planejar as ações e ter uma metodologia de abordagem podem configurar medidas de proteção e de amenização destes e de outros riscos. A visita domiciliar, organizada com arrimo em um planejamento coletivo com a equipe, opera com o caráter de sigilo de regras claras que visam à proteção, respeito e privacidade do usuário e do próprio ACS, ou outro membro da equipe.

Para Ceccim e Merhy (2009), no lugar de normatizar a vida da população, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para formar um jeito protocolar de viver, mas para constituir seu modo original de viver, no qual cada indivíduo se sabe e seus cuidadores se sabem e o sabem em redes de fluxos, em redes intercessoras, em efeitos de encontro.

As diferentes formas de produção de vínculo não estabelecem ou privilegiam espaços, mas podemos considerar a visita domiciliar como um momento singular na feitura desse vínculo, já que é durante a atividade desenvolvida no domicílio que há a real possibilidade de estabelecer responsabilidades pelo problema de saúde do usuário; responsabilidade que passa pelo aumento da capacidade de escuta, que é feita pela aproximação maior com os problemas de saúde, em estar em um ambiente diferente dos serviços de saúde que torna possível uma reflexão mais ampla sobre o processo de nascer e morrer da comunidade (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007).

Nessa perspectiva, quando se aborda a atenção à saúde do adolescente centrado na família, é importante destacar a visita domiciliar como um caminho para a promoção de uma vida saudável. É com a visita domiciliar que muitos aspectos podem ser compreendidos, mediante as relações fixadas, como também algumas parcerias podem ser estabelecidas com a família. Dentre as inúmeras vantagens que essa modalidade exhibe, incluem-se o conhecimento do contexto de vida dos adolescentes e a dinâmica de suas famílias (SOUZA; SILVA; NITSCHKE, 2009).

2.3 Saúde do adolescente na atenção básica

A adolescência é determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) numa faixa etária que vai dos dez aos 19 anos e, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dos 12 aos 18 anos, porém esta demarcação por faixa etária não abrange o entendimento da adolescência como um processo social. Ressaltamos que é preciso considerar as condições econômicas, políticas, sociais e culturais que determinam comportamentos individuais e grupais dos adolescentes (RAMOS; PEREIRA; ROCHA, 2001).

A adolescência é criada historicamente pelo homem, como representação e fato social e psicológico. É constituída como significado na cultura, na linguagem que permeia as relações sociais. Fatos sociais surgem nas relações e os homens atribuem significados a esses fatos. Definem, criam conceitos que representam esses fatos. São marcas corporais, são necessidades que surgem, são novas formas de vida decorrentes de condições econômicas, são condições fisiológicas, são descobertas científicas, são instrumentos que trazem novas habilidades e capacidades para o homem. Quando definimos a adolescência como isto ou aquilo, estamos constituindo significações (interpretando a realidade), com base em realidades sociais e em marcas que serão referências para a constituição dos sujeitos (OZELLA, 2002).

Estas considerações indicam que, para falar de adolescência, não há como reduzi-la a conceito único, uma vez que a caracterização depende de variáveis sociodemográficas, como gênero, classe social e contexto histórico-cultural; um panorama variado e sensível a mudanças que compreende comportamentos, referências de identidade, linguagens e formas de socialização diversas, que inviabilizam uma concepção unívoca de adolescência.

A dinâmica sociocultural da vida do adolescente expressa, em grande medida, a realidade efetiva das coisas que organizam a vida nessa fase nas culturas vividas no lazer e no tempo livre. É, principalmente, nos tempos livres e nos momentos de lazer que os adolescentes elaboram as próprias normas e expressões culturais, seus ritos, simbologias e modos de ser, que os diferenciam do denominado mundo adulto. Há uma tendência da sociedade em enxergar nessas culturas traços de marginalidade, como sendo um tempo potencialmente negativo e, em geral,

pensado em oposição ao trabalho, este entendido como tempo de positividade, naquilo que se refere à formação humana (BRENNER; DAYRELL; CARRANO, 2008).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2008 evidencia que quase metade (49,6%) das famílias brasileiras conta com, pelo menos, um de seus componentes com idade até 14 anos. Destaca, também, crescimento na taxa de adolescentes que frequentam a escola na última década, atingindo, em 2007, 81,7% (BRASIL, 2008).

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas consequências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais por adolescentes e jovens: as desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas e culturais, quanto a raça/cor, as relações de poder entre gerações e as discriminações pela orientação sexual. Essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social de adolescentes e jovens, em particular, em relação à saúde, e influenciam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre este segmento populacional (BRASIL, 2006i).

Complementando tal afirmação, Camargo e Bertoldo (2010) revelam que a população escolar, destacando adolescentes entre 11 e 19 anos, adoece menos do que outros grupos etários e, de fato, tem taxas de morbidade e mortalidade mais baixas do que a da população em geral. Uma visão mais aprofundada, porém, aponta para um aumento no número de adolescentes que adoecem pelo abuso de álcool, que, associados a fatores socioeconômicos e culturais, têm profundas repercussões na qualidade de vida e saúde.

Nesse sentido, Reboussin (2006) garante que o uso e o abuso de álcool constituem uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência e juventude, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual.

A identificação com grupos é uma característica marcante na fase da adolescência, período em que os adolescentes buscam interagir com os seus semelhantes. Conforme anota Erikson, (1972, p.21),

[...] a formação da identidade emprega um processo de reflexão e observação simultâneas, um processo que ocorre em todos os níveis do funcionamento mental, pelo qual o indivíduo se julga a si próprio à luz daquilo que percebe ser a maneira como os outros o julgam, em comparação com eles próprios e com uma tipologia que é significativa para eles; enquanto que ele julga a maneira como eles o julgam, à luz do modo como se percebe a si próprio em comparação com os demais e com os tipos que se tornaram importantes para ele.

Em relação às políticas públicas direcionadas à adolescência, observa-se que tais políticas foram, geralmente, embasadas em um modelo biológico, que reforça a compreensão dessa fase da vida com base na teoria dos instintos e hormônios, tendo como fruto a criação de serviços orientados para controlar esses aspectos (ADORNO *et. al.*, 2005).

O paradigma biomédico acentua o sentido de adolescência na perspectiva desenvolvimentista, considerando uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta, entendendo como natural e universal esta mudança, independentemente das condições concretas de existência do sujeito. Emitem um olhar sobre a adolescência na perspectiva do que é ou não normal em um determinado período cronológico de vida e do desenvolvimento biopsíquico. Assim, a formação e a prática dos profissionais ficam norteadas pelos parâmetros de tempo e comportamentos esperados, diagnosticando-se processos de mudança como de “adoecimento” na adolescência. Esses posicionamentos são naturalizantes, universais e patológicos por conceberem a adolescência como uma fase do desenvolvimento, quando inevitavelmente se vivenciará a crise ou conflitos inerentes a essa idade. A concepção de homem e de mundo deve considerar que a natureza humana é constituída, histórica e socialmente, nas condições concretas de existência (FONSECA; OZELLA, 2010).

Conforme Valadão (2003), o discurso biomédico visa a normatizar a vida do adolescente, sugerindo que este não tem competências para se responsabilizar pela sua saúde, sexualidade, enfim, sua vida, entendendo os riscos à saúde como consequência do modo de vida nessa fase.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), conhecida como a Constituição cidadã, defende os direitos do adolescente. No seu texto está intrínseca a ideia de que os homens têm direitos inalienáveis decorrentes da sua condição humana. E, no seu Art. 227, anota:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Depois da Constituição de 1988, foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990. Esse estatuto representa um marco nos direitos da criança e do adolescente. Marco porque veio assegurar à criança e ao adolescente todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. O Art. 3º do ECA menciona que (BRASIL, 2006):

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Nesse Estatuto, o adolescente é visto, pelo menos teoricamente, como um ser humano completo, com [...] *direito à liberdade, ao respeito à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.* (Art. 15 do ECA) (BRASIL, 2006f).

Nesse sentido, Ferrari, Thomson e Melchior (2006) defendem que há necessidade de ampliar o campo de atenção e cuidado, fazendo com que o adolescente também possa ser contemplado na agenda do serviço de saúde, o que será favorável para o aumento da procura, e conseqüentemente, será maior o empenho para expandir a oferta de serviço nas unidades básicas de saúde das áreas adscritas.

Com efeito, Geisler (2007) ressalta que as crianças e os adolescentes têm, portanto, todos os direitos dos adultos concernentes à sua idade, ressalvada a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Dessa forma, sem prejuízo ao seu direito de ter direitos, que é uma prerrogativa de todo cidadão, essa parcela da população requer e tem direitos especiais em função da faixa etária em que se encontra.

Conforme o Ministério da Saúde (2009j), o ACS deve identificar os adolescentes de sua microárea de abrangência e planejar suas atividades considerando que é necessário orientá-los quanto ao esquema vacinal, a sexualidade (DST/HIV/AIDS, anticoncepção, gravidez), uso de álcool e outras drogas, a importância da educação, violência e acidentes, riscos no trânsito, atividade física e saúde, hábitos saudáveis, saúde bucal.

Corroborando tal afirmação, Geisler (2007) aponta que uma das responsabilidades do ACS é a de proceder ao cadastramento das famílias, e, portanto, das crianças e dos adolescentes atendidos por determinada unidade. Ademais, tudo aquilo que se referir ao acompanhamento da saúde dessa parcela da população, como por exemplo, uma visita domiciliar e a consequente identificação de riscos e agravos à saúde infantojuvenil, ou ainda, o acompanhamento da carteira de vacinação, torna-se também uma prioridade dentro das atribuições que pode ter o ACS. Em síntese, é também dever do ACS zelar pelo direito à saúde de crianças e adolescentes inscritos na ESF.

A falta de direcionamento para o atendimento dos adolescentes fica ainda mais evidente se levarmos em consideração o fato de que, de um modo geral, a presença dos adolescentes no serviço de atenção básica está relacionada ao acometimento por doença aguda ou na busca para usufruir de ações oferecidas no cotidiano da dinâmica da unidade básica de saúde como rotina, incluindo-se assistência pré-natal e consulta ginecológica. Dificilmente, ações contingenciais como essas são desenvolvidas visando a uma abordagem integral (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Corroborando tais ideias, Amarante e Soares (2009) acrescentam que, na Unidade Básica de Saúde (UBASF), encontra-se o atendimento às demandas contingenciais dos adolescentes, como o preservativo, o anticoncepcional, o teste de gravidez. A implementação de atividades voltadas para os adolescentes concorre com a demanda de usuários portadores de doenças crônicas degenerativas, de doenças transmissíveis, além de crianças e gestantes dos programas municipais estabelecidos. Além disso, os adolescentes não são assíduos nos encontros propostos, provavelmente porque as práticas estão sendo realizadas sem um direcionamento para as suas necessidades.

Nesse âmbito, as práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, em conformidade com as necessidades de saúde, uma vez que é por meio das ações e dos serviços de saúde que os sujeitos podem alcançar melhores condições de vida, e isso não implica prejuízo ao atendimento que requer tecnologias materiais.

De acordo com Merhy *et al.* (2006), a humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho na atenção ao adolescente perpassa os processos de vínculo, interação e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 Natureza do estudo

Esta é uma pesquisa qualitativa que busca compreender as experiências dos sujeitos do estudo. A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2010) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos, não perceptíveis em equações, médias e estatísticas.

Corroborando tais ideias, Lefèvre e Lefèvre (2005) complementam, dizendo que o significado e a intencionalidade, que ocupam posições centrais na pesquisa qualitativa, aparecem de forma mais clara nos discursos, pois essa abordagem permite a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos neles presentes, na medida em que remetem a uma teia de significados, de difícil recuperação através de estudos de corte quantitativo. Além disso, afirmam que os pensamentos, como expressões da subjetividade humana, passam pela consciência, podendo essa ser acessada por meio da pesquisa qualitativa, que tem como objetivo produzir qualidades, exemplificadas pela descrição do pensamento de uma coletividade.

3.2 Campos de investigação

A pesquisa foi desenvolvida com os ACS vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Iguatu-CE.

O Município de Iguatu-CE foi criado em 1851, com a toponímia do seu nome proveniente do tupi, o que quer dizer água boa ou rio bom. O seu clima é classificado como tropical quente semiárido, localizado na Região Centro-Sul do Estado do Ceará, ocupando uma área de 728 km², distante da Capital do Estado 378 km (CEARÁ, 2007). Conforme Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2007), a população iguatense é de 92.260 habitantes, predominantemente urbana.

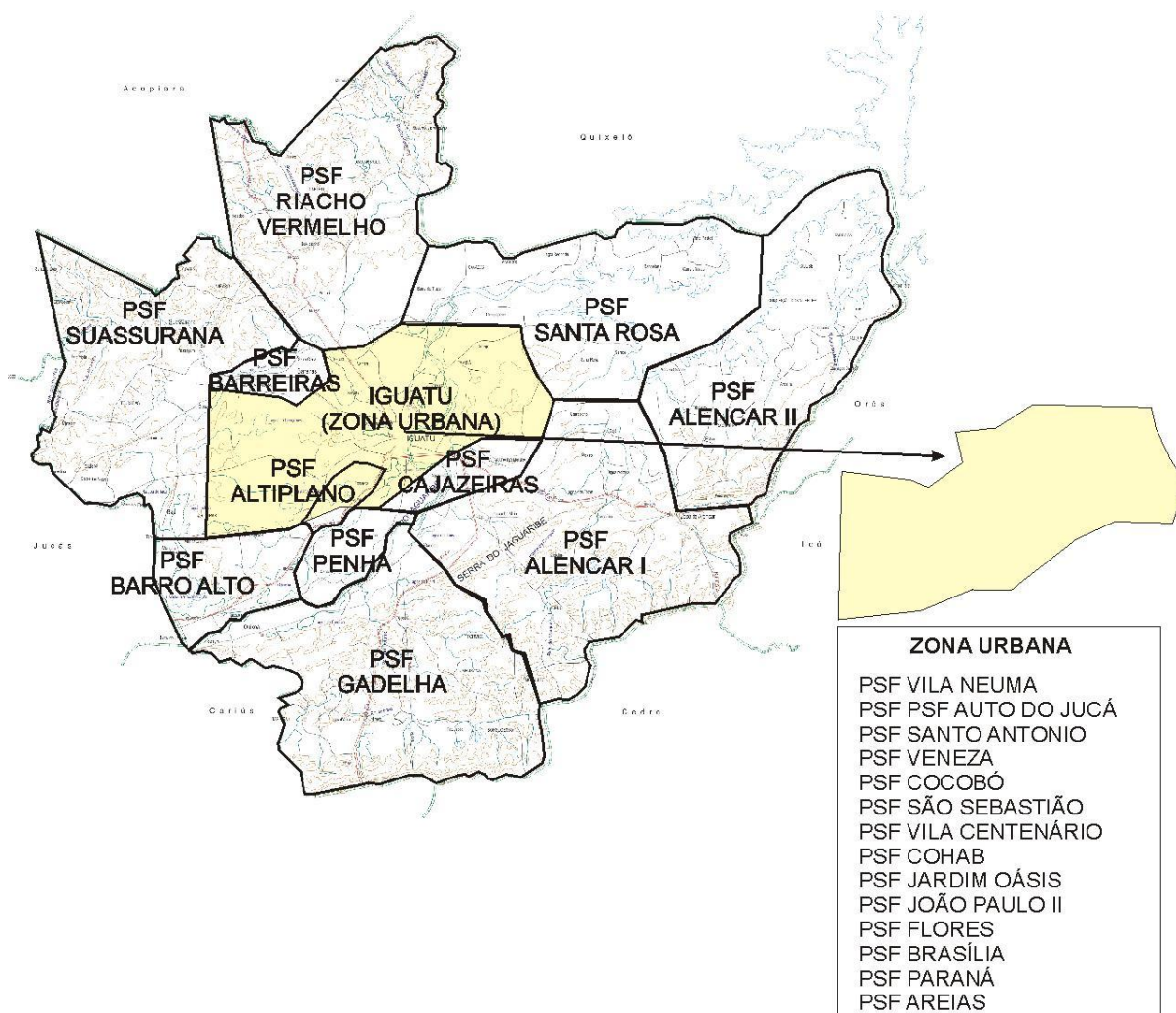


FIGURA 1 – Divisões-sanitárias do Município de Iguatu-CE

A atenção básica estrutura-se no Município de Iguatu-CE, com a implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família.

O Município mencionado, pertencente a 18ª Microrregional de Saúde, possui, atualmente, 25 equipes de Saúde da Família, cadastradas e em funcionamento, distribuídas em: 14 equipes na Zona Urbana (Vila Neuma, Santo Antonio, Veneza, Cocobó, Cohab, Brasília, São Sebastião, Flores, Paraná, Jardim Oásis, João Paulo II, Areias, Vila Centenário e Alto do Jucá) e 11 equipes na Zona Rural (Alencar I, Alencar II, Gadelha, Barro Alto, Suassurana, Riacho Vermelho, Barreiras, Santa Rosa, Penha, Cajazeiras e Altiplano).

A cobertura da ESF, no Município de Iguatu-CE, corresponde, em média, a um acompanhamento em torno de 1.100 famílias por equipe. Isso representa um número superior ao estipulado pelo Ministério da Saúde. Segundo a Portaria Nº 648/2006, do Ministério da Saúde, a cobertura atual do PSF no Município corresponde a 95,5%.

Cada unidade básica possui um gerente, e cada equipe da ESF tem um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de seis a doze agentes comunitários de saúde (ACS). Observa-se que a composição das equipes de Saúde da Família segue a estrutura preconizada pelo Ministério da Saúde (MS); embora haja um excedente em todas as equipes em relação ao número de famílias adstritas, pois o MS (2001) refere que o número mínimo de pessoas seja de 2.400 e o máximo de 4.500. Este excesso de demanda dificulta o trabalho das equipes, à medida que põe em risco a qualidade da assistência bem como a saúde do trabalhador.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos investigados foram constituídos por ACS pertencentes às Unidades de Saúde da Família no Município de Iguatu-CE. No referido Município, atualmente, encontra-se cadastrado um total de 276 ACS, sendo distribuídos em 14 equipes de Saúde da Família na Zona Urbana e em 11 equipes na Zona Rural, conforme, pode ser visualizado nos quadros a seguir:

SAÚDE DA FAMÍLIA	QUANTIDADE DE ACS
1-ESF AREIAS	06
2-ESF ALTO DO JUCÁ	12
3-ESF COCOBÓ	09
4-ESF COHAB	12
5-ESF BRASÍLIA	10
6-ESF FLORES	06
7-ESF JARDIM OÁSIS	07
8-ESFJOÃO PAULO II	07
9-ESF PARANÁ	06
10-ESF SANTO ANTÔNIO	10
11-ESF SÃO SEBASTIÃO	12
12-ESF VENEZA	07
13-ESF VILA CENTENÁRIO	07
14-ESF VILA NEUMA	12
TOTAL	177

QUADRO 1 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde por equipe de Saúde da Família na zona urbana do Município de Iguatu-CE, 2011.

