



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Uchôa Amorim, Delane; Veraci Oliveira Queiroz, Maria; Gonçalves Maia Brasil, Eysler;
Gonçalves Maia, Eyslane

Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com
adolescentes

Saúde em Debate, vol. 38, núm. 101, abril-junio, 2014, pp. 254-266

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341753007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes

Perceptions and practices of community health agents about their work with teenagers

Delane Uchôa Amorim¹, Maria Veraci Oliveira Queiroz², Eysler Gonçalves Maia Brasil³, Eyslane Gonçalves Maia⁴

¹Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza (CE), Brasil. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Iguatu (CE), Brasil.
delaneamorim@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFCE) - Fortaleza (CE), Brasil. Professora da Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza (CE), Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidados à Saúde da Criança e do Adolescente, Enfermagem da UECE - Fortaleza (CE), Brasil.
veracioq@hotmail.com

³Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza (CE), Brasil.
eyslerbrasil@ig.com.br

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE), Brasil. Enfermeira assistencial do Hospital Geral Waldemar de Alcântara - Fortaleza (CE), Brasil.
eyslanemaia@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se descrever as percepções e as práticas de Agentes Comunitários de Saúde em seu trabalho junto a adolescentes. Trata-se de pesquisa qualitativa com o emprego de entrevista semiestruturada com 28 agentes da zona urbana de Iguatu-CE, em julho de 2011. Análise de dados conforme proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. Os agentes pesquisados definiram características da adolescência baseadas em conhecimentos e no senso comum. A atuação do agente ocorre durante as visitas domiciliares, por meio de escuta e encaminhamentos à unidade de saúde. A prática desses trabalhadores se pauta no encontro e na confiança, revelando a existência de importante caminho a ser investido na atenção primária aos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Agente comunitário de saúde; Adolescente; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT: *The objective of this study was to describe the perceptions and practices of Community Health Agents about their work with teenagers. This is qualitative research with the use of semi-structured interview with 28 agents working at the city of Iguatu urban area, Brazil, and carried out in July 2011. Data analysis followed the method predicted by the Discourse of Collective Subject. The agents involved in the research defined adolescence characteristics based on knowledge and common sense. Agent's action occurs during home visits, through listening and referrals to the Health Unit. These workers' practice is grounded on meetings and on trust, revealing the existence of a path-breaking approach towards adolescents' primary health.*

KEYWORDS: *Community health workers; Adolescent; Primary health care.*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar efetivo acesso ao sistema de saúde e 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, que motivou 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 (FAUSTO; MATTIA, 2007).

No nível da ABS, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) está inserido. Segundo Bornstein *et al.* (2009), o ACS se constitui em força de trabalho expressiva, com mais de 200 mil profissionais atuando no País. No contexto da comunidade em que vivem e atuam os ACS, deve-se considerar o âmbito das práticas e dos modelos assistenciais e educativos em saúde, bem como os significados materiais e simbólicos desse trabalho, na perspectiva destes, dos demais profissionais de saúde da rede pública, dos movimentos sociais e das comunidades assistidas.

Em relação à atuação do ACS junto à população adolescente, o Ministério da Saúde ressalta que esse trabalhador deve identificar os adolescentes de sua microárea de abrangência e planejar atividades, visando orientá-los quanto ao esquema vacinal, à sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis — DST/HIV/Aids, anticoncepção, gravidez, uso de álcool e outras drogas, à importância da educação, à violência e acidentes, aos riscos no trânsito, à atividade física e saúde, aos hábitos saudáveis e à saúde bucal (BRASIL, 2009A).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Nessa fase, ocorrem modificações físicas, psicológicas

e sociais, surgem desejos, descobertas de afinidades e reflexões sobre planos para a vida futura. Os adolescentes também podem apresentar tendências à formação de grupos (HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

O paradigma biomédico acentua o sentido de adolescência na perspectiva desenvolvimentista, considerando etapa de transição entre a infância e a idade adulta, entendendo essa mudança como natural e universal, independentemente das condições concretas de existência do sujeito. Assim, a formação e a prática dos profissionais são norteadas pelos parâmetros de tempo e comportamentos esperados, diagnosticando-se processos de mudança, como de adoecimento na adolescência. A concepção de homem e de mundo deve considerar que a natureza humana é construída, histórica e socialmente, nas condições concretas de existência (FONSECA; OZELLA, 2010).

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, apropriam-se dinâmicas e saberes locais e aqueles exteriorizados pela equipe de saúde da família. Contudo, no cotidiano da prática, os ACS assumem atividades que extrapolam as ações preconizadas pelas normas do Ministério da Saúde. Assim, evidencia-se a flexibilização das tarefas na tentativa de fornecer respostas positivas às demandas da população. Por conseguinte, há rompimento do enrijecimento da organização do trabalho, que ocorre quando a divisão de tarefas é definida, em que cada trabalhador torna-se responsável por um campo exclusivo de atuação (RODRIGUES; ASSIS, 2009).

Em relação às ações educativas, o Ministério da Saúde as inclui como parte do cotidiano do trabalho do ACS, objetivando contribuir para melhoria da qualidade de vida da população. Tais ações ocorrem por meio do diálogo e da escuta. Podem ter início nas visitas domiciliares e atividades realizadas

em grupos, sendo desenvolvidas em serviços de saúde e espaços sociais existentes na comunidade. É um processo de construção permanente, realizado em linguagem simples, acessível e precisa, além de considerar o conhecimento e a experiência dos participantes para permitir troca de idéias e estimular o autocuidado, fortalecendo a autoestima, a autonomia e os vínculos de solidariedade comunitária (BRASIL, 2009B).