SAÚDE DA FAMÍLIA	QUANTIDADE DE ACS
1-ESF ALENCAR I	12
2-ESF ALENCAR II	12
3-ESF ALTIPLANO	06
4-ESF CAJAZEIRAS	07
5-ESF BARRO ALTO	06
6-ESF BARREIRAS	08
7-ESF GADELHA	12
8-ESF RIACHO VERMELHO	09
9-ESFSANTA ROSA	10
10-ESF SUASSURANA	11
11-ESF PENHA	06
TOTAL	99

QUADRO 2 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde por equipe de Saúde da Família na zona rural do Município de Iguatu-CE, 2011.

O processo de amostragem deu-se pela escolha intencional, delimitando os sujeitos com suporte em alguns critérios de inclusão, como: 1) mínimo 12 meses de trabalho na equipe de Saúde da Família; 2) indicação do coordenador da equipe de Saúde da Família pelo envolvimento do ACS com a comunidade.

O número de participantes do estudo foi definido em dois agentes comunitários de saúde por Equipe de Saúde da Família, situadas na zona urbana do Município de Iguatu-CE, perfazendo um total de no máximo 28 ACS, pois na pesquisa qualitativa o número de sujeitos é associado à profundidade das informações de modo a apreender o objeto em estudo.

3.4 Técnicas e procedimentos de obtenção das informações

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2011, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Foi realizada a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) como técnica de coleta de dados com perguntas focalizadas no cotidiano do trabalho de agentes comunitários de saúde com o adolescente na estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram gravadas com uso do MP4 mediante a permissão dos sujeitos participantes do estudo. A abordagem foi feita com apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente após o consentimento do

sujeito foi realizada a pesquisa em um ambiente tranqüilo e reservado para preservar a confidencialidade das informações.

3.5 Análise e interpretação dos discursos

As entrevistas foram por nós transcritas na íntegra e em seguida o material foi submetido à análise seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma estratégia com o intuito de tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Por este modo discursivo, é possível visualizar melhor a representação social, na medida em que ela aparece, não sob uma forma de quadros, tabelas ou categorias, mas sob a forma de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Para análise dos discursos, foram empregadas as seguintes figuras metodológicas: a Ideia Central, as Expressões-Chave e o Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

- **ECH** - constituídas por transcrições literais de partes dos discursos. Permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento, em geral correspondem às questões da pesquisa.
- **IC** - nome ou expressão lingüística que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH.
- **DSC** - é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC. Como se houvesse apenas um sujeito falando, sendo portador de um discurso-síntese de todos os componentes do sujeito coletivo. O DSC possibilita a visualização da percepção coletiva na medida em que permite captar o discurso que revela o modo como os indivíduos reais e concretos pensam e agem.

A produção do DSC ocorre de acordo com o rigor científico, utilizando-se procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, construindo-se a fala do social com material empírico proveniente de falas dos sujeitos, buscando, nas ideias

centrais e nas expressões-chave, coincidentes ou semelhantes de discursos efetivamente existentes, um discurso compartilhado.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos seguem a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que discorre a respeito de pesquisas *in anima nobili*. Os princípios constantes nesta Resolução serão respeitados, pois o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) para apreciação e aprovação, sob o processo N^o 11043948-1, FR: 429043.

A coleta foi iniciada após a aprovação pelo referido comitê. E ainda foi levado ao campo de pesquisa um ofício com autorização assinada pelo Gestor da Secretaria de Saúde do Município de Iguatu-CE. As entrevistas foram realizadas e gravadas mediante anuência e assinatura do TCLE, o qual foi lido e discutido com os sujeitos da pesquisa (APÊNDICE B), no sentido de respeitar a autonomia e esclarecer riscos, benefícios e confidencialidade dos sujeitos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos agentes comunitários de saúde

Feita a leitura analítica das entrevistas, realizamos a caracterização dos 28 ACS participantes do estudo e, seguidamente, a apresentação dos resultados pautados pelo método do DSC, do qual resultaram três temáticas, 16 Ideias Centrais e 16 DSC; estes revelam como os ACS pensam e fazem suas práticas cotidianas com o adolescente.

Faixa Etária	Número de Trabalhadores
20 – 30 anos	07
31 – 40 anos	08
41 – 50 anos	10
51 – 60 anos	03
Total	28

QUADRO 3 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde, segundo a faixa etária. Iguatu-CE, 2011.

Conforme observação realizada durante a realização da pesquisa, todos os sujeitos participantes são do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, o quadro mostra que 13 ACS estão entre 41 e 60 anos de idade, e 15 ACS estão entre 20 e 40 anos de idade.

Escolaridade	Número de Trabalhadores
Ensino Fundamental Completo	01
Ensino Médio	25
Ensino Superior Incompleto	02
Total	28
Curso Profissionalizante	Número de Trabalhadores
Auxiliar de Enfermagem	08
Técnico de Enfermagem	01
Cabeleireiro	01
Saúde Pública	02
Pedagógico	01
Não	15
Total	28

QUADRO 4 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde, conforme a escolaridade e a conclusão de curso profissionalizante. Iguatu-CE, 2011

A escolaridade é um índice que apresenta o nível de desenvolvimento pessoal de uma determinada população. No quadro apresentado acima, 25 agentes de saúde concluíram o ensino médio, um ACS possui o ensino fundamental completo e dois ACS estão no ensino superior (incompleto). Dos sujeitos entrevistados, 27 agentes de saúde apresentaram melhores graus de escolaridade do que o ensino fundamental que era exigido para a ocupação do cargo.

No estudo, 15 participantes relataram que não realizaram curso profissionalizante, e 13 agentes de saúde afirmaram ter feito o referido curso. A maior parte dos cursos realizados vincula-se à área da saúde: 11 ACS relataram cursos profissionalizantes na área da saúde, um cabeleireiro e um pedagógico.

Trabalham no Bairro em que residem	Número de Trabalhadores
Sim	19
Não	09
Total	28
Tempo que residem na área	Número de Trabalhadores
01 – 10 anos	02
11 – 20 anos	05
21 – 30 anos	06
31 – 40 anos	06
Não residem na área	09
Total	28

QUADRO 5 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde, de acordo com ser morador do bairro em que trabalham. Iguatu-CE, 2011

Dos 28 sujeitos do estudo, 19 ACS trabalham no bairro onde residem e nove ACS não trabalham no bairro do qual são moradores.

Com relação ao tempo em que reside na área, tem-se que 12 ACS moram entre 21 e 40 anos na área, cinco agentes moram entre 11 e 20 anos e dois ACS residem entre um e dez anos na área. Dos participantes do estudo, nove ACS não residem na área onde trabalham. Esses dados revelam a ocorrência de ACS residindo fora da área de trabalho. Mediante a observação, verificou-se que os nove ACS mudaram de residência no decorrer dos anos e continuaram exercendo suas atividades na mesma equipe. Um dos quesitos para a seleção do ACS é residir na área há no mínimo dois anos. Ser morador da área é primordial para manter uma das características principais desse tipo de trabalho: a proximidade aos valores e hábitos da comunidade.

Ocupação anterior a ACS	Número de Trabalhadores
Vendedora	06
Dona de Casa	05
Auxiliar de Serviços Gerais	03
Monitora de Creche	03
Monitora da Febence	02
Costureira	02
Atendente de Consultório	02
Comerciante	02
Aula de Reforço	02
Catequista	02
Empregada Doméstica	01
Cantora	01
Manicure	01
Decoradora	01
Estoquista	01

QUADRO 6 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde, de acordo com a ocupação anterior a esse cargo. Iguatu-CE, 2011

Quando perguntados sobre a ocupação que possuíam antes de se tornarem ACS, as respostas apresentadas foram: Vendedora (06), Dona de Casa (05), Auxiliar de Serviços Gerais (03), Monitora de Creche (03), Monitora da Febence (02), Costureira (02), Atendente de consultório (02), Comerciante (02), Aula de Reforço (02), Catequista (02), Empregada Doméstica (01), Cantora (01), Manicure (01), Decoradora (01), Estoquista (01).

O quadro demonstra que os ACS estão tendo a primeira experiência de trabalho na área da saúde, pois relatam os mais diversos tipos de emprego imediatamente anteriores ao atual, todos requerendo pouca qualificação para o trabalho e sem estar relacionado com a área da saúde.

Entre as 15 diferentes ocupações exercidas pelos ACS, das quais alguns declararam ter realizado mais do que uma ocupação, destaca-se a área de comércio com 12 referências, em seguida, para a área de educação (07), dona de casa (05), serviços gerais (3), atendente (02), catequista (2), manicure (01). Somente 2 ACS relataram algum tipo de experiência de trabalho, ainda anteriores, vinculadas de alguma forma a área da saúde: atendente de consultório (2). Percebe-se que o ACS, de maneira geral, esteve presente no mercado de trabalho com funções pouco relacionadas à sua ocupação atual.

Tempo de ACS	Número de Trabalhadores
01 – 05 anos	11
06 – 10 anos	10
11 – 15 anos	01
16 – 20 anos	04
21 – 25 anos	02
Total	28
Tempo de ACS na Equipe atual	Número de Trabalhadores
01 – 05 anos	13
06 – 10 anos	10
11 – 15 anos	03
16 – 20 anos	02
21 – 25 anos	00
Total	28

QUADRO 7 – Caracterização dos agentes comunitários de saúde, conforme o tempo de trabalho nessa ocupação. Iguatu-CE, 2011

O quadro exhibe o tempo de trabalho como ACS. Dos ACS participantes do estudo, 21 possuem entre um e dez anos de trabalho, um dos participantes está entre 11 e 15 anos, quatro ACS estão entre 16 e 20 anos e dois agentes estão entre 21 e 25 anos. O tempo de trabalho é um valioso dado para subsidiar a compreensão do desenvolvimento do trabalho como ACS.

Com relação ao tempo de ACS na equipe atual, o quadro mostra que 23 ACS estão entre um e dez anos exercendo as atividades na mesma ESF, três agentes estão entre 11 e 15 anos e dois ACS estão entre 16 e 20 anos. Nenhum ACS está há mais de 21 anos na mesma equipe de Saúde da Família.

Ocupação anterior a ACS	Número de Trabalhadores
Ter contato com as pessoas	09
Acompanhava a ACS da minha área	05
Poder ajudar	05
Estava desempregada	05
Passei na seleção para ACS	05
Gosto do trabalho do ACS	04
Trabalho comunitário	04
Gosto de visitar	03
Gosto de conversar	03
Trabalhar com famílias	02
Interesse em trabalhar na saúde	02
Oportunidade de crescimento	02
Trabalhar com população carente	01
Trabalho educativo	01
Fazer o bem	01

QUADRO 8 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde, segundo a motivação para o trabalho. Iguatu-CE, 2011.

Quanto à motivação inicial em ser ACS, nove sujeitos afirmaram ter encontrado a possibilidade de trabalhar em contato com as pessoas, um dado que superou as demais referências. Também foram mencionados pelos ACS: acompanhava a ACS da minha área (05), poder ajudar (05), estava desempregada (05), passei na seleção para ACS (05), gosto do trabalho do ACS (04), trabalho comunitário (04), gosto de visitar (03), gosto de conversar (03), de trabalhar com famílias (03), interesse em trabalhar na saúde (02), oportunidade de crescimento (02), trabalhar com população carente (01), trabalho educativo (01) e fazer o bem (01).

4.2 Discursos do sujeito coletivo dos agentes comunitários de saúde sobre os adolescentes e a prática com estes sujeitos

Os discursos elaborados com base nas questões do estudo mostram a visão dos agentes comunitários de saúde sobre os adolescentes, bem como as experiências na prática com estes sujeitos no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.

TEMÁTICA 1 – A VISÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE OS ADOLESCENTES

São visões representativas, significações dos sujeitos concebidas em suas experiências individuais e coletivas, portanto, constituem o imaginário social sobre o tema explorado na pesquisa. Nesta acepção, os significados de adolescente abstraídos das expressões-chave estão presentes nos discursos coletivos.

Nesta temática, abstraímos três Ideias Centrais, além dos três DSC pertinentes à visão dos agentes de saúde sobre os adolescentes.

Ideia Central 1 – Adolescência como uma fase difícil, de descoberta e de transformação.

DSC 1 – É uma fase difícil, tanto para eles como para os pais, muito complicada. Uma fase de transformação, na qual estão tentando se encontrar, formando a personalidade e abertos a novas descobertas. Nem são mais crianças nem são adultos, é uma segunda fase de ser criança; um amadurecimento para quando chegar na idade adulta, ter uma formação do que é a vida. Adolescência mais é diversão, é só sonhar. Uma fase de muita insegurança e incerteza. Estão muito soltos, muito liberais, não obedecem, são muito rebeldes, insensíveis, sem controle. Fazem o que vêem os outros fazerem e querem fazer o que der na cabeça deles. Uma perdição grande. Eles respondem, não respeitam. Ficam cada vez mais quebrando a cara. Adolescente é muito avoado. Estão despertando para a vida. Querem curtir e esquecem a responsabilidade. Querem tudo no tempo e na hora, nas mãos. São muito bem informados e desenvolvidos. Acham que estão certos em tudo, que eles sabem tudo, que podem tudo. Eles têm uma personalidade e quando chegam nessa fase, eles mudam. Vão se degradando. São pessoas indecisas, são imaturos. Eles se dispersam. A maioria deles é estressada. São muito ariscos. Cabeça meio dura. Sabem mais do que os adultos. Não têm medo de nada, vão à luta mesmo. Não admitem conselho. Possuem um bloqueio muito grande de falar com os adultos. Eles têm muitas dúvidas. São difíceis da gente ganhar a confiança deles. Hoje, tudo é mais fácil para eles, tudo é natural. Tem necessidade de liberdade para falar as coisas. Alguma coisa que não podem falar com os pais. Mudou para pior. Hoje, estão mais avançados. Os adolescentes já são adultos. Eles não têm um pensamento. Tudo é muito bom. Ele está muito confuso. O adolescente não é um adulto e também não é criança. Tem uns que pensam no futuro. Tem uns que não querem nada. Não querem nem ir para o colégio. São inseridos em meios muito perigosos. O maior problema são as drogas, a prostituição. Muitos jovens têm essa tendência de usar drogas. O sexo está intenso demais. Conhecem o sexo antes do tempo e cedo estão engravidando. A gente vê adolescente largando a escola. Se envolvendo no mundo das drogas. Depois da curiosidade, experimentam, aí é difícil sair (drogas)... Muitos procuram preencher esse vazio nas drogas, nas amizades. Vão ficando cheios de direitos e nenhum dever. São muito ligados na televisão e isso destrói muito a mente deles, incentiva o uso das drogas. Perdem o respeito por eles mesmos. Não querem lutar pelo que é melhor.

O DSC dos ACS expressa como esses trabalhadores entendem a fase da adolescência. Observamos uma conceituação que ressalta a fase de transformação, uma ideia originada de elaborações teóricas incorporada no pensamento popular. Ao mesmo tempo, adjetivam a adolescência como uma fase difícil, de insegurança e incerteza que trazem em si um discurso negativo desse período da vida. Isso pode ser explicado em parte, em razão das experiências do cotidiano do trabalho com o ACS com essa população, como também por meio da própria experiência familiar.

Etimologicamente, a palavra adolescência vem do latim *ad*, que significa para mais *olescere* com o sentido de crescer, em suma, crescer para. O conceito de adolescência atualmente conhecido surgiu em torno do início do século XX. A adolescência é caracterizada por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Nessa fase, o adolescente deve adquirir autonomia e, conseqüentemente, uma visão própria do mundo (BECKER, 1997).

A adolescência não é um período natural do desenvolvimento nem apenas uma fase de transição entre a vida de criança e a vida adulta. A fase da adolescência é um momento significado e interpretado pelo homem. Há marcas que a sociedade destaca e significa. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são marcas que a sociedade destacou. Muitas outras coisas podem estar acontecendo nessa época da vida no indivíduo e não estão sendo destacadas, assim como essas mesmas coisas podem estar acontecendo em outros períodos da vida e também não estão sendo identificadas (OZELLA, 2002).

Observamos também, neste discurso coletivo, uma confusão relativamente à posição da fase da adolescência no ciclo de vida humano, uma vez que ora é caracterizada como segunda fase de ser criança e ora é entendida como fase em que os adolescentes não são crianças nem adultos. Nesse relato, apreendemos sinais de dúvida e desconhecimento do conceito de adolescência no tocante à demarcação desse período da vida.

Sabemos que a adolescência é um período de grandes mudanças físicas, na qual há alteração da imagem corporal e intelectual. É um período de desenvolvimento bastante complexo, no qual encontramos a influência do contexto socioeconômico e cultural, da família e dos seus pares.

No discurso do sujeito coletivo apresentado, encontramos a caracterização da fase da adolescência como um período de sonhos e diversão, uma condição que o distancia da realidade. Nesse sentido, aparece uma percepção negativa em relação ao adolescente no cuidado de si e no investimento na própria vida.

Conforme Becker (1997), a visão que a sociedade tem do adolescente como problema existe há muito tempo e acompanha a evolução da civilização ocidental. Na percepção do adulto, o adolescente é um ser em desenvolvimento e em conflito. Atravessa uma crise que se origina basicamente em mudanças corporais, outros fatores pessoais e conflitos familiares. E finalmente é considerado um adulto quando está mais adaptado à estrutura da sociedade.

Brenner, Dayrell, e Carrano (2008) discorrem sobre a importância do lazer, uma vez que a liberdade de escolha é elemento preponderante e se constitui, na fase da adolescência, como campo potencial de formação de identidades, descoberta de potencialidades humanas e exercício de inserção efetiva nas relações sociais. Assim considerado, o lazer pode ser espaço de aprendizagem das relações sociais em contexto de liberdade de experimentação.

A fase da adolescência é, sem dúvida, uma passagem de descobertas, em que concomitantemente, se observa a formação da personalidade, a busca de autonomia e a realização dos projetos de vida pessoal. Os adolescentes têm experiências de vidas diferenciadas, cada um no seu tempo e espaço e enfrentam desafios que diferem um do outro. É um processo que extrapola o indivíduo e envolve a família, a escola, as instituições e os grupos de pares.

No DSC, apreendemos que a visão da fase da adolescência dos ACS é influenciada pelas dificuldades encontradas na prática cotidiana com essa população, pela convivência com familiares adolescentes, pela mídia, pela formação técnica como ACS. Percebemos uma forte conotação negativa no olhar desse trabalhador em relação à adolescência, o que pode influenciar na prática do ACS no cuidado a essa fase da vida. Esses trabalhadores, no entanto, referem às transformações que ocorrem nesse período para a formação da personalidade, não ficando, portanto, restrita a uma visão biomédica que ressalta as mudanças corporais.

É importante ressaltar, que para Sposito e Carrano (2003), a conformação das ações e programas públicos não sofre apenas os efeitos da visão, mas pode, ao contrário, provocar modulações nas imagens dominantes que a sociedade constrói sobre seus sujeitos jovens. Assim, as políticas públicas de juventude não seriam apenas o retrato passivo de formas dominantes de conceber a condição juvenil, mas poderiam agir, ativamente, na produção de novas representações.

No DSC apresentado, observamos também que o olhar do agente de saúde sobre o comportamento do adolescente é marcado pela falta de responsabilidade, de respeito e obediência no que se refere à formação da própria vida e em relação ao meio que o cerca. Também notamos a referência de que o adolescente é sem controle. Isso pode demonstrar a necessidade implícita na mentalidade das agentes de saúde que o adolescente deveria se submeter a controles. Podemos compreender esse olhar porque, diante dos comportamentos negativos apresentados no discurso, a saída encontrada para corrigir a situação seria controlar o comportamento do adolescente; contudo, sabe-se que a formação humana é indispensável na formação do sujeito.

Está presente no discurso a noção de avanço do adolescente em relação à liberdade, ao acesso a informação e desenvolvimento, no entanto, esses avanços não são apresentados como algo positivo, uma vez que tais conquistas são influenciadas pela forma como o adolescente as vivencia e também passa pela qualidade da formação recebida.

As agentes de saúde apontam a curiosidade presente no adolescente. Eles começam a buscar novas experiências e informações que muitas vezes não provêm de fontes confiáveis e podem ser prejudiciais à vida; como é o caso presente nesse discurso sobre a televisão.

Segundo Abramovay (2005), deve ser enfatizado o papel da família no combate à influência da mídia, a qual é referência em comportamentos primários do jovem, e ela pode influenciar o consumo no plano da experimentação de drogas. A atitude mais ou menos crítica dos pais, bem como suas próprias pautas e parâmetros de consumo, podem atenuar ou reforçar a influência de instituições

como agentes desencadeadores do processo de experimentação, além de influenciar na legitimidade conferida ao uso dessas drogas.

Os programas de televisão veiculados são sem dúvida, criados com o objetivo de envolver as pessoas das mais diversas faixas etárias. Os meios de comunicação apresentam a realidade de maneira a torná-la mais atraente. Existe um culto à imagem, ao consumo como sinônimo de felicidade. Para ser alguém socializado e inserido em um grupo social, faz-se necessário ter certas coisas, no caso dos adolescentes, para eles estarem inseridos em um grupo, precisam acompanhar os padrões impostos na Modernidade.

Ozella (2002) destaca que, apesar de não haver um consenso na literatura a respeito do papel social dos meios de comunicação, há uma tendência geral de reconhecer que eles devem ser considerados. Intencionalmente ou não, as informações veiculadas afetam em algum grau a visão de mundo, e de si mesmo, que o adolescente. O fato, porém, de a mídia influenciar a audiência ou seus consumidores não significa que o adolescente esteja passivo diante dessa situação, apenas absorvendo o conteúdo transmitido; entretanto, não se pode negar que a possibilidade de uma leitura crítica e de uma transformação do conteúdo recebido não são muito facilitadas, considerando a massificação de informações transmitidas pela mídia.

Por meio do discurso coletivo, apreendemos a preocupação dos agentes de saúde em relação às drogas e ao sexo na fase da adolescência. Conforme, foi apresentado anteriormente, o uso inadequado da liberdade da informação pode facilitar o acesso e despertar o interesse por situações de risco. Considerando que nem todos os adolescentes possuem formação humana sólida nem famílias estruturadas, as ofertas negativas presentes no meio exterior podem encontrar abertura nos adolescentes para vivenciá-las.

Vivenciar situações novas e diferentes é um grande desafio na vida do adolescente. As situações abrem a possibilidade de testar os próprios limites e de experimentar o desconhecido. A falta de maturidade do adolescente, somada à curiosidade de experimentar o novo, consumir álcool, por exemplo, e à perspectiva do desafio resulta, quase que invariavelmente, em um dano, advindo daí uma situação de vulnerabilidade.

Ideia Central 2 – Dificuldade de interação de pais com os filhos na adolescência.

DSC 2 – (Os adolescentes) Não obedecem aos pais. A palavra de pai e mãe não vale mais nada. Maltratam muito os pais. Achem que quando os pais querem dar um conselho é que os pais estão querendo prender. Preferem conversar com a Agente de Saúde. Ainda é muito complicada a confiança com os pais. Já não querem estar com a família. Não tem um respeito pela família, eu acho que é até por conta da maneira como eles são criados. A televisão incentiva a não terem respeito pelos pais nem por ninguém da família. Caso o pai e a mãe não o ajudem, vem o distúrbio. Os pais não procuram conversar muito com seus filhos. Tem o preconceito. Os pais têm vergonha de conversar com os filhos. Muitas famílias não fazem um acompanhamento. Estão sem disciplina de pai e mãe. Os pais estão ausentes. Não estão totalmente presentes porque estão trabalhando. Se não tiver uma boa base familiar (adolescentes) pode se perder no meio do caminho. A família é a base de tudo. Precisam (adolescentes) de muita atenção dos pais. Ter um acompanhamento da família desde a infância. Não deveria faltar era o apoio dos pais primeiro, depois a escola e terceiro a saúde. Uma fase que precisa de muito apoio das famílias, de estrutura, muito diálogo.

Observando o DSC das agentes de saúde, compreendemos que a ideia de relacionamento entre pais e filhos adolescentes é marcada pela falta de obediência, respeito, confiança e diálogo que são prejudicados pela dificuldade de acompanhamento da família. Os ACS ressaltam a perda dos valores morais e éticos necessários para o fortalecimento familiar. Além disso, apontam outros fatores como possíveis desagregadores familiares, como, por exemplo, a televisão.

Conforme Elsen, Althoff e Manfrini (2001), a família é uma unidade dinâmica, com uma identidade que lhe é peculiar, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida. Os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, têm direitos e responsabilidades, desenvolvendo uma estrutura e uma organização próprias. Estabelecem objetivos de vida e interagem com outras pessoas e grupos, em diferentes níveis de aproximação. A família está inserida em um determinado contexto físico, sociocultural e político, influenciando e sendo por ele influenciado.

No discurso, o desrespeito com os pais também é relatado pelos sujeitos da pesquisa. Entendemos que a percepção desse contexto pode ser influenciada pela compreensão da fragilidade dos vínculos familiares observadas pelo ACS.

Por outro lado, ressaltamos o discurso dos ACS em relação à atitude dos pais diante dos filhos adolescentes. Os agentes de saúde referem que o posicionamento dos pais é de vergonha, preconceito e ausência. Somado a isso, muitos deles negligenciam seus papéis na vida do filho, acarretando prejuízos no desenvolvimento do adolescente.

Para o Ministério da Saúde (2007), a interação das mudanças na estrutura familiar e da necessidade do ingresso da mulher no mercado de trabalho aumentou o tempo que os adolescentes passam sem a presença dos adultos, especialmente dos pais. Dessa forma, o processo de amadurecimento que deveria ser gradual, com a aquisição de autonomia e responsabilidade, ocorre de forma abrupta. Além disso, o distanciamento dos pais torna-se um fato, limitando a comunicação entre os adolescentes e suas famílias.

Sabemos que as mudanças pertinentes à fase da adolescência têm consequências no relacionamento interpessoal, familiar, na escola e em outros ambientes sociais que o adolescente frequenta. É, também, durante este período que o adolescente realiza um percurso, muitas vezes difícil, em que procura a sua identidade. Nessa fase, a companhia dos pais é preterida relativamente à companhia dos amigos.

A compreensão acerca da preferência dos adolescentes em conversar com a agente de saúde reforça a visão da falta de confiança dos filhos em relação aos pais; contudo, indica uma abertura que precisa ser aproveitada e desenvolvida na prática desses trabalhadores para ajudar os adolescentes no fortalecimento do seu potencial e, conseqüentemente, no enfrentamento das situações da vida diária.

Termos como transformação, separação e conflito centrais à compreensão dos processos da adolescência. As transformações referem-se a um conjunto de processos que vão da maturação biológica à adoção de novos papéis sociais, no curso dos quais o adolescente ressignifica a si, ao outro e à realidade. A separação envolve um processo de paulatino distanciamento entre os adolescentes e as antigas figuras de referência, como a família e a escola, quando eles tendem a privilegiar o compartilhamento de experiências com os grupos de companheiros. (COLE; COLE, 2003; SANTROCK, 2003).

Sabemos que a adolescência se caracteriza por ser um período especial para os adolescentes não apenas pelas transformações físicas a que estão sujeitos nesta fase, como também pode ser um período de enfrentamentos para toda a família. Durante este processo, o adolescente sente necessidade de contestar os valores que lhe foram inculcados pela família numa tentativa de se afirmar como indivíduo com existência e características próprias.

Ideia Central 3 – A adolescência como uma fase de identificação com grupos.

DSC 3 – Procuram um grupo para se identificarem. Muitas vezes, acabam se misturando com o que não presta. Qualquer amizade pode desviar para o outro lado. Eles confidenciam mais com os adolescentes amigos deles. Pessoas de fora, pode ser que eles atendam. A liberdade está demais. Tudo é muito fácil.

Segundo o DSC ora reproduzido, os agentes de saúde entendem a adolescência como uma fase onde ocorre a identificação com os grupos. Além disso, nesse discurso é apontada a possibilidade de o adolescente interagir em grupos onde não sejam encontradas atitudes positivas diante da vida. Esse discurso de identificação entre os pares está alicerçado na literatura pesquisada.

Especialmente quando o adolescente busca maior autonomia em relação aos pais na adolescência, os grupos de pares emergem como fontes importantes de identificação e referência comportamental dos adolescentes (MAFFESOLI, 2000).

Sabemos que o grupo exerce influência sobre o adolescente, mas não se pode considerar que apenas a existência de companheiros determine o comportamento do adolescente. As características de personalidade e a qualidade das relações sociais e afetivas são fatores importantes a serem considerados na compreensão do desenvolvimento social do adolescente.

Segundo Santrock (2003), na fase da adolescência, o fator mais importante é a forma como os adolescentes são percebidos pelos pares. Diversos adolescentes submetem-se a diferentes situações para serem aceitos em um determinado grupo, pois não participar de um grupo significa viver fora do universo. Um relacionamento positivo com pares tende a favorecer um ajustamento social

positivo, evidenciando o companheirismo, a estimulação, a comparação social e intimidade/afeição.

Corroborando tais ideias, Brenner, Dayrell, e Carrano (2008) destacam que é importante reportar a centralidade do grupo de pares no processo de formação humana. A convivência em grupos possibilita a criação de relações de confiança; desse modo, a aprendizagem das relações sociais serve também de espelho para a elaboração de identidades coletivas e individuais.

Entendemos que a conformidade nos grupos é uma característica comum dos adolescentes e se manifesta de maneiras diversas como: corte de cabelo, estilo das roupas, uso de drogas, e outros comportamentos. A conformidade é negativa quando adotam comportamentos de desrespeito aos professores e pais, roubam e adotam práticas de vandalismo. É positiva quando, pela convivência com os pares, é despertado um relacionamento saudável, desenvolvendo hábitos e práticas de atividades construtivas.

É importante destacar a reflexão de Cole e Cole (2003), ao afirmar em que a transição do mundo da casa para o da rua, que marca o início da adolescência, transfira da família para o grupo o monitoramento do sujeito, o que justificaria, em certos casos, o papel coercitivo que esse último pode assumir na definição das pautas comportamentais dos sujeitos. Por outro lado, os próprios processos de desenvolvimento da adolescência nos anos finais contribuem para que um sentimento de autonomia em relação aos pares possa crescer.

Os adolescentes esperam com sua participação em um grupo uma experiência que promova bem-estar e emoções, satisfação de pertença e companheirismo; esperam também recompensas materiais ou psicológicas. Há uma constante troca de informações, onde os “grupos satisfazem as necessidades pessoais dos adolescentes, recompensam-nos, proporcionam informações, elevam a auto-estima e confere uma identidade” (SANTROCK, 2003) em resposta a questionamentos dos adolescentes referentes a questões vivenciais, como, relacionamento, sexualidade, namoro, dentre outros.

Geralmente a identidade do grupo restrito prevalece sobre a identidade individual. Os membros dos grupos seguem os direcionamentos dos líderes, tendo muitas vezes que fazer escolhas sobre o que é mais importante para eles, situando o grupo acima da individualidade pessoal de cada membro. É comum o uso de expressões de intimidade entre os membros, como irmão ou gírias demonstrando intimidade e pertença. Erikson (1972) acentua que os grupos restritos possuem papel fundamental na autoestima e no processo da formação da identidade dos adolescentes. Questionamentos como quem sou, o que fazer e em que acredito, afirmam a busca do adolescente pela própria identidade.

O bem-estar é sem dúvida um dos benefícios proporcionados pela convivência dos pares, pois, quando o adolescente está no grupo de amigos, pode ser favorecido com um espaço ele mesmo pode expressar seus medos, angústias e desafios. As experiências positivas de uns podem suscitar solução de problemas para outros, como também as brincadeiras, o bom humor de um favorece a alegria de todo grupo.

TEMÁTICA 2 – A PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE.

Essa temática apresenta os discursos relativos ao desenvolvimento da prática do agente comunitário de saúde no cotidiano, com ênfase no contexto da Atenção ao Adolescente na Estratégia Saúde da Família. A seguir estão apresentadas as 12 Ideias Centrais que emergiram a partir das expressões-chave presentes nos discursos dos entrevistados, bem como os respectivos DSC. No processo de análise, alguns discursos diferentes e/ou relevantes bem como as descrições das observações são apresentadas, complementando as ideias.

Para Acioli e Luz (2003), as práticas de saúde estão relacionadas à interiorização de normas e valores presentes na cultura. São práticas orientadas por várias influências – institucionais, familiares e referentes ao grupo social do qual são integrantes. Dessa forma, possuem vários sentidos, que misturam elementos da Biomedicina, como também agregam outros conhecimentos.

Ideia Central 1 – A visita domiciliar como estratégia de encontro e de relação de confiança com os adolescentes.

DSC 1: O adolescente fica um pouquinho de lado. Não é muito trabalhado, eu deveria saber o número de adolescente que eu tenho. Não é fácil trabalhar com adolescente. A gente sempre trabalha muito parecido, sempre conversa, troca experiência. Eu tenho muita abertura com a comunidade, tento criar um vínculo de amizade. Eu procuro falar a linguagem deles, tirar as dúvidas, transmitir muita confiança para que eles possam chegar até a mim para conversar, me deixo à disposição para ajudar no que eles precisarem. Se você tem a confiança daquele adolescente, aí melhora sim, porque a qualquer sinal de diferença, já procuram a gente. A cumplicidade é muito bom, não adianta você ser só uma Agente de Saúde, você tem que ser amiga. O carinho que com o tempo eles vão tendo com a gente, a atenção, a participação deles. Nosso trabalho é de casa em casa. Através das visitas, a gente vai descobrindo caso a caso, tem casos que tem que ter uma atenção mais voltada. Cada visita, eu vou anotando o nome de cada adolescente que tem que voltar para eu conversar. A gente vai conquistando aos poucos, vou trazendo para o PSF, quando são aqueles casos de trazer para o PSF. Tem até adolescente que diz que tem vergonha de conversar com os pais e quer desabafar com a gente, eles perguntam logo se a gente não vai falar para ninguém... mas a mãe nunca sabe, gera a confiança deles em nós, na hora da visita, e eu oriento eles. Para o adolescente dizer alguma coisa mais séria assim só se for muito escondido. É na visita que a gente se encontra, que a gente vai conversar. Na comunidade, eles me chamam, às vezes, na rua, ou então eu entro na casa deles, eles vão a minha casa, à noite. A gente costuma trabalhar em equipe quando está em visita. Algumas vezes eu encontro adolescente em casa. Você chega a casa, se ele está, ele diz, mãe a Agente de Saúde, ali já sai. Eu tento nas minhas visitas me informar como é que está a vida deles, como é que estão na escola, como é que estão com os amigos. Eu consigo conversar com alguns. Você sabe tudo que se passa na sua área, alguém no bairro vem e me conta. Sento também na roda deles, é tudo conhecido. Sempre elas estão nas rodinhas.

Neste discurso, as ACS revelam a dificuldade na prática cotidiana em desenvolver um trabalho voltado para o adolescente. Além disso, há o reconhecimento, por parte dos agentes de saúde, de que o trabalho direcionado a esse grupo fica aquém dos esforços empregados a outros grupos existentes na Estratégia Saúde da Família. Podemos observar também no discurso, o desconhecimento do ACS sobre a quantidade de adolescentes presentes em sua área de abrangência. Essa realidade reflete a dificuldade dos ACS no que diz respeito ao acompanhamento do adolescente tanto em termos de quantidade como em qualidade da atenção. Entendemos, porém, que a atitude de priorização dos grupos para esse acompanhamento também é influenciada pelas metas e direcionada pelos gestores.

Sabemos que a prática do ACS se estabelece como profissão na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002. Suas atividades contribuem para o diagnóstico demográfico de comunidades; promoção de ações educativas; participação da população nas políticas públicas e visitas domiciliares.

Segundo Morosini (2010), a caracterização da formação predominante dos ACS, como uma qualificação, que é classificada como de nível básico da educação profissional, abrange uma gama extensa de conhecimento e competências na área da saúde. No entanto, o enfoque dessa qualificação está mais diretamente voltado para a prática de prevenção e promoção da saúde, instrumentalizada para a atuação junto aos domicílios, realizando rotinas de produção de informação, vigilância à saúde, monitoramento, encaminhamento e acompanhamento de situações de risco e de comprometimento da saúde de indivíduos e de grupos.

No DSC, percebemos que a relação de confiança entre o ACS e o adolescente é valorizada, uma vez que aqueles trabalhadores se referem à necessidade de criar vínculos de confiança, cumplicidade e amizade com o intuito de proporcionar uma abertura com a comunidade e favorecer o desenvolvimento da prática do ACS. Para isso, os agentes de saúde manifestam atitudes positivas de interação, como linguagem acessível, comportamento aberto, receptivo, esclarecer dúvidas. Esses comportamentos podem ter sido adquiridos e exercitados no cotidiano como ACS que estão diante das mais diversas situações inerentes a vida do adolescente.

Nesse sentido, Ceccim e Merhy (2009) garantem que a produção da atenção não se esgota na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras, pois, envolve nossa capacidade de acolhimento do outro, contato com a alteridade, produção de um dizer-se respeito em que a interação promove práticas de si, nascidas para cada agente em relação, produção de um ambiente-tempo comum ou, cada vez mais, comum entre dois, um momento intensamente intercessor, encontro, no qual, de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para resolver ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde. O acolhimento em alteridade (encontro) é um momento que tem em si certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais que contém, por

ocorrer segundo razões muito diferenciadas e por não ser apreendido por nenhum saber exclusivo.

Outro fator de destaque presente no discurso é a atitude de confiança dos adolescentes para com o ACS, até mesmo em detrimento dos pais. Por sua vez, esses trabalhadores afirmam guardar o sigilo necessário, para preservar a relação de confiança. Ante a procura do adolescente por esse trabalhador, muitas vezes, o ACS é a pessoa que tem conhecimento do que eles estão vivenciando e se constituem, por excelência, um importante elo entre o adolescente, a equipe e a família, além das orientações que realizam durante as conversas com o adolescente.

Corroborando tal significado, Ceccim e Merhy (2009) consideram que as práticas de atenção ocupam lugares fundamentais por seu contato com as vivências em forma de sensação, sintoma, aflição, sofrimento e doença, que buscam cuidado profissional de saúde.

É importante ressaltar do discurso que o ACS entra em contato com o adolescente nas visitas domiciliares, mas também é procurado por esse grupo na rua e até mesmo fora do horário de trabalho, quando os adolescentes vão em busca desses trabalhadores em suas residências. Nesse contexto, notamos a importância do agente de saúde na atenção ao adolescente, pois aquele detém uma abertura maior do que outros profissionais de saúde da equipe junto ao adolescente.

Conforme o Ministério da saúde, o agente comunitário tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade. Esse trabalhador é responsável por 750 pessoas de sua comunidade, sendo esse número flexível, pois depende das necessidades locais, e deve visitar cada domicílio pelo menos uma vez por mês. A visita domiciliar é uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para o agente comunitário (BRASIL, 2001b). É por meio dela que o ACS conhece melhor a necessidade das famílias e, pode desenvolver o trabalho educativo domiciliar.

Para Egry e Fonseca (2000), as vantagens da visita domiciliar como modalidade assistencial são inúmeras, especialmente nos casos em que é necessária maior aproximação do técnico, representando o sistema de saúde, com a realidade de vida e saúde da família. Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados no interior da unidade de saúde, contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença, muitas vezes, são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos técnicos responsáveis pela atenção à saúde das famílias.

No discurso do sujeito coletivo, observamos que o ACS reconhece seu trabalho como sendo domiciliar. Durante as visitas, o ACS entra em contato com as situações de vida de cada adolescente de sua área adscrita e registra os casos que precisam de mais atenção do próprio agente de saúde bem como de encaminhamento para a ESF. Identificamos alguns elementos pertinentes a sistematização da visita domiciliar feita pelo ACS, na medida em que são capazes de realizar a triagem, o registro, a abordagem e o encaminhamento, mesmo sendo um grupo não priorizado nas práticas cotidianas.

De acordo com Lacerda *et al.* (2006), a visita domiciliar é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais serviços de saúde. É, por intermédio da visita que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e necessidades de saúde.

Corroborando tais ideias Egry e Fonseca (2000) afirmam que a totalidade da produção de serviços em saúde coletiva, a finalidade da atenção à saúde no domicílio refere-se à intervenção prática no processo saúde-doença da família, tanto destacando seus membros constituintes como enfocando a família na sua totalidade.

Deste modo, confirmamos a percepção do ACS de que o seu trabalho se dá, principalmente, fora da Unidade de Saúde, no campo da comunidade, o que lhe possibilita o conhecimento de situações que não chegam à Unidade e aproximação às condições e estilos de vida da população.

Entendemos que a visita domiciliar é o instrumento ideal para a educação em saúde, pois a troca de informações acontece no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada família apresenta uma realidade e é baseado nessa realidade que deve acontecer o diálogo.

Ideia Central 2 – O ACS trabalha com a família. Na atenção ao adolescente, o ACS faz orientações sobre os problemas comuns da adolescência.

DSC 2 – Procuo tirar as dúvidas deles quando eles me procuram sobre as vacinas, sobre anticoncepcionais, preservativos, sobre a prevenção das DST. Na casa, nas ruas, a gente chega, normalmente quem está em casa é o adolescente, se você vê alguma coisa, escuta alguma coisa, você tenta conversar com ele... converso sobre a escola, se tem namorada, se está dando muito trabalho a mãe, pergunto se ainda é virgem, se está tomando anticoncepcional. Vou até onde quero chegar. Às vezes, a gente está falando e acaba em nada, mas estamos lá na luta tentando. A gente trabalha com a família, tem adolescente que está na escola. Com eles, eu trabalho mais a parte de orientação. Começo a conversar, orientar sobre não usar droga, sobre a gravidez na adolescência, também sobre a caderneta do adolescente, sexualidade, tem o bolsa família que a gente acompanha, as vacinas, sobre não roubar, procurar um trabalho, procurar a casa de Deus, ficar mais dentro de casa... Peço para vim buscar camisinha no posto, para ficar tomando o comprimido direitinho para não engravidar, incentivo a fazer prevenção, os cuidados de higiene bucal, tudo no geral. Quando já se tem uma vida sexual ativa, a gente já tem uma liberdade maior de conversar. Quando não, é só mais naquela questão também até na preocupação da escola, de televisão... Alguns que os pais não sabem, ainda, me atrevo a levar a camisinha, o anticoncepcional escondidos até para evitar. Eu ando com camisinha na minha pasta. Tem adolescentes, meninas de 11, 12, 13 anos que a gente já vai começando a trabalhar lá nessa fase. Oriento o cuidado com as más companhias, não se envolver em coisas que não levam a nada, com os vícios. Mostro o que está acontecendo na adolescência. Oriento a questão de vim ao posto para passar com o Médico, Enfermeiro, a Dentista, oriento eles no que o serviço do PSF oferece, eu até agendo para facilitar. A gente visita muito tentando orientar e trazer esse adolescente, se está com problemas difíceis, vai buscar, encaminha, acontece muito no dia-a-dia. Em outras situações fica difícil do Agente de Saúde entrar na vida do adolescente, a não ser que a gente sinta que ele está fazendo alguma coisa que está errada. Em casa, na visita, eu encontro muito aqueles adolescentes que não querem mais estudar. Eu incentivo eles a estudarem. Falo que além de Agente de Saúde, eu posso ser amiga, aí eles contam como já aconteceu muito. Às vezes, eu fico triste porque quando se está só, você consegue a metade, para que você consiga o todo é preciso que todos interajam nessa luta, não é da noite para o dia que vai conseguir alguma coisa.

No DSC, percebemos que a orientação junto aos adolescentes é a atividade principal dos ACS e, para realizá-la, os ACS referem conhecer a realidade em que essas famílias estão inseridas, as situações inerentes a cada núcleo familiar.

Por meio do discurso, entendemos que os adolescentes procuram os agentes de saúde para obter informações sobre os serviços oferecidos na ESF, bem como para retirar dúvidas relacionadas à prevenção de doenças e aos métodos anticoncepcionais. Essa busca que o adolescente executa atrás do ACS, favorece a este trabalhador uma importante oportunidade para estreitar o vínculo entre ambos e desenvolver uma “prática educativa” direcionada aos problemas. Certamente, não parte de reflexões que produz ação e autonomia, mas tem um grande significado pela aproximação e relação de confiança, e, de alguma forma, poderá provocar mudanças individuais e coletivas com seus pares.

Os recursos utilizados pelos agentes comunitários, contidos no discurso, fundamentam uma prática voltada às diretrizes da ESF no trabalho comunitário, pois afirmam procurar conhecer a realidade de vida desses adolescentes no contato com a família, com as pessoas na rua e com os próprios adolescentes. Tendo esta atitude, os agentes comunitários qualificam parte de suas atividades com um público diferenciado, pois nem sempre o adolescente é lembrado nas ações de cuidados à saúde.

Conforme Bornstein *et al.* (2009), no trabalho dos ACS, é frequente que encontrem situações relativas a problemas de saúde comuns, para cujo enfrentamento existe abundância de informações preventivas, mas que persistem, e cujas causas vão além da capacidade de resposta por meio de ações individuais. As formas como os ACS abordam educativamente esta questão podem ser expressas com base em duas concepções educativas. Conforme salientam os autores, numa abordagem que se baseia na concepção ampliada de saúde, a centralidade do processo está no diálogo, na conversa, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas, antes de partir para a divulgação de orientações. É um fundamento do trabalho educativo, é um jeito de trabalhar a educação e que tem relação com a concepção de saúde que o profissional possui. A concepção ampliada de saúde se aproxima da educação popular em saúde, pois considera o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido por via de sua história de vida e de sua cultura, o ponto de partida do processo educativo.

Conforme está presente no discurso, as orientações feitas pelos agentes de saúde versam sobre os mais variados assuntos. Embora haja forte presença da

visão biomédica, os ACS não ficam restritos a esse olhar. Observamos no discurso que esses trabalhadores fazem a realização rotineira de orientações sobre a prevenção da saúde dos adolescentes, mas vão além, uma vez que também está contida no relato a preocupação em realizar orientações sobre a violência, a escola, o emprego e o cuidado com os grupos de pares, mas sem aprofundamento, sem provocar responsabilização dele com a prevenção e a promoção da saúde. Isto é esperado por várias circunstâncias que vão, desde a formação e as condições de trabalho à falta de ações mais cooperativas e integradas com outros setores e com os próprios trabalhadores da atenção básica. Enfim, esta demanda é, muitas vezes, relegada em detrimento de outras.

Para Bornstein *et al.* (2009), em uma perspectiva cujo foco central é o da Biomedicina, o poder explicativo dos processos biológicos se sobrepõe, na abordagem educativa, aos determinantes sociais. Os ACS, assim como os demais profissionais de saúde, tendem a desenvolver suas ações com amparo nesta concepção de saúde-doença: sinais, sintomas, dor, febre, exames, vaso de planta, pneu com água parada no quintal, caixa d'água destampada... Trata-se de uma abordagem limitada, que visa a modificar o comportamento ou as condutas da população; e está baseada na crença, mais implícita do que explícita, de que o profissional é o detentor do saber a ser transmitido e ensinado.

No discurso, os ACS referem que, no exercício de suas atividades, quando buscam o adolescente para conversar e orientar sobre questões de saúde, priorizam as situações de risco, como uso de drogas, gravidez na adolescência, prevenção das DST, planejamento familiar, dentre outros. Percebemos a preocupação desse trabalhador em tentar, muitas vezes, reverter ou minimizar o quadro de desequilíbrio que possa afetar a vida do adolescente.

Merece destaque no discurso a triagem que os agentes de saúde realizam no exercício de suas funções para adolescentes com ou sem vida sexual ativa. Na prática de ACS com adolescentes sexualmente ativas, esses trabalhadores procuram fazer orientações gerais e também direcionadas ao problema mais visível para ambos.

Encontramos também, no discurso, a facilitação que os agentes de saúde promovem acerca do planejamento familiar para adolescentes, ao realizarem suas

visitas na área adscrita, portando preservativos e anticoncepcionais orais. Existem adolescentes que já fazem uso desses métodos, mas têm vergonha de adentrar a unidade de saúde para adquiri-los.

Outro fator relevante encontrado no discurso versa sobre a carteira do adolescente. Percebemos que esse instrumento lançado pelo Ministério da Saúde, entrou no rol de orientações e encaminhamentos dos agentes de saúde.

Estão inseridas no DSC as orientações realizadas pelos ACS em relação aos casos complicados envolvendo adolescentes. Esses trabalhadores referem desenvolver a orientação e o encaminhamento para a equipe de Saúde da Família. Fazem um trabalho de busca ativa desses adolescentes, como também agendando-os para consultas com profissionais de saúde.

No tocante às práticas educativas sobre a educação formal, os sujeitos afirmam conversar rapidamente sobre a vida escolar do adolescente com orientações sobre a importância de não abandonar a escola, como também buscam incentivar os adolescentes a estudar e a avançar na formação após o término do ensino médio.

Mesmo diante das possibilidades da prática educativa com adolescentes, os agentes de saúde reconhecem as próprias limitações para desenvolver tal função. Ao mesmo tempo, entendem a necessidade de maior engajamento dos outros integrantes da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

Ideia Central 3 – O agente comunitário de saúde intermediando ações na família.

DSC 3 – Às vezes as mães pedem para eu conversar com eles porque tem aquela confiança no trabalho da gente. Geralmente, eu converso com os pais, quando tem alguma coisa mais séria, os pais falam para a gente, a gente tenta conversar com eles, agora quando é caso assim mais de doença, caso de drogas, de alguns que tem vício dessas coisas, é mais difícil contar. Eu procuro vê com os pais como é que está, o que for para falar com os pais depois eu converso, senão eu não repasso para os pais o que eu conversei com eles. Tem família que tem que trabalhar muito o conceito da mãe que é muito estressada com o filho, o filho é muito revoltado com o pai, então a gente tem que trabalhar toda essa parte psicológica. A gente acaba orientando a convivência com os pais, o respeito pelos pais, orientando sobre o futuro, sobre a educação, o meio que a gente vive que é uma escola também. A gente fica sempre conversando com as mães, mostrando a importância delas conversarem com os filhos. Eles não escutam os pais, é mais fácil escutar uma pessoa de fora, aí eles já pegam e soltam alguma coisa, e a gente fica tendo o cuidado. Sempre eu converso muito com a família que não pode desistir.

Mediante a análise do DSC dos ACS, observamos que os pais dos adolescentes buscam esse trabalhador como um apoio no relacionamento familiar, pois, muitas vezes, lhe atribuem um papel de mediador de interesses. Por outro lado, o ACS também procura pelos pais desses adolescentes para saber como está a vida do jovem. Percebemos que as informações obtidas por meio desse contato com os pais é importante para embasar e direcionar as orientações desse trabalhador junto ao adolescente.

Para Bornstein e Stotz (2009), a prática de mediação é entendida de várias maneiras: pode ser vista como facilitação do acesso da população ao serviço; melhor estratégia para que as normas, objetivos e metas dos serviços sejam entendidos e assimilados pela comunidade; maneira de buscar nos serviços uma abertura para o entendimento da lógica e da dinâmica locais; e, ainda, mediação entre o conhecimento popular e o conhecimento tecnocientífico. O fato de o agente comunitário de saúde visitar os moradores da comunidade em suas casas e ouvir relatos ou atuar sobre situações que, muitas vezes, não são específicos à área da saúde, estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social.

Conforme relatado no discurso, notamos que a prática do ACS na atenção ao adolescente perpassa esse âmbito individual, pois os agentes de saúde procuram ajudar as famílias em relação aos conflitos familiares, com o intuito de realizarem uma abordagem psicológica, dentro do nível de instrução que alcançaram.

Assim, Bornstein *et al.* (2009) afirmam que do ponto de vista da atuação do ACS na comunidade, as metas quantitativas de produção de procedimentos e cobertura de ações básicas, impostas a esses trabalhadores, contrapõem-se à dinâmica local das comunidades e às formas de enfrentamento dos problemas e situações-limite por parte da população. Assim, a problematização dessas situações repõe a questão da arbitragem social, no sentido de questionar o quão limitado é intervir com base apenas numa compreensão individualizada sobre risco.

Observamos a relevância dada pelo discurso dos ACS no tocante aos valores morais e éticos e o resgate dos valores necessários para a convivência familiar harmônica. Somado a isso, percebemos o enfoque relacionado a prática que o

ACS atribui ao seu encontro com as mães, em termos de interação, partilhas e orientações durante os encontros.

Ideia Central 4 – O agente comunitário de saúde favorecendo encaminhamentos para a equipe de Saúde da Família.

DSC 4 – A gente encaminhava para o PSF também sobre o cartão do adolescente. Reforçamos o que a gente vê quando a enfermeira orienta, quando alguém está orientando ou quando a gente aprende nos cursos da gente, a gente fica passando para eles o pouco que a gente sabe. A gente explica, encaminho imediatamente. Eles conversam com a gente, eles preferem que a gente explique porque até eles conseguirem chegar ao PSF e falar com a enfermeira é complicado, é mais fácil com a gente porque a gente vai brincando, a gente conversa com elas e orienta. Quando eles precisam de alguma coisa, eles perguntam por quem procura, procura a enfermeira. Alguns vêm nem todos, mais as mulheres, os homens são mais difíceis, eles perguntam se a gente não pode resolver por eles. Eu encaminho porque eles querem o Dentista. Encaminho para o planejamento familiar, vacinas, quando eu não posso tirar aquela dúvida específica. Tem muitas coisas que não estão ao alcance da gente, aí a gente pede ajuda para a equipe da saúde.

Nesse discurso do sujeito coletivo, apreendemos que os ACS referem como uma das práticas cotidianas o encaminhamento para a unidade de saúde tanto relacionado à carteira do adolescente como diante de alguma necessidade por eles apresentada. O ACS encaminha mais para o enfermeiro e ressalta que o comparecimento à unidade ocorre mais pelas adolescentes. Além disso, os adolescentes de ambos os sexos apresentam um interesse maior pelo atendimento odontológico.

As questões de gênero permeiam as questões relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva. Os principais problemas registrados quanto à saúde sexual e saúde reprodutiva relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Isto decorre do fato da responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e pelos cuidados de saúde da família, muitas vezes reproduzidas pelos serviços de saúde, o que explica serem as mulheres a maioria dos usuários do SUS, inclusive no segmento juvenil. Esta situação reflete as desigualdades de poder nas relações de gênero: o menor poder de mulheres as expõe à gravidez não planejada e aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, bem como a distintas formas de violência que afetam sua saúde (BRASIL, 2006i).

A resistência dos adolescentes em relação ao comparecimento a ESF fica evidente ante o interesse desse grupo em ter solucionadas as suas necessidades mediante o contato com o ACS. Observamos que esse trabalhador de saúde, por ser morador da comunidade onde atua, possuir características socioculturais semelhantes às famílias adscritas à área de trabalho, é eleito pelos adolescentes como a ajuda mais próxima e escolhidos como representantes desses junto à equipe de saúde.

Bornstein *et al.* (2009) assumem que a função mediadora nem sempre se apresenta de modo claro e objetivo, porque também tem a ver com a visão de mundo, com as percepções das pessoas. Mediar a relação entre os serviços e a população na perspectiva da melhoria das condições de vida não é uma tarefa simples. Supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta.

Campos e Matta (2007) acrescentam ideia de que a função do ACS, como articulador entre a comunidade e a unidade básica de saúde, requer um conhecimento cotidiano na busca de valorizar, incorporar e respeitar saberes e culturas populares locais, interagindo com a comunidade de forma solidária, evocando aspectos da interação social, das relações humanas, estimulando a participação social e a cidadania, ao mesmo tempo em que assume o compromisso de buscar integrar os conhecimentos técnicos oriundos do saber científico.

No discurso, apreendemos que o ACS tem noção do limite do exercício de sua função, uma vez que manifestam a necessidade de encaminhar para a equipe de saúde quando se depara com situações que fogem de sua área de competência. O ACS desenvolve sua prática por meio de orientações básicas e, quando não sentem segurança em determinado assunto ou questão de saúde, referenciam para o restante da equipe.

É nítido, no entanto o esforço do ACS em orientar o máximo possível porque nem sempre o adolescente comparece à unidade para o atendimento. Os discursos mostram também que o agente de saúde busca aprender tanto com as orientações dos enfermeiros como em cursos para otimizar a prática junto ao adolescente.

Sabemos que o ACS tem a função de acompanhar as famílias de sua comunidade, ofertando informações, intervindo em processos educativos,

possibilitando o acesso até a unidade de saúde, realizando ações de pequena complexidade, viabilizando a entrada do profissional na casa das pessoas, entre outras. Também lhes é atribuído o papel de incentivo à participação comunitária e ao desenvolvimento da organização local.

Ideia Central 5 – O acesso ao adolescente é difícil. São fechados, desconfiados, não querem comparecer a ESF nem aos grupos.

DSC 5 – Tenho dificuldade de ter acesso ao adolescente. Eles não sentam para conversar. Não levam à sério o que a gente está conversando, não entra na cabecinha deles. Ainda tenho (dificuldade), a gente tem que ir conversando aos poucos, adquirindo a confiança. É difícil conversar com eles, são desconfiados, eles só confiam naqueles lá da turma deles. Eles só andam de turminha, então, você tem que se encaixar na turminha deles, porque se não se encaixar na turma, eles, botam a gente para escanteio. A gente tem abertura com alguns com outros é mais difícil. A dificuldade que eu vejo é em termos do encontro, achar o adolescente em casa. Para lidar com adolescente, a gente tem que falar o que eles acham que aquilo ali é certo para eles. Outra coisa, a gente não ter uma orientação. Os homens principalmente, para a gente é mais difícil (abordagem), principalmente tratar essa questão de drogas. Têm muita vergonha de vim buscar anticoncepcional e camisinha, e eles têm vergonha de conversar com a gente, mulheres, aqui não tem nenhum Agente de Saúde, homem, a dificuldade que eu sinto é essa. Tem pai que não ajuda. A maioria desse tipo de adolescente vem também pela maneira da qual os pais educam, ter um pai e uma mãe que brigam, aí já formam aquela criança revoltada, nem sempre recebem a gente bem. A gente tem dificuldade de encontrar aqueles adolescentes que estão muito na questão das drogas porque eles não param em casa. Eles só escutam quando eles têm dúvidas, quando eles lhe procuram, não adianta você chegar para eles e querer transmitir uma informação sem interessar a eles. Vejo muita dificuldade ainda na questão de usarem preservativo, que a maioria não procura o PSF, não vem pegar, não adianta você chegar para elas e elas não se abrirem com você. A dificuldade porque é a timidez deles, a dificuldade também numa coisa que é da família, o planejamento familiar. Eles não mostram assim, dificuldade para falar com a gente não. O problema maior que tem são eles se aproximarem do posto de saúde. Eles são muito trabalhadores, eles não se interessam muito assim pelo serviço, é quando realmente precisam. A dificuldade é encaminhar para uma palestra quando a enfermeira faz, é difícil. Juntar os grupos (dificuldade), sobre as drogas, álcool... uns gostam e outros não, né? A dificuldade é só pra chegar a eles mesmos, mas depois. Eu não acho dificuldade.

O DSC relacionado às dificuldades encontradas na prática de ACS com o adolescente denota a amplitude de entraves percebidos por esses trabalhadores na realização do cuidado a esse grupo. Observamos que os ACS iniciam os relatos dos discursos pela dificuldade de acesso aos adolescentes, de encontro. Além disso, manifestam a visão de que o adolescente compartilha mais as experiências e necessidades com os integrantes dos grupos deles; no entanto, esses trabalhadores

apontam o investimento de uma relação de confiança entre ACS e adolescente para minimizar essa problemática de interação.

Outra dificuldade observada nos discursos é a falta de preparo que o ACS sente na abordagem ao adolescente, principalmente, quando esses trabalhadores estão diante de situações difíceis e que exigem um manejo mais qualificado, como é o caso de adolescente envolvido com drogas. Sabemos que o ACS situa-se no nível básico de competência dentro da escala do Ministério da Saúde. O agente de saúde precisa, contudo, de formação adequada para o exercício básico de suas funções.

Corroborando tais ideias, o Ministério da Saúde (2007) orienta que todo adolescente que faz uso de drogas deve receber atenção diferenciada e apoio social. É fundamental o envolvimento da família e da comunidade no tratamento do adolescente para que as possibilidades de sucesso sejam maiores. Os fatores que decidirão se o adolescente pode ser atendido em nível primário ou encaminhado dependem das seguintes situações: idade de início do consumo, o tipo de droga, a quantidade e frequência do uso, a existência de repercussões na vida afetiva, familiar, profissional e lazer, a importância das drogas frente aos amigos, complicações clínicas (perda de peso, amenorreia etc.).

Encontramos também nos discursos dificuldades relacionadas ao comparecimento do adolescente à unidade de saúde para a aquisição dos métodos anticoncepcionais, acompanhamento, participação de grupos dentre outros. Os ACS observam em sua prática a falta de interesse do adolescente pelo serviço de saúde. Isso prejudica o trabalho que é para ser feito em equipe, porque o agente de saúde cumpre o seu papel de encaminhar para a ESF e por outro lado, o adolescente não assume seu direito à assistência, acentuando, assim, a fragmentação do cuidado.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006i), os adolescentes e jovens masculinos não têm sido atendidos em suas necessidades de saúde relacionadas à sexualidade e à reprodução. Com efeito, os serviços de saúde encontram dificuldades em atender a este público, o que é constatado em estudos, pesquisas e ações envolvendo profissionais de saúde.

Outro fator relevante presente nos discursos é a compreensão dos ACS, embasada na experiência prática, de que o adolescente se põe em um lugar de escuta e diálogo quando eles procuram a agente de saúde da área. Nesse momento de abertura e interesse do adolescente, o ACS encontra a oportunidade para entrar em outros temas inerentes a sua responsabilidade de trabalho com esse grupo.

Ideia Central 6 – A confiança, a cumplicidade, o respeito e a amizade como elos facilitadores no trabalho com adolescentes.

DSC 6 – Criança e adolescente, você pode moldar, é uma pedra bruta que pode ser moldada, que pode ser transformada. De facilidade, se você consegue é a confiança daquele adolescente...O bom que a gente acaba pegando mais amizade, depende da situação e da forma que a gente chega a eles. Eles se mostram gostar de mim. Elas (adolescentes) têm uma confiança muito grande na Agente de Saúde. Quando eles entendem a mensagem da gente, eles aceitam e procuram fazer aquilo ali que está entendendo, isso aí eu acho facilidade. E outra facilidade também quando eles ouvem. Eles são tão inocentes e eles aceitam sabe? O que a gente fala, ele querem o conselho, a gente consegue ajudar. A confiança deles graças a Deus a gente tem. Eles estudam, eles respeitam demais a gente. Eu acho bom assim, que são uns meninos que têm muita energia, eles têm muita força de vontade. Durante uma visita ou durante uma conversa, o adolescente tem muita curiosidade e não tem, às vezes, a quem perguntar. Como se a gente fosse uma família, como se fosse os filhos da gente, na visita é mais fácil até deixar um recado, porque, às vezes, eles não estão. A gente tem a facilidade de chegar, pode até não conseguir fazer o trabalho que a gente quer, mas tem a facilidade de chegar.

No DSC apresentado, os ACS mostram as facilidades encontradas no trabalho com adolescentes. Observamos a ênfase que as agentes de saúde apresentam em relação à conquista e à mudança de comportamento que pode ocorrer nessa fase de transformação pela qual eles passam.

Notamos também que a forma de abordagem do ACS pode favorecer a prática de cuidado ao adolescente, porque influencia na formação de uma relação de confiança, afeto e respeito, fundamentais para facilitar o trabalho do ACS, tanto em relação ao acesso a essa faixa etária como também em relação à escuta e aceitação, por esses adolescentes, das orientações realizadas.

Ceccim e Merhy (2009) ressaltam que um trabalho vivo, em ato, faz oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, pois, na prática do atender, presentifica-se uma ordem do encontro e das condições de interação, e não apenas uma ordem profissional e das condições de trabalho.

Apresentamos que os agentes de saúde têm uma visão positiva, ao reconhecerem algumas características que podem estar presentes na adolescência, como elementos facilitadores da prática cotidiana conforme observamos o destaque no discurso em relação à energia, à força de vontade e à curiosidade do adolescente.

Percebemos também, no discurso, a ligação afetiva do agente de saúde referente ao adolescente, ao afirmarem o sinal de pertença familiar e, também, de maternidade. Isso denota o grau de envolvimento e vínculo existente na relação de trabalho. Além disso, há o entendimento do ACS sobre as conquistas conseguidas na prática com o adolescente. Apesar das dificuldades, de alguma maneira, conseguem ajudar a esse grupo.

Ideia Central 7 – Dificuldade na formação e manutenção de grupos com adolescentes e trabalho educativo na área escolar.

DSC 7 – A gente já planejou, já conversamos, já ouvi reunião né? para formar um grupo de adolescentes. Às vezes, quando a gente inventa um grupo para os adolescentes, a gente acaba convidando, trazendo eles para cá (PSF) para as palestras e acaba fazendo as orientações. A gente estava fazendo reuniões com eles, tinha um momento de descontração né? e a aprendizagem também. A gente levou para as áreas de risco, onde tinha mais adolescentes rebeldes e que tinha pouco cuidado consigo mesmo, fizemos palestra de como se prevenir. A gente tinha um grupo aqui, por enquanto está um pouco parado, a gente convidava os adolescentes e a enfermeira dava orientações, alguns vinham. Até a enfermeira achou umas agendzinhas (Carteira do Adolescente) para distribuir para os adolescentes, a gente convidava os adolescentes e pegava e conversava né? a respeito né? para a enfermeira dar orientação, a questão do uso da camisinha e outros assuntos que eles quisessem saber. A enfermeira começou (grupos), mas parou, só quem ficou atendendo mesmo assim, os adolescentes, foi a dentista. Às vezes, a enfermeira, ela organiza uma data x, e planeja assim, uma palestra, a gente faz, a maioria das vezes, eles vêm. A gente tenta buscar, conquistando aos poucos. Não tem ainda o grupo formado, mas a nossa enfermeira, ela faz palestra, ela trabalha bastante com palestra no colégio, a gente viu que eles não procuravam porque eles estudam à tarde. Na campanha de vacinação, chega lá (escola), a gente aqui trabalha com a creche, com o colégio, com a associação, com a Igreja, sempre é todo mundo. Quando a gente quer unir um grupo para fazer palestra... às vezes, a gente pensa fazer um grupozinho na rua, mas a gente tenta ir para a escola porque de lá eles não saem. A gente estava fazendo palestras na escola e a gente levava panfletos para conscientizar. A gente chama, mas eles não vêm, mais é na visita. Eles preferem conversar com a gente (ACS) e perguntar do que vim (Grupo). Eles não gostam de ir para um encontro de adolescente e ficar ouvindo palestra, tem que ter uma coisa dinâmica que mexa com a cabeça deles e que prenda eles mesmos. Nós já tentamos formar o grupo várias vezes, mas eles não gostam muito não, eles gostam de coisa que atraia. Adolescente gosta de movimento. Oficina de coisas para eles não interessa, a gente trabalha com muitos grupos, mas para esse lado de adolescente é muito vago. A gente faz nas escolas. A gente não tem assim, um grupo de adolescente até porque a gente não consegue fazer. É difícil demais.

No DSC percebemos a dificuldade encontrada pelo ACS e toda a equipe de Saúde da Família na formação e manutenção dos grupos de educação em saúde com adolescentes. Notamos o discurso sobre a realização de reunião para o planejamento dessas ações grupais. Isso nos mostra o interesse em incluir os adolescentes na agenda do serviço de saúde.

Conforme o discurso, os adolescentes participam das atividades grupais com a equipe de saúde, de maneira esporádica, não existindo um caráter de continuidade e amadurecimento dessas ações. Entendemos que, com o passar do tempo, o próprio grupo tende à extinção e isso pode ser influenciado pela falta de interesse e perseverança dos adolescentes em relação à participação no grupo. Portanto, esta falta de continuidade passa a ser entrave para a implantação da atividade grupal. Outro fator a se considerar é a dinâmica adotada pelos trabalhadores nos grupos para adolescentes, pois sabemos que qualquer atividade proposta deve estar de acordo com o público-alvo.

Muitas vezes, a tentativa de formação do grupo de adolescentes resulta em realizações de palestras contingentes, nas quais observamos que ficam sob a responsabilidade do ACS a divulgação e a conquista do adolescente para aderir a essa prática.

A Carteira do Adolescente, segundo o discurso dos ACS, foi um importante instrumento de trabalho para propiciar palestras voltadas ao adolescente. Nesses encontros, a enfermeira realizou ações de orientação em saúde juntamente com a presença dos ACS.

Em vários discursos dos ACS foi observado que os grupos com adolescentes estavam suspensos temporariamente. A dificuldade em conseguir a adesão e o interesse do adolescente pode desestimular toda a equipe de saúde para a manutenção desses grupos.

Na busca de opções para suprir a lacuna em relação ao trabalho educativo com adolescentes, os ACS apontam como prática no discurso a realização de palestras nas escolas. Esses trabalhadores ressaltam que a falta de engajamento dos adolescentes nos grupos ocorre também porque eles estão na escola no mesmo horário dessas atividades propostas nas unidades de saúde.

Outra afirmação levantada pelos ACS no discurso, para realização da prática educativa na escola é sobre a garantia da presença do adolescente durante essas palestras, pois esses alunos devem cumprir o turno normal de atividade escolar e, conseqüentemente, facilita a participação dos adolescentes nas atividades propostas pela equipe de saúde.

O trabalho do ACS junto à escola encontra suporte no Ministério da Saúde (2007), onde está ressaltado que a escola ocupa na vida do jovem um espaço de grande significado, que enseja a formação de sua identidade. Por isso, a escola representa um lugar privilegiado para a promoção de saúde, ajudando a cidadania e envolvendo os diversos agentes deste universo – estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde – a fim de preparar as crianças e os adolescentes para a sua inserção social, mediante o desenvolvimento das potencialidades pessoais.

Outro discurso relevante das ACS revela que a prática da atividade grupal já desenvolvida pode não ter progredido porque os adolescentes não gostam de ficar em uma atitude passiva, ouvindo orientações. É necessário que as ações propostas sejam atraentes e despertem a curiosidade dos adolescentes, sejam dinâmicas, favoreçam a participação deles no processo de formação.

Em virtude da realização de atividades em saúde pouco significativas para o adolescente, percebemos a rejeição deles quanto ao engajamento nesses grupos, no entanto, da equipe de saúde disponível na área, o adolescente tem preferência pelo ACS para partilhar alguma situação e receber orientações.

Ideia Central 8 – Situações de aproximação das necessidades e demandas dos adolescentes.

DSC 8 – Eu fico muito em cima, geralmente é prostituição, gravidez na adolescência e drogas, no caso das drogas, o álcool também. Tem uns casos que tem problema com bebida. Eu acho que é o primeiro passo deles entrarem nas drogas é a bebida. Esses que eu tenho mais aproximação, não têm projeto nenhum de vida. O que me aproxima mais, às vezes, é justamente essa falta de ajuda. O que me aproxima deles mesmo é nas campanhas. Eles têm necessidade de emprego, de alguma atividade, um lar familiar. Hoje em dia, todo adolescente quer trabalhar, ter o dinheiro deles. A questão da convivência com a mãe não é boa. Eu acredito que é o apoio da família (necessidade), a conversa, o diálogo. (Os adolescentes) São muito carentes nessa questão, de mais atenção, o conhecimento também. É a falta de confiança com os pais. O ideal seria primeiro trabalhar os pais

para abrirem a mentalidade para conversar com seus filhos. É mais uma questão cultural (necessidade), o meio faz a pessoa. A maioria dessas pessoas são semi-analfabetas. A questão de estudo, a questão assim, até de um projeto direcionado. O maior problema é porque eles largam o estudo, aí não têm nenhuma renda. A solicitação deles para mim é mais dentista e quando tem vacina eles se interessam. Geralmente, elas me procuram escondidas da mãe, tem que ter essa confiança, elas me procuram para saber se tem o anticoncepcional, tem camisinha. Elas querem que eu ajeite, eles têm muita vergonha. Me procuram sobre a prevenção, saber como é que usam o preservativo direitinho. É mais a questão de prevenção mesmo, elas procuram para fazer. Os meninos normalmente perguntam por preservativos, as meninas vêm falar de sexualidade. Uma orientação minha pode ser que não venha causar impacto, mas pode ser que venha e mude a vida dele. Doenças são poucas, eles têm poucas doenças na adolescência.

Observamos no DSC que os agentes de saúde apresentam uma visão ampliada das necessidades e demandas dos adolescentes, baseadas na prática do cotidiano. Extrapola assim, a fundamentação do trabalho diário, a visão biomédica, para incluir como objeto de atenção diversas áreas inerentes à vida humana.

Segundo Bornstein e Stotz (2009), o caráter transformador da mediação realizada pelo ACS se dá quando há maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços quanto às necessidades e demandas da população.

Podemos observar no discurso que os agentes de saúde referem aproximação junto aos adolescentes em situações de risco, como a prostituição, a gravidez na adolescência e as drogas. Essas são necessidades apontadas desde a realidade das comunidades assistidas pelas ACS, e correspondem a fatores de riscos encontrados nas famílias acompanhadas.

Conforme o Ministério da Saúde (2007), o consumo abusivo de bebida alcoólica pode causar problemas psicossociais, emocionais e orgânicos. Deve-se ressaltar que o álcool responde pelos elevados índices de mortalidade em acidentes envolvendo adolescentes e jovens. O uso de álcool pelos pais e grupos de amigos é o principal fator de influência para o consumo entre os jovens. É comum a ingestão simultânea de várias drogas. Os motivos que levam um adolescente a beber vão desde a curiosidade, o prazer, o desejo de esquecer seus problemas, à vontade de agir de acordo com o grupo.

As necessidades reconhecidas no discurso, relacionadas aos fatores de proteção, estão presentes quando as agentes de saúde mencionam a aproximação

aos adolescentes em razão da falta de interesse e do abandono escolar. Observamos que esse trabalhador entende que sem o estudo, os adolescentes terão dificuldade em conquistar a independência financeira e intelectual, e, além disso, pode comprometer o equilíbrio e as condutas desses adolescentes diante da vida.

Outro fator de proteção encontrado no discurso é sobre a família. Os agentes de saúde relataram que o adolescente tem como necessidade o apoio da família. Apreendemos que este discurso é influenciado pelo acompanhamento que os ACS realizam junto às famílias, uma vez que esses trabalhadores conhecem a dinâmica familiar.

Merece destaque o discurso dos ACS sobre a cultura em que o adolescente está inserido. Sabemos que os adolescentes são influenciados em cada época e cultura em que vivem, no entanto, esses fatores não determinam todas as respostas que eles irão realizar diante das situações de vida, pois cada ser humano possui peculiaridades que o diferenciam dos demais.

Morosini (2010) destaca que a cultura é o processo pelo qual um grupo social garante a permanência de sua identidade, daquilo que lhe confere singularidade, distinguindo-o dos demais grupos sociais. Trata-se de um legado de linguagem, valores, tradições, concepções, costumes, produções artísticas e outras formas de expressar o conhecimento do mundo em geral e do universo de experiências locais vividas por um determinado coletivo.

Também está presente no discurso a aproximação do agente de saúde ante a falta de ajuda a que o adolescente pode estar exposto. Entendemos que os ACS são os trabalhadores e ao mesmo tempo moradores da comunidade onde atuam, mais acessíveis para realizar essa atenção, bem como para promover o elo com toda a equipe de saúde. Isso pode ser confrontado com a caracterização desses trabalhadores, onde constatamos que uma das motivações em ser ACS seria a possibilidade de poder ajudar às pessoas.

Em relação às demandas dos adolescentes, está presente no discurso dos agentes de saúde que as solicitações deles abrangem o dentista, as vacinas, o planejamento familiar, a prevenção do câncer, sexualidade. Referidas demandas

estão presentes na prática dos ACS junto ao adolescente tanto em termos de orientação como em encaminhamentos e abertura de acesso no serviço de saúde.

Os agentes de saúde, também, relatam no discurso coletivo que os adolescentes não apresentam muitas doenças como demandas. Observamos que essa evidência foi assimilada pelo ACS na experiência com a prática cotidiana, mas que também pode ser encontrada na literatura.

Conforme observamos no discurso, as demandas que chegam ao ACS não se restringem às ações básicas de saúde, nem sequer ao campo da saúde. O ACS é visto pelo seu vizinho como alguém que pode auxiliá-lo, pois está inserido em um serviço público, o que facilita a comunicação e a apresentação de suas demandas naquele momento, demandas estas que podem ou não estar relacionadas a ações de saúde básica, mas que são, na maioria das vezes, ações sociais básicas.

Ideia Central 9 – Linguagem, aceitação e brincadeiras como estratégias de abordagens.

DSC 9 – Se eu souber como abordar, pode ser que eu consiga alguma coisa, pois vai surgindo novas oportunidades. Você vai de acordo com o que ele é. Cada adolescente tem o seu gosto, seja lá por música ou qualquer coisa, por time de futebol, eu vou nesse ponto, você não pode querer uma atitude muito rígida de um adolescente, você tem que saber se adequar ao meio que ele vive. Você tem que entrar no mundo deles e quando você estiver no mundo deles, você tem que passar o que você sabe. Eles não gostam de chegar e imprensar eles não. A gente se mostrar que está bem à vontade com eles, não ignorar assim sabe? Certos costumes deles, repreender a forma deles, o jeito deles, o estilo deles, roupas né? aí você vai bater de frente. A gente vai chegando devagarzinho. Trabalho muito para despertar a curiosidade. Acontece da gente fazer uma abordagem, tem que chegar brincando, tem que conquistar, tem que ter um jeitinho, ser mais dinâmica, tudo é um degrau após o outro, já deixo a pessoa bem a vontade, eu já entro na intimidade mesmo e vou fundo. Eu começo pelo dentista. Vou entrando no assunto em outro, dou meu testemunho, até que dá mais ou menos certo. Eles têm muito a questão da vergonha. Eles começam a falar a questão do dentista, tento achar uma brecha, vou tentando conversar. A melhor maneira de conseguir as coisas é brincar com coisa séria. A gente tem que falar muito a questão da linguagem. Com um vocabulário deles mesmos para poder ver se a gente conversa. Eu não uso a linguagem como se eles tivessem fazendo algo de errado, eu trato como uma coisa normal. Se você chegar, ficar falando em doença, eles não vão nem lhe ouvir, a gente começa a conversar, achar graça naquilo ali, mas colhendo as coisas. Eu gosto de conversar aí já ajuda, quando vejo, estou bem amiga deles, bem enturmada. Para eles falarem deles para a gente é difícil. Quando você começa a conquistar a confiança deles, eles já começam a falar. Eu sempre uso a estratégia de chegar já como uma amiga e não como uma profissional de saúde, porque quando você chega como profissional, eles ficam até meio com receio. Finjo que estou precisando de alguma coisa, eles se sentem uma pessoa capaz, aí entro no assunto deles.

No discurso coletivo, os ACS expressam como abordam os adolescentes na prática do cotidiano. Observamos o entendimento que esses trabalhadores possuem em relação à importância de uma abordagem assertiva para favorecer o envolvimento do adolescente no diálogo.

Para Morosini (2010), a comunicação não é trabalho fácil, sem conflitos. O receptor, seja ele um indivíduo ou uma comunidade, não é passivo; isto significa que ele constrói sentidos diversos para a informação recebida, muitas vezes, sem perceber. Cada um, transmissor ou receptor, é ativo neste processo e realiza um árduo trabalho de compreensão, de tradução do conhecimento, para que ele possa ser comunicado. Este trabalho, na maior parte das vezes inconsciente, acontece com base nas crenças, nas concepções, enfim, na forma de ver e compreender o mundo das pessoas que dele participam. Isto é, ele se dá sem que se perceba, sem que se tenha consciência dele, mas reflete a nossa percepção do mundo.

A aceitação da maneira de ser do adolescente está presente no discurso como um dos fatores a ser considerado em uma abordagem eficaz. Os agentes de saúde destacam a necessidade de conhecer o adolescente, o comportamento, os costumes, os gostos, o estilo, para poderem agir de acordo com as características e peculiaridades de cada um. Observamos que, para chegar a esse nível de apreensão, é necessário ter o conhecimento da dinâmica familiar e de cada adolescente da área adscrita. Assim, o ACS é o trabalhador ideal, uma vez que, em muitos casos, ele acompanha o crescimento e o desenvolvimento de perto dessa população.

Outro destaque importante está relacionado ao agente de saúde não realizar práticas de forma rígida, repreensivas ou até mesmo invasivas ao trabalhar com adolescentes, porque referem que eles não gostam de ser pressionados. Por meio da experiência com o ACS, puderam compreender que tais atitudes, além de não funcionarem, podem gerar o distanciamento do adolescente tanto do seu ACS como do serviço de saúde.

A utilização de brincadeiras também faz parte do rol de estratégias empregadas pelo ACS, na abordagem ao adolescente, conforme observamos no discurso. As brincadeiras realizadas pelo agente de saúde na prática propiciam um

clima descontraído, leve e dinâmico, além de facilitar o envolvimento e a confiança do adolescente. Tal abertura pode favorecer ao trabalhador o aprofundamento em questões de intimidade e necessidades do adolescente e, assim, fornecer uma orientação de qualidade.

A linguagem é outra estratégia empreendida pelo agente de saúde de acordo com o discurso. Observamos que o cuidado com o uso da linguagem adequada pelo ACS, junto à população adolescente, favorece o desenvolvimento do diálogo. Também é pertinente considerar nessa questão a não utilização de palavras de condenação relativas às atitudes do adolescente. Além disso, por meio da experiência prática desse trabalhador, não é estimulado o uso de orientações sobre doenças e outros assuntos em que os adolescentes não estão interessados, sem uma prévia abordagem de interação.

No discurso, também observamos que a agente de saúde trabalha na tentativa de despertar a curiosidade do adolescente, utiliza as demandas do adolescente por dentista para abordar outros assuntos, bem como procura se apresentar ao adolescente como amiga para não bloquear a adesão dessa população aos cuidados de saúde.

Ideia Central 10 – Trabalhar com adolescentes enseja satisfação pela possibilidade de poder ajudá-los.

DSC 10 – Satisfação de estar ajudando, de dizer que pelo meu trabalho eu estou conhecendo um pouco mais. A gente se sente mais jovem. Eles são alegres. Eu sempre gostei de criança e adolescente, gosto mais de criança e adolescente do que de adulto. Não tenho nada contra de trabalhar com eles não. Eles são umas crianças. A gente vai aprendendo no dia-a-dia. Só que é um grupo que precisa de mais acompanhamento. O que eu gosto é a maneira que eles me perguntam as coisas, eu responder e eles ficarem satisfeitos com a orientação que eu dei. Eu acho isso bom neles porque eles ouvem a gente. Eu amo (trabalhar com adolescente) é porque eu amo trabalhar com o povo. A grande maioria gosta muito de estudar. Eles sonham muito com o futuro bom né? terminar o segundo grau, procurar fazer um cursinho, o vestibular, se formar. Eu me identifico muito (trabalhar com adolescentes) pelo menos as meninas da minha área, eu gosto. Eu gosto muito de adolescente rebelde, nada que você diz, é igual ao que ele acha. Com alguns sim (gosta), tem uns que são muito invocados, gostam muito de machucar. Eu acho bom e acho difícil.

No DSC, encontramos o relato da satisfação sentida pelo ACS, ao desenvolver ações junto ao adolescente, em relação à possibilidade de poder ajudá-lo. Observamos que, mesmo esses trabalhadores reconhecendo as dificuldades a

serem enfrentadas na prática com adolescentes, e somado a isso, compreendendos como sendo um grupo que precisa de mais acompanhamento, percebemos a abertura e o esforço por parte do ACS na realização desse trabalho.

A atenção básica à saúde pode se constituir como um campo privilegiado para a efetivação de práticas cuidadoras da saúde do adolescente. As possibilidades de se ter um território adscrito com uma população definida, de conhecer o contexto em que vive, adoece e morre tal população, são características fundamentais para a elaboração de ações de promoção e prevenção da saúde (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Outro fator que merece destaque no discurso é a satisfação que a agente de saúde sente no contato com o adolescente e suas características, como, por exemplo, a jovialidade e a alegria. Entendemos que os ACS são contagiados pelas qualidades dos adolescentes quando estão em contato.

No discurso, os agentes de saúde também referem que sempre gostaram de crianças e adolescentes. Assim, compreendemos a importância de o trabalhador não ter um sentimento prévio de rejeição no que concerne à população adolescente, pois, muitas vezes, podem ser influenciados por preconceitos, e isso pode acarretar bloqueios no desenvolvimento de ações voltadas para esse grupo.

No discurso dos agentes de saúde, apreendemos a satisfação deles por sentirem-se úteis na vida de alguém. Esses trabalhadores referem ter satisfação quando são procurados pelos adolescentes para esclarecimento de dúvidas, quando são ouvidos por esse grupo e quando conseguem ajudar com as orientações que realizam. Com isso, podemos observar que os ACS se acham valorizados ao perceberem que a sua prática é importante na vida do adolescente.

O interesse do adolescente pela escola também enseja satisfação ao agente de saúde. Por meio desse discurso, compreendemos que a visão do ACS extrapola o setor saúde. Compreendemos que a área educacional tanto influencia como é influenciada pela área da saúde.

Ideia Central 11 – Falta de motivação do agente comunitário de saúde no trabalho com Adolescentes.

DSC 11 – É muito complicado. Eu gosto mais de trabalhar com a pessoa idosa, é mais fácil... idoso é igual a criança. O mais difícil de trabalhar é o adolescente. Com alguns sim (gosta), tem uns que são muito invocados, gostam muito de machucar. Eu nunca pensei (gostar de trabalhar com adolescentes), eu acho que seria bom. Eu gosto mais de trabalhar com criança, com criança pequena porque para onde você mandar ela vai né? O adolescente é meio difícil, você tem que ter um joguinho de cintura para poder ele fazer uma coisa que você quer.

Outro discurso também apresentado pelos agentes de saúde é sobre a falta de motivação no desenvolvimento de uma prática com os adolescentes. Nesse discurso, encontramos uma visão negativa em relação a esse grupo.

Para Horta, Madeira e Armond (2009), o desafio em trabalhar com adolescentes está associado, muitas vezes, às demandas apresentadas por eles aos profissionais de saúde, e esses, por estarem carregados de preconceitos, consideram as ações dos adolescentes como desvios de conduta e marginalidade e não os tratam como sujeitos de mudanças.

Os agentes de saúde referem-se no discurso, à falta de interesse pessoal em trabalhar com pessoas na fase da adolescência. Mostram a preferência em trabalhar com outros grupos como idosos e crianças, que são mais dóceis às práticas propostas.

Os ACS apresentam no discurso a visão de que o adolescente é uma pessoa difícil, e que eles não seguem tão facilmente as orientações propostas por esse trabalhador. Essa realidade revela-nos que o agente de saúde entende a necessidade de um investimento maior em relação ao adolescente e, por isso mesmo, já considera esse fato como obstáculo e não como desafio. Somado a isso, observamos os conceitos previamente formados pelo agente de saúde sobre o adolescente com uma carga de negativismo, tabu, rejeição, que podem promover um bloqueio no desenvolvimento de uma prática orientada para essa fase da vida.

Ideia Central 12 – Só com capacitação é possível prestar um trabalho de qualidade junto ao adolescente.

DSC 12 – Na vida você nunca é capacitado para tudo, você sempre precisa de reciclagem, porque o mundo não pára, o adolescente está sempre ligado em tudo. A gente precisa está sempre se modernizando, sempre está inovando. Seja qual for o assunto, sempre é importante está reciclando né? o conhecimento. Eu acho que a gente precisa de mais capacitação para ajudar mais, tirar mais ainda as dúvidas... Falta ainda tanta coisa, é Deus que me ilumina na hora. Era muito importante (capacitação), uma ajuda, nem tudo que eles perguntam a gente tem aquele entendimento de responder. Não me sinto preparada para trabalhar com adolescente. Para adolescente em si, a gente não tem muito uma coisa orientada, a gente tem que ir no que a gente possa ter de experiência, um entendimento melhor de como se aproximar, como conversar, se a gente tivesse algum tipo de treinamento, alguma orientação, poderia ser mais fácil. O Ministério da Saúde deveria lançar um programa para melhorar essa questão do Agente de Saúde trabalhar com adolescente que é muito difícil. Para você chegar neles, para ganhar a confiança deles e a atenção deles tem que ter muito jogo de cintura, ser muito preparado. Uma idade que se você conseguir a confiança deles você vai longe, eles contam as coisas, mas também se não conseguir, acabou. Uma reciclagemzinha ao menos uma vez por ano de todos os assuntos incluindo a parte de adolescentes, a gente fica meio perdido com eles. Para fazer o trabalho do Agente de Saúde, eu me sinto capacitada, para a parte burocrática toda, eu me sinto capacitada. Eu me sinto capacitada assim, no básico mesmo, mas quando eu me deparo com alguma situação difícil eu me sinto totalmente despreparada. Precisa, principalmente, na abordagem, no caso de drogas. Teve de gravidez na adolescência, de doenças sexualmente transmissíveis. A gente passa por várias capacitações, é DST, é idoso, é gestante, até a questão mental, capacitação mesmo para se lidar com adolescente tem não. Era muito importante você ser capacitada para lidar com eles.

No DSC, apreendemos que os agentes de saúde não se sentem preparados para desenvolver ações básicas de saúde, inerentes ao exercício da própria função, junto à população adolescente.

De acordo com Morosini, Corbo e Guimarães (2007), apesar de o ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral, a sua formação profissional se caracteriza pela precariedade e diversidade, uma vez que, para essa função, desde o PACS, o Ministério da Saúde estabelecia como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringia-se em geral à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro, supervisor, no caso do PACS, ou pela equipe da ESF, operando-se de forma distinta nos diversos municípios que adotaram a Estratégia Saúde da Família.

No DSC, os agentes de saúde não mencionam a formação continuada em serviço. Isso pode ser reflexo da falta de valorização desses trabalhadores em relação ao conhecimento assimilado no cotidiano por meio da equipe de saúde como também da lacuna por parte dos profissionais quanto ao investimento no aprimoramento do ACS.

Para Morosini, Corbo e Guimarães (2007), entretanto, a capacitação em serviço, muitas vezes, também usada como estratégia para a baixa escolarização desses trabalhadores, sugere a valorização da dimensão experimental dessa qualificação, justificada na necessidade de se aproximar a escola do serviço. Quando reduzida, porém a essa dimensão, e sem a mediação das instituições cuja missão principal é o ensino, esse tipo de capacitação pode implicar a redução do conhecimento à realização de atividades e extinguir o espaço da escola em favor do serviço.

No discurso, está presente a vontade que os ACS sentem de acompanhar a evolução do conhecimento e ter acesso às inovações. Nesse ponto, eles fazem uma associação com a quantidade de informações a que o adolescente tem acesso pelos diversos meios disponíveis, o que desperta ainda mais o interesse desses trabalhadores até para poderem ter um manejo mais adequado na prática cotidiana.

Para Bornstein *et al.* (2009), amplia-se a necessidade de incorporar práticas pedagógicas dialógicas, que abordem não só a doença, mas também os determinantes dos problemas, por parte de todos os profissionais que trabalham na proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). É preciso reconhecer, no entanto, que, de todos os profissionais, o ACS é o que se encontra mais próximo das pessoas da comunidade e dos seus modos de viver. Ele é o que se chama de “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde. Seu trabalho tem uma função mediadora.

Encontramos no discurso a noção de que o agente de saúde tem interesse em participar de capacitações para retirar possíveis dúvidas. Conforme fica nítido nesse DSC, essas dificuldades ficam mais evidentes na prática como ACS, uma vez que eles são abordados pelos adolescentes, mas nem sempre se acham aptos, como trabalhadores, a corresponderem às necessidades desse grupo.

Um aspecto relevante no discurso é sobre o relato que os agentes de saúde fazem em relação à falta de capacitação para trabalhar com adolescentes. Observamos que esses trabalhadores utilizam a experiência aprendida na prática como ACS para desempenhar suas funções. Percebemos, porém, que as capacitações sobre outros grupos e assuntos são mencionados como idosos, gestante, DST, saúde mental, e isso reflete uma possível priorização de investimento, na formação complementar do trabalhador, em outras áreas do conhecimento.

Os ACS sugerem no discurso que o Ministério da Saúde deveria investir mais no trabalho desses agentes com os adolescentes. Poderia ser lançado um programa de formação em saúde do adolescente para agente comunitário. Observamos também o interesse por capacitações anuais que incluíssem os assuntos pertinentes à adolescência, não ficando restrita apenas à visão biomédica.

Conforme Morosini, Corbo e Guimarães (2007), a formação técnica dos ACS por si só não é garantia de que não se incorra numa formação instrumentalizadora, agora, com o *status* tecnificado. Para evitar isso, é necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de práticas sociais que se articulam, baseadas nas ciências, constituindo uma formação que, além de técnica, precisa ser ética e política – no sentido de se aproximar da formação humana.

Corroborando tais ideias, Vasconcelos (2004) acentua que os cursos de formação na academia e nas secretarias de saúde pouco priorizam a discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos agentes envolvidos nos problemas de saúde, de forma a se constituir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias. Com efeito, se assiste, na maioria dos serviços, à reprodução de ações educativas deveras normatizadoras e centradas apenas na proposição de hábitos individuais considerados saudáveis. Esta forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento, com os serviços, do processo de transformação social mediante o diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde.

É importante ressaltar o despreparo que o agente de saúde sente, no exercício de sua função, quando está em de situações extremas e difíceis, como está citado no discurso, a abordagem a usuários de drogas. Muitas vezes, esse trabalhador percebe os défices em sua formação já no contato com os adolescentes, no entanto, essas situações delicadas servem para tornar evidente a necessidade de capacitação dos agentes comunitários para trabalhar com o adolescente, como também a necessidade de um trabalho integrado na equipe para dar suporte a estas demandas.

TEMÁTICA 3 – SITUAÇÕES DE SAÚDE E EDUCAÇÃO IMPORTANTES NA COMPOSIÇÃO DE UM MATERIAL PARA ORIENTAR AS AÇÕES DO ACS NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE.

Essa temática apresenta as sugestões dos Agentes Comunitários de Saúde em relação às técnicas e instrumentos a serem utilizados na realização da formação deles na prática de cuidados ao adolescente. Representa, portanto, informações que subsidiarão o produto da pesquisa, uma vez que está embasado nos discursos dos ACS e ao mesmo tempo traduz as reais necessidades dessa categoria estudada.

Ideia Central 1 – Capacitação dinâmica, elaboração de material teórico e álbum ilustrado como valiosas ferramentas no aprimoramento do trabalho do ACS com adolescentes.

DSC 1 – Eu acho que o adolescente aqui, é muito pouco trabalhado em todos os sentidos, na área de saúde, porque não tem formação nenhuma. As mães não falam, a parte espiritual deixa muito a desejar, é a primeira de todas. Teria que ter uma capacitação. A gente vai perguntando, vai dizendo o que passou no fórum passado e tirando dúvida, ou contando alguma coisa que passou, como era para eu ter agido naquela situação, eu acharia melhor assim. Os assuntos que afligem a humanidade toda. Essa parte da mudança do comportamento para a gente entender um pouco. Os assuntos são também aqueles que eles já perguntam a gente. Capacitar mais em relação à prática da prevenção, a educação sexual, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, sobre o acompanhamento do adolescente, orientações para a saúde deles, alguma coisa da escola, o anticoncepcional, o preservativo, evitar bebidas e uso de drogas, a gravidez na adolescência, as mães solteiras, essa parte do início da sexualidade, o abandono do colégio, a desestrutura familiar, a ociosidade, o desemprego, a prostituição. Tudo isso aí é difícil para a gente. Capacitar sobre a cultura do adolescente, o linguajar, a maneira que eles se comportam. Ter alguma coisa assim de Psicologia, Piaget, Vygotsky, a gente deveria estudar um pouco da psicologia do adolescente para poder compreender, saber como falar com eles, principalmente, na primeira abordagem que é sempre mais difícil. Sobre lazer, trabalho, cursos, eles gostam dessas coisas. Um assunto bom que eles pudessem se interessar, coisa do momento. Os

adolescentes vivem do momento. Era bom ter algo escrito também. Bem explicativo e que englobasse tudo, ou seja, a educação familiar. É bom ter um material que qualquer dúvida você vai ler. Eles costumam fazer sempre aqueles folhetos orientando de um tudo, orientando prevenir contra a AIDS, HIV, só que referidos diretamente aos adolescentes não tem. Um papel que a gente pudesse entregar para eles, um conjunto de orientações. Vai até despertar a adolescência. Um assunto que eles são muito interessados, é sobre sexo. Eu sei que já são orientados. Ficam assistindo porcaria, nem aprende nada, só faz tudo errado. Era bom tipo um álbum. Uma coisa sou eu falar para eles, e outra coisa é mostrar. Eu ter tipo uma fotografia de uma pessoa com a sífilis, com gonorréia, com essas doenças... Falta um material de demonstração que eles vejam, que eles sintam que podem ter aquilo. A gente na visita mesmo, conversando, mostrava para eles.

O DSC apresentado revela-nos várias dimensões sobre a capacitação dos ACS para trabalhar com adolescentes. Está evidente a escolha por uma capacitação com metodologia problematizadora e dinâmica, na qual o ACS pudesse expor suas vivências e interagir para a elaboração do conhecimento.

De acordo com Morosini (2010), de uma maneira geral, o discurso predominante concebe que o ACS deve atuar nos processos de atenção e educação em saúde, principalmente como um mediador entre a instituição saúde, seus referenciais científicos, seus instrumentos e técnicas, de um lado, e a população, seu conhecimento cotidiano e seus valores, de outro. A formação profissional dos agentes de saúde, porém se caracteriza pela precariedade e diversidade, uma vez que, para a função de ACS, desde o PACS e durante muitos anos, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringiu-se, em geral, à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor, principalmente no caso do PACS, ou pela equipe da ESF, operando-se de forma distinta nos diversos municípios que adotaram a referida estratégia.

Ainda conforme Morosini (2010) é importante destacar o esvaziamento da qualificação profissional dos agentes comunitários de saúde, em contraposição à centralidade do seu papel na Estratégia Saúde da Família. Diz respeito, assim, tanto às condições de contratação do trabalho (salário, vínculo, seleção) quanto aos processos de formação para o exercício da função/profissão de ACS. Trata-se do campo do valor social e técnico atribuído a esse trabalhador e ao trabalho que ele realiza, tangenciado pela compreensão do que seja trabalho em saúde e educação em saúde.

Em relação aos temas abordados nessa capacitação sugerida, o discurso acima demonstra uma ampla visão do ACS, uma vez que esse trabalhador consegue expor a importância de aprofundamento em temas diversos, não ficando restrito apenas à área biomédica. Isso pode ser explicado pelo fato de o agente de saúde entrar em contato com questões familiares, muitas vezes, complexas, de cunho íntimo e que perpassam todos os âmbitos da vida humana.

Vasconcelos (2004) ressalta que uma atitude reflexiva e crítica diante da sociedade, a compaixão com o sofrimento humano, a sensibilidade com a sutileza das manifestações das dinâmicas subjetivas e o engajamento com os movimentos sociais não podem ser ensinados maciçamente por meio das disciplinas teóricas, mas se podem criar situações pedagógicas, orientadas pela experiência acumulada da educação popular, em que são problematizadas as vivências e indignações dos trabalhadores em sua relação com a realidade, compartilhadas iniciativas de enfrentamento e busca de soluções e valorizada a curiosidade na busca de entendimento das raízes das questões sociais mais importantes.

Ressaltamos a presença, no discurso, de temas relacionados à cultura e a psicologia do adolescente como conteúdos para a capacitação do ACS. Esses temas são fundamentais para proporcionar a compreensão sobre a adolescência, a forma de abordagem e, assim, melhorar a qualidade da prática do ACS com o adolescente.

Outros temas mais comuns foram relacionados, como drogas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, prostituição, dentre outros. São assuntos que fazem parte de maneira real no cotidiano de trabalho como ACS e que, quando instalados, acarretam desestruturação e sofrimento para as famílias envolvidas.

Em adição, fica evidente no discurso a ideia de que os agentes de saúde apontam a temática sobre sexo como sendo o assunto de principal interesse para os adolescentes. Essa afirmação pode estar baseada na vivência como agente comunitária junto ao adolescente.

O Ministério da Saúde (2007) esclarece que as alterações hormonais da puberdade (período da vida em que há uma aceleração no desenvolvimento do corpo e dos órgãos sexuais) intensificam as sensações sexuais do ser humano. O adolescente tem muita curiosidade em relação a tudo o que diz respeito a sexo e busca em seu corpo sentir essas sensações. O aumento do interesse por assuntos sexuais e a manipulação do próprio corpo em busca de sensações prazerosas são manifestações normais na adolescência. Esse comportamento deve ser explicado à família, deixando-se claro que não traz nenhum prejuízo à saúde física ou mental.

Também resta claro o interesse do ACS por algum material escrito, tanto para a revisão deles como algo que pudesse ser entregue ao adolescente e que tivesse orientações significativas para a fase da adolescência.

Outra sugestão é a necessidade de um material de demonstração, um álbum, ilustrado com fotografias. Com esse material de trabalho, o agente de saúde manifesta o interesse em apresentá-lo aos adolescentes durante as visitas familiares.

Por meio do DSC apresentado, apreendemos o interesse deles pela realização de capacitação para os ACS. Além disso, ficou evidenciada a necessidade da produção de um material impresso. No que tange ao trabalho cotidiano, os ACS destacaram a confecção de *folders* com orientações voltadas para a saúde do adolescente e também de um álbum para demonstração. Esses últimos materiais seriam utilizados durante as visitas domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto dessa investigação, ou seja, a visão dos agentes comunitários de saúde sobre os adolescentes e as práticas dirigidas a esse grupo por esses trabalhadores, suscitou desde o início, a complexidade que perpassa seu âmbito do pensar e fazer, inseridos em um contexto social e da saúde. Sabemos que as relações que permeiam o trabalho são dinâmicas e estão em constante movimento de construção a depender das especificidades do objeto, dos instrumentos, da motivação, da produção e da necessidade em saúde, além do contexto social e histórico no qual os trabalhadores se encontra.

Compreender a visão sobre os adolescentes e as práticas dirigidas a esse grupo pelos ACS exigiu conhecermos melhor os sujeitos da pesquisa e adentrar a realidade vivenciada por esses agentes comunitários como trabalhadores de saúde e pessoas humanas que possuem singularidades.

A visão acerca do adolescente, bem como a prática do ACS voltada para a população adolescente, foram os principais fundamentos utilizados a fim de compreendermos parte do objeto da pesquisa. Pensamos também sobre a prática em saúde não como atitude de sujeito único, mas de um grupo social com objetivos comuns expressos no DSC.

Ao partirmos para o cenário de investigação com o intuito de aprofundá-la no mundo das práticas dos ACS, outros elementos foram emergindo dos dados empíricos. Assim, entre idas e vindas ao material empírico e teórico, tentamos, neste estudo, contribuir para que mudanças possam se concretizar nos modos de compreender e cuidar dos sujeitos – alvo do estudo.

Entre os sujeitos da pesquisa, houve presença exclusiva de mulheres. Dos sujeitos participantes do estudo, 25 ACS concluíram o ensino médio. Quase a totalidade, 27 ACS, apresentou melhores graus de escolaridade do que o ensino fundamental que era exigido para a ocupação do cargo. Dos participantes do estudo, 13 agentes de saúde afirmaram ter realizado curso profissionalizante. A maior parte

dos cursos realizados pelos ACS, 11 sujeitos, vincula-se à área da saúde. Dos 28 sujeitos do estudo, 19 ACS trabalham no bairro em que residem e nove ACS não trabalham no bairro onde são moradores. Em relação ao tempo de trabalho como ACS, 21 possuem entre um e dez anos nessa atividade. O tempo de trabalho é um valioso dado para subsidiar a compreensão do desenvolvimento da prática como ACS. Com relação ao tempo de ACS na equipe atual, 23 ACS estão entre um e dez anos exercendo as atividades na mesma equipe de saúde da família. Quanto à motivação inicial em ser ACS, nove sujeitos afirmaram ter encontrado a possibilidade de trabalhar em contato com as pessoas, um dado que superou as demais referências.

A análise dos discursos permitiu a percepção da óptica dos ACS sobre o adolescente, bem como a prática dirigida a esse grupo no cotidiano de trabalho desses agentes de saúde na Estratégia Saúde da Família.

No que concerne a visão dos agentes comunitários sobre o adolescente, apreendemos, nos discursos, que a ideia de que esses trabalhadores não possuem uma visão ampliada e o nível de conhecimento que manifestam mostra-se como se fosse apreendido por via da experiência cotidiana no exercício da função. Além disso, está presente em alguns trechos de discurso uma noção equivocada sobre essa fase da vida humana baseada no senso comum, a exemplo: concepção da fase da adolescência como difícil, de rebeldia, irresponsabilidade, enfim, aspectos negativos, que remontam a uma visão de marginalidade.

Os ACS conceituam a adolescência como uma fase de transformação, de formação da personalidade em que estão abertos a novas descobertas. Encontramos base na literatura pesquisada, no entanto, os agentes de saúde apontam também a adolescência como uma fase difícil, de insegurança, incerteza, de diversão e sonhos, e essa referência negativa não está respaldada pelo campo teórico como padrão. Nem todos os adolescentes vivenciam essa fase, apresentando dificuldades. Em adição, encontramos a demarcação da fase da adolescência como de transição. Na literatura, a adolescência é vista como uma quadra que possui características próprias, e que pode ser influenciada por fatores sociais e culturais.

Ao analisarmos os discursos, compreendemos que os agentes de saúde referem a adolescência como uma fase fortemente marcada pelos conflitos entre pais e filhos adolescentes. Essa concepção está alicerçada na literatura, pois o adolescente vivencia um afastamento das antigas figuras de referências (pais). Além disso, percebemos que a desestruturação familiar, verificada de maneira acentuada na Modernidade, bem como a situação de degradação humana quanto aos valores morais e éticos no mundo contribuem para potencializar o desequilíbrio nessa relação/interação familiar.

Quanto ao entendimento que os agentes de saúde manifestam sobre a identificação do adolescente com os grupos de pares, podemos encontrar embasamento teórico para essa afirmação. O que nos chama, porém, a atenção é o fato de esses trabalhadores atribuírem uma forte carga negativa em relação à formação de grupos nessa fase da vida. A literatura nos mostra que um relacionamento positivo no grupo de pares pode contribuir de maneira benéfica para a formação do adolescente.

No que se refere aos aspectos comportamentais do adolescente, os agentes comunitários apresentam no discurso, um olhar sobre essa fase marcado pela falta de compromisso na formação da própria vida e em relação ao meio que os cerca. Essa concepção pode estar sendo influenciada pelas dificuldades encontradas na prática com o adolescente, uma vez que os agentes comunitários complementam o discurso referindo que o adolescente é sem controle. Entendemos, contudo, que nessa fase devemos dar continuidade à formação humana, contribuindo para a conquista da cidadania e a autonomia do sujeito.

Quanto à investigação sobre as práticas dos agentes de saúde junto à população adolescente, encontramos, nos resultados do estudo, que o ACS reconhece sua função como sendo, principalmente, de cunho domiciliar. Esses trabalhadores utilizam a visita domiciliar como estratégia de encontro com os adolescentes da área adscrita, bem como no investimento de relação de confiança com esses adolescentes. É por intermédio da visita que os agentes comunitários conhecem a realidade dos indivíduos assistidos, aproximando-se das condições e estilos de vida, como também podem reconhecer os problemas e as necessidades de saúde.

Compreendemos que os ACS referem à realização da prática educativa como a principal atividade direcionada à população adolescente. Notamos que essa abordagem se aproxima da concepção ampliada de saúde, uma vez que os agentes comunitários fundamentam a prática no diálogo, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas, antes de partir para a divulgação de orientações. Por outro lado, verificamos também a intensiva presença da visão biomédica, contudo, os ACS não ficam restritos a esse olhar, pois englobam no escopo de trabalho a abordagem sobre a violência, a escola, o emprego e o cuidado com os grupos de pares, mas sem aprofundamento, sem provocar responsabilização dos adolescentes com a prevenção e a promoção da saúde. Mesmo diante das possibilidades dessa prática educativa com adolescentes, os agentes de saúde reconhecem as próprias limitações para desenvolver tal função e, ao mesmo tempo, entendem a necessidade de maior engajamento dos outros integrantes da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

Percebemos a prática do ACS variando entre esses dois polos, ora atuando de acordo com uma visão ampliada de saúde, ora agindo com embasamento na concepção de saúde-doença. Mesmo diante das possibilidades da prática educativa com adolescentes, os agentes de saúde reconhecem as próprias limitações para desenvolver tal função. Ao mesmo tempo, entendem a necessidade de maior engajamento dos outros integrantes da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

A prática dos ACS também é reforçada pelas atitudes dos pais dos adolescentes, porquanto que esses pais buscam o agente comunitário como apoio e mediador na interação familiar. Somado a isso, o próprio ACS procura informações sobre a vida do adolescente na família. É nítido no estudo, o fato de que a ação do ACS extrapola o âmbito individual a fim de embasar e direcionar a prática desses trabalhadores de acordo com o nível de instrução que alcançaram.

Outra prática realizada pelo ACS junto ao adolescente é o encaminhamento para a equipe de saúde. O ACS encaminha mais para o enfermeiro e ressalta que o comparecimento à unidade ocorre mais pelas adolescentes femininas. Além disso, os adolescentes de ambos os sexos apresentam um interesse maior pelo atendimento odontológico, no entanto, a

resistência dos adolescentes em relação ao comparecimento à ESF fica evidente ante interesse desse grupo em ter solucionadas as suas necessidades no do contato com o ACS.

As dificuldades encontradas para o desenvolvimento da prática de ACS com o adolescente mostra-nos a amplitude de entraves no cotidiano da ESF como o difícil acesso aos adolescentes, a falta de interesse do adolescente pelo serviço, a falta de preparo do ACS para essa abordagem.

Observamos que os ACS apontam a forma de abordagem como um facilitador da prática de cuidado ao adolescente, porque influencia na elaboração de uma relação de confiança, afeto e respeito, tanto para promover o acesso a essa faixa etária como também em relação à escuta e aceitação, por esses adolescentes, das orientações realizadas. Esses trabalhadores valorizam o encontro e as condições de interação.

Em relação ao trabalho com grupos, percebemos a dificuldade do ACS e de toda a equipe de saúde na formação e manutenção de grupo com adolescentes. Na busca de opções para suprir a lacuna existente em relação ao trabalho educativo para esse público, os ACS apontam como prática a realização de palestras nas escolas.

Os agentes de saúde referem aproximação na prática junto aos adolescentes em situações de risco como a prostituição, a gravidez na adolescência e as drogas. As necessidades dos adolescentes reconhecidas pelos ACS estão relacionadas à escola e à família. Em relação às demandas dos adolescentes, os agentes de saúde afirmam que as solicitações deles abrangem o dentista, as vacinas, o planejamento familiar, a prevenção do câncer, sexualidade. Esses trabalhadores também relatam que os adolescentes não apresentam muitas doenças como demandas. Observamos que os agentes de saúde têm uma visão ampliada das necessidades e demandas dos adolescentes, baseadas na prática do cotidiano. Embora com marcação biomédica, conseguem extrapolar, na fundamentação do trabalho diário, essa visão, para incluir como objeto de atenção diversas áreas inerentes à vida humana.

Notamos também o entendimento que os ACS possuem em relação à importância de uma abordagem assertiva para favorecer o envolvimento do adolescente no diálogo. Esses trabalhadores utilizam estratégias como a adequação da linguagem, a aceitação do adolescente e as brincadeiras e, além disso, procuram evitar atitudes repressivas, rígidas e invasivas.

Observamos que alguns ACS se mostram satisfeitos em trabalhar com adolescentes pela à possibilidade de poder ajudá-los, como também pelo contato com as características positivas dos adolescentes; no entanto, a falta de motivação de alguns agentes comunitários é percebida por meio da visão negativa que os revelaram sobre a adolescência, tachando esses adolescentes como pessoas difíceis e pouco dóceis às práticas propostas.

Com este estudo, apreendemos também que os ACS não se sentem preparados para desenvolver ações básicas de saúde, inerentes ao exercício da própria função, junto à população adolescente.

Os ACS sugerem como produtos desta pesquisa a realização de uma capacitação com metodologia problematizadora, bem como a elaboração de um material teórico para consulta e um álbum ilustrado para demonstração como valiosas ferramentas no aprimoramento do trabalho do ACS com adolescentes. Em relação aos assuntos pertinentes a essa capacitação, os ACS conseguem visualizar a importância da capacitação em temas diversos, abrangendo a adolescência como um todo. Esses temas são fundamentais para melhorar a qualidade da prática do ACS com o adolescente.

Os recursos utilizados pelos agentes comunitários fundamentam uma prática voltada às diretrizes da ESF no trabalho comunitário, pois assumem procurar conhecer a realidade de vida desses adolescentes no contato com a família, com as pessoas na rua e com os próprios adolescentes. Tendo esta atitude, os agentes comunitários qualificam parte de suas atividades com um público diferenciado, pois nem sempre o adolescente é lembrado nas ações de cuidados à saúde.

O ACS é o trabalhador que possui maior conhecimento das situações de vida dos adolescentes, desempenha suas funções de maneira mais ajustada com a realidade vivenciada na comunidade onde atuam, bem como constituê-se como

referência em cuidado e saúde mediante a relação de confiança e vínculo com adolescentes e familiares. A relação de confiança entre adolescentes e ACS aponta para um importante caminho a ser investido na prática do cotidiano, uma vez que facilita o cuidado a esse grupo e, além disso, favorece a adesão destes quanto às orientações recebidas pelos agentes de saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A Visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-171.

ABRAHÃO, L. A. Notas sobre o Planejamento em Saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p.163-193.

ABRAMOVAY, M. **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília: UNESCO/Rede Pitágoras, 2005.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p.117-21, jan./fev. 2008.

ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Rev. Enfermagem**, v.11, p.153 -158, 2003.

ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; VASCONCELLOS, M. P. C. Jovens, gênero e sexualidade: relações em questão para o campo da Saúde Pública. In: ADORNO, R.C.F.; ALVARENGA, A.T.; VASCONCELLOS, M.P.C. (org.). **Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos**. São Paulo: FAPESP, EDUSP; 2005. p. 15-29

ALONSO, I. K. O cuidado da enfermagem na saúde da família-sob o olhar da antropologia da saúde. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.1, p. 60-65, 2003.

AMADO, C. R.; LEAL, M. M. Anticoncepção de emergência na adolescência. **Rev Pediatría Moderna**, v.37, p. 7-9, Maio. 2001.

AMARANTE, A. G. M; SOARES, C. B. Políticas públicas de saúde voltadas à adolescência e à juventude no Brasil. In: BORGES, A. L. V.; FUJIMORI, E. (org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. São Paulo: Manole, 2009, p.42 - 60.

BECKER, D. I. **O que é adolescência**. 13. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros Passos)

BÓGUS, C. M. A Educação Popular em Saúde como possibilidade para o incremento do Controle Social no setor saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 346-354, 2007.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, Educação em saúde e o conceito de cultura. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259- 268, 2008.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O Trabalho dos Agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho Educação Saúde**, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008. fev. 2009.

BORNSTEIN, V.J. et al. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 487-497, out. / dez. 2009.

BOURGET, M. M. M. (Org.) **Programa Saúde da Família para planejamento local**. São Paulo: Martinari, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. N.º 196, de outubro de 1996. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei N.º 11.350 de 05 de Outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de Fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 13 maio de 2011.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2007; **Malha municipal digital do Brasil**: situação em 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: M.S, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: MS, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A saúde de adolescentes e jovens**: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde. Brasília: MS, 2007, 168 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente**. Brasília: MS, 2006e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: MS, nov. 2005. (Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma os Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009l.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: MS, 2009j.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: MS, 2006i, 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**: um pacto tripartite. Brasília: MS. 2002d. (Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006g.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores. Brasília, 2008.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: relatos de experiências: Novas tecnologias assistenciais/ Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Brasília: MS, 2002c. (Projeto REFORSUS)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília: MS, 2003.

_____. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: M.S, 2001b.

BRENNER, A. K.; DAYRELL, J.; CARRANO, P. Juventude brasileira: culturas do lazer e do tempo livre. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília: MS, 2008. p. 29-44.

CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Comparação da vulnerabilidade de estudantes da escola pública e particular em relação ao HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, p. 369-379, 2006.

CAMPOS, M. R. M.; MATTA, G. C. A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, V.G.C.; CORBO, A.D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 107-150.

CASTRO, A. M.; NETO, O. L. M. Promoção da saúde na atenção básica. In: Revista Brasileira Saúde da Família. **Mais saúde da família para mais brasileiros**. Brasília: MS, ano 9, n. 17, jan. / mar. 2008.

CEARÁ. Secretaria do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil básico Municipal Iguatu-CE**. Fortaleza, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p.975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl.1, p. 531-42, 2009.

COLE, M.; COLE. S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4 ed., Porto Alegre: Artmed. 2003.

CORBO, A. L. M.; MOROSINI, M.V.G.C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

ELSEN, I.; ALTHOFF, C. R.; MANFRINI, G. C. Saúde da família: desafios teóricos. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 89-97, jul. / dez. 2001.

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A Família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 233-239, set. 2000.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A.D. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2491-2495, nov, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário de Língua Portuguesa Aurélio Buarque de Holanda**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FONSECA, D.C.; OZELLA, S. As concepções de adolescências construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 411-24, abr. / jun. 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 19. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GEISLER, A. R. R. Agente comunitário de saúde: mais um ator na nova política de atendimento à infância e juventude? In: MOROSINI, M. V. G. C.; REIS, J. R. F. (org.). **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.153-175.

HORTA, N. de C.; MADEIRA, A. M. F.; ARMOND, L. C. Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: BORGES, A.L.V., FUJIMORI, E. (Org.) **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. São Paulo: Manole, 2009. p.119-141.

IVO, J. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, n.2, p.155-165, mar. / ago. 2001.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio / ago. 2006.

LACERDA, M. R.; GIACOMAZZI, C. M. A Prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.645-653, out. / dez. 2006.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12 , n.3, p. 307-313, set./ dez. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**. O que é. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm>. Acesso em: 13 maio 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 2005. 256p.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação, Ciências e Saúde**, v. 18, n. 2, p.147-155, 2007.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

MARTINES, W. R. VEIGA; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.3, p. 426-433, 2007.

MENDES, E. V. (Org.). Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Uma agenda para a saúde. **Saúde em Debate**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999, p.233 –300.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p.113-150.

MERHY, E.E. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação positiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

MICHAELIS: **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998, 2259 p.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O Agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação e saúde na prática do agente comunitário. In: MACEDO, M. C.; STAUFFER, A. B. (org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 13-34.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, 202p.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. et al. (org.). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. **Saúde em debate**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 48-65.

NICOLETTO, S. C. S. Pólos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2008. p. 1-14.

RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C. R. M. Viver e adolescer com qualidade. In: RAMOS, F. R. S. (org.). **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn; 2001. p.11-83.

REBOUSSIN, B. A. et al. A latent class analysis of underage problem drinking: evidence from a community sample of 16-20 year olds. **Drug Alcohol Depend.**, v. 83, n. 3, p: 199-209, 2006.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. **Saúde bucal no programa saúde da família**: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2009.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S. H. (org.). **Adolescência e psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Rio de Janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.16-24.

SANTROCK. J. W. **Adolescência**. São Paulo: LTC, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção. In: SCHRAIBER, L.B. et al. (org.). **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. *Saúde em Debate*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SOUZA, A. I. J; SILVA, L. C.; NITSCHKE, R. G. Atuação na saúde do adolescente com enfoque na família. In: BORGES, A. L. V., FUJIMORI, E. (Org.) **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. São Paulo: Manole, 2009. p. 168 -188.

SPOSITO, M. P; CARRANO, P. C. R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, set. / out. / nov. / dez. 2003.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Educação popular em saúde. In: MACEDO, M. C.; STAUFFER, A. B. (org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. p. 35-70.

SUCUPIRA, A.C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **Revista Sanare, Sobral**, ano IV, n. 1, p. 11-14, jan. / fev. / mar. 2003.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. **Revista Sanare**, Sobral, Ano IV, n. 1, p. 07-10, jan. / fev. / mar. 2003.

VALADÃO, M. M. A saúde nas políticas públicas: juventude em pauta. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Org). **Políticas Públicas**: juventude em pauta. São Paulo. Cortez: 2003. p. 193 - 208.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.67- 83, 2004

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Caracterização do ACS:

Idade:_____ Escolaridade:_____

Curso Profissionalizante:_____

Há quanto tempo é morador do bairro?_____

Trabalha no bairro em que mora? Sim () Não ()

Ocupação antes de ser ACS:_____

Tempo de ACS:_____

Tempo de ACS na equipe atual:_____

Motivação para ser ACS:_____

2. Perguntas norteadoras

- 1) Como você vê o Adolescente?
- 2) Fale sobre a sua prática de agente comunitário de saúde com o adolescente?
 - Prática do ACS com adolescentes;
 - Dificuldades;
 - Facilitadores;
 - Trabalho com adolescente na equipe;
 - Situações de aproximação das necessidades e demandas dos adolescentes;
 - Modo de interagir com o adolescente e abordá-lo;
 - Satisfação na prática com adolescentes;
 - Capacitação para trabalhar com adolescente;
- 3) Que assuntos e situações de saúde e educação são importantes destacar no material para orientar as ações de cuidado do ACS ao adolescente?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **O trabalho do agente comunitário de saúde na atenção ao adolescente no âmbito da estratégia saúde da família**, vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA). Essa pesquisa tem como objetivos descrever as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Adolescência; Analisar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na atenção ao Adolescente a partir das recomendações da Estratégia Saúde da Família e construir um manual educativo voltado para o trabalho do ACS na assistência à Saúde do Adolescente a partir dos resultados da pesquisa. Será utilizada a entrevista semi-estruturada.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre o tema acima proposto que poderá ser gravado se (a) Sr. (a) concordar. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participarem. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrande Delane Uchôa Amorim. Tel: (88) 99244225, residente na Rua Guilherme de Oliveira, n. 890, Bairro Centro, Iguatu-CE e com a orientadora da pesquisa Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz. Tel: (85) 88001178 ou 87915676.

O Comitê de Ética da UECE encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (85)3101.9890 – Endereço Av. Paranjana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza-CE.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
Tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Iguatu-CE, _____ de _____ de _____.

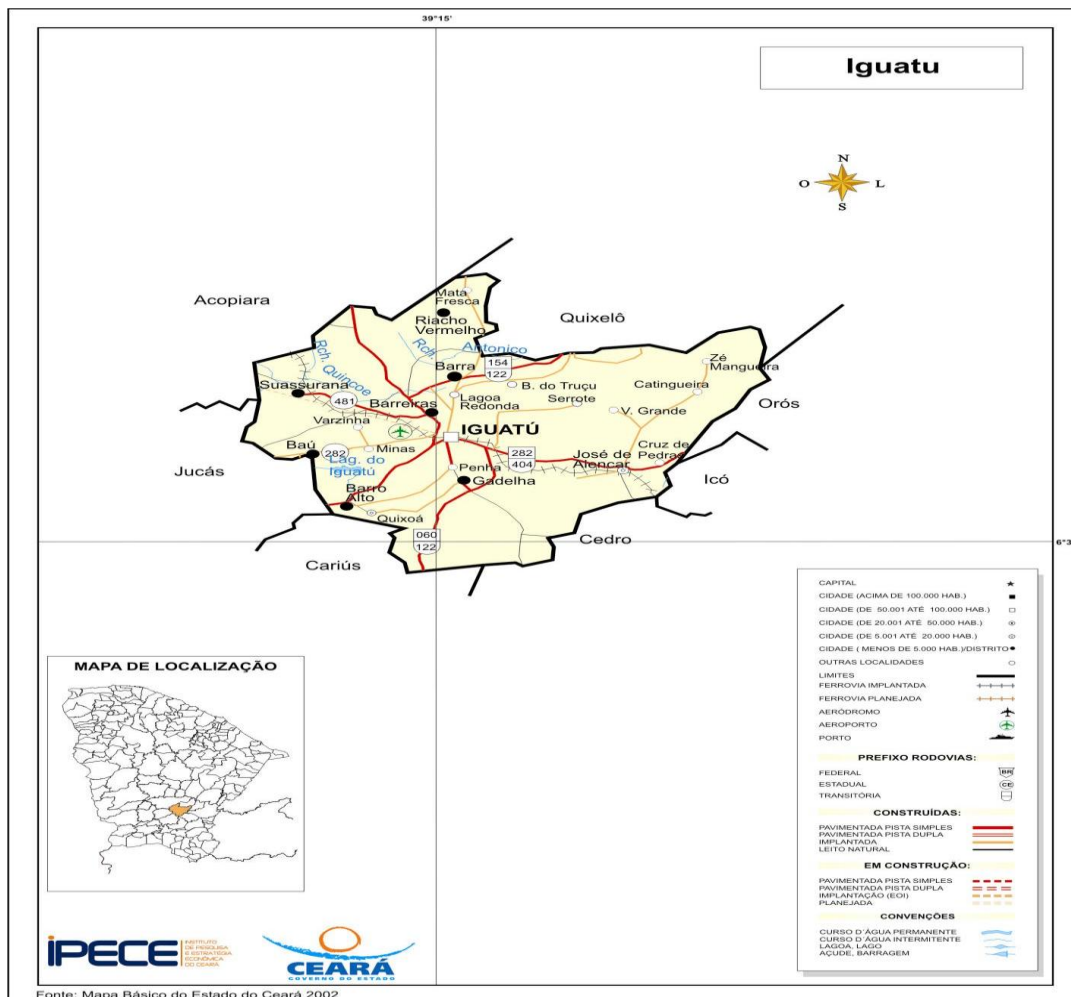
Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A

LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE IGUATU-CE



ANEXO B



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 27 de junho de 2011.

IDENTIFICAÇÃO

Título: O Trabalho do agente comunitário de saúde na atenção ao adolescente no âmbito da Estratégia Saúde da Família

Folha de rosto: **FR – 429043**

Processo N.º: 11043948-1

Pesquisador responsável: Delane Uchôa Amorim

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Veraci de Oliveira Queiroz

Área temática: Saúde do trabalho

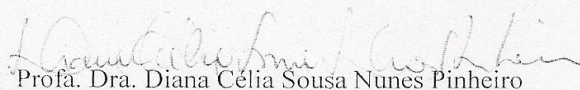
RESUMO

O projeto de pesquisa está vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da UECE. Ele tem por objetivos “descrever as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre a adolescência”, analisar o trabalho desses agentes de saúde de acordo com as recomendações da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à elaboração de um Manual educativo sobre esse trabalho. A pesquisa será realizada com 28 agentes comunitários de saúde vinculados às Unidades de Saúde da Família e à Estratégia Saúde da Família, no município de Iguatu (CE). Os critérios de inclusão são: 1) mínimo 12 meses de trabalho no setor; 2) indicação do Coordenador da ESF considerando o envolvimento do agente na comunidade; e 3) número de dois agentes por ESF na zona urbana do município. A metodologia consta de entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas com o consentimento do sujeito. Essas entrevistas transcritas serão analisadas segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre. O projeto não menciona o currículo da professora orientadora, mas o mesmo foi encontrado na plataforma lattes. A pesquisadora cita ofício com autorização do Secretário de Saúde de Iguatu, mas o que existe no processo é o termo de compromisso da Secretária Adjunta de Saúde de Iguatu (CE) na Folha de Rosto. O cronograma de trabalho está definido para ser realizado em 16 meses, tendo começado em agosto de 2010, e a previsão das entrevistas para julho de 2011. O orçamento apresentado é de R\$540,00 (quinhentos e quarenta reais, estando estabelecido que a total responsabilidade, com as despesas, é da pesquisadora. O projeto apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as normas vigentes na Resolução N.º196, do Conselho Nacional de Saúde.

PARECER

O projeto está de acordo com a formação profissional da pesquisadora. O tema é relevante porque está direcionado para a assistência social aos adolescentes. As demais determinações éticas da UECE e a Resolução N.º196 do Conselho Nacional de Saúde são cumpridas, portanto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

OBS: Deverá ser enviado ao CEP um relatório ao final do projeto.


Prof.ª Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro

Coordenadora do CEP/UECE