Considera-se importante conhecer a percepção e a atuação desse trabalhador junto ao adolescente, pois, de fato, encontra-se próximo deste no ambiente familiar. Além disso, ante a natureza do trabalho, o incentivo do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, através da implantação da ESF nos municípios, cujos ACS têm papel fundamental, torna-se relevante conhecer como ocorre a relação entre o pensar e o fazer com foco em uma população que tem particularidades e que, recentemente, tem sido alvo de maiores estudos.

Desse modo, entende-se que há lacuna na produção científica sobre os ACS e sua prática com o adolescente, pois a partir do levantamento da literatura, nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se o descritor ‘agente comunitário de saúde’, constatou-se que foram produzidos 161 trabalhos, entre artigos, monografias e teses. Parte dos estudos referia-se ao trabalho do ACS na ESF, à sua formação e perfil. Selecionaram-se para leitura 45 estudos apresentados sob a forma de artigos que abordavam a prática do ACS na ESF. Não se encontrou artigo sobre o trabalho do ACS junto ao adolescente. Assim, firma-se como ponto de interesse contribuir com a pesquisa nesse campo de saber, pois representa produção que pode subsidiar reflexões e possíveis mudanças na atuação do ACS que, juntamente com outros membros da equipe de saúde, podem planejar ações dirigidas a esse grupo populacional.

Para efetivar a pesquisa, utilizou-se como

objetivo: descrever as percepções e as práticas de ACS em seu trabalho junto a adolescentes.

Método

Realizou-se pesquisa descritiva e qualitativa que empregou os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC possibilita a visualização da percepção coletiva à medida que permite captar o discurso que revela o modo como os indivíduos reais e concretos pensam e agem (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A pesquisa foi realizada em Iguatu-CE que tinha 276 ACS cadastrados na ocasião desta pesquisa, distribuídos em 14 ESF na zona urbana e 11 na zona rural. Participaram deste estudo 28 ACS, dois de cada ESF vinculada à zona urbana. Optou-se pelo critério de escolha por intenção, a partir de critérios de inclusão: mínimo de 12 meses de trabalho na equipe de saúde da família e indicação do coordenador da equipe pelo envolvimento do ACS com a comunidade.

Realizou-se a coleta de dados em julho de 2011 por meio de entrevista semiestruturada com perguntas centradas na percepção dos ACS sobre o adolescente e sua atuação com essa população. As entrevistas foram gravadas mediante a permissão dos sujeitos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, o material foi transscrito na íntegra pelos pesquisadores e submetidos à análise pelo método DSC.

Para análise dos discursos, empregaram-se as seguintes figuras metodológicas: Idéia Central (IC), Expressões-chave (ECH) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As ECH são constituídas por transcrições literais de partes dos discursos, permitem o resgate da essência do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. As IC representam o nome ou expressão linguística que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH. O 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, na condição de portador de um discurso-síntese dos componentes do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Na análise dos dados, apreenderam-se duas temáticas, cinco idéias centrais e cinco DSC. A primeira temática aborda a percepção dos ACS sobre os adolescentes, a partir da qual se extraiu como idéia central a caracterização da adolescência como uma fase difícil, de descoberta e transformação. Da segunda temática, que contempla a prática do agente comunitário de saúde na atenção ao adolescente, emergiram quatro idéias centrais. A primeira revelou a visita domiciliar como estratégia de encontro e de relação de confiança com os adolescentes. Na segunda, encontra-se a orientação realizada pelo ACS ao adolescente, voltada aos problemas comuns nessa fase. A terceira focou o papel de mediador do ACS ao favorecer os encaminhamentos para a equipe de saúde da família. Por fim, a quarta idéia central apresentou as estratégias de abordagens utilizadas por esse trabalhador junto à população adolescente.

Respeitaram-se a autonomia e o anonimato dos participantes, dentre outros aspectos éticos de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisas com seres humanos. Obteve-se a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme processo Nº 11043948-1.

Resultados e discussão

A partir dos dados apreendidos na entrevista, caracterizaram-se 28 agentes comunitários de saúde participantes do estudo e, em seguida, a análise das questões do estudo pautadas no método do DSC.

Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

Os sujeitos participantes do estudo eram do sexo feminino. 15 ACS possuíam entre 20 e 40 anos e 13, encontram-se na faixa entre 41 e 60 anos de idade (*tabela 1*).

Quanto à escolaridade, 25 concluíram o ensino médio, um o ensino fundamental e dois estavam cursando o ensino superior. Observou-se que a quase totalidade dos ACS apresentou níveis de escolaridade considerados bons para a ocupação do cargo exercido (*tabela 2*).

Com relação ao tempo de residência na área de atuação, 12 moravam na área entre 21 e 40 anos, cinco entre 11 e 20 anos e dois, entre um e dez anos. Dos participantes do estudo, nove não residiam em sua área de atuação (*tabela 3*).

Tabela 1. Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde, Iguatu-CE, 2011

Faixa etária	Nº de trabalhadores	%
20 - 30 anos	7	18,42
31 - 40 anos	8	21,05
41 - 50 anos	10	26,31
51 - 60 anos	03	34,22
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2. Escolaridade dos trabalhadores ACS, Iguatu-CE, 2011

Escolaridade	Nº de trabalhadores	%
Ensino fundamental completo	1	3,57
Ensino médio completo	25	89,28
Ensino superior incompleto	2	7,14
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3. Tempo em que os ACS residem na área, Iguatu-CE, 2011

Tempo que residem na área	Nº de trabalhadores	%
01 - 10 anos	2	7,15
11 - 20 anos	5	17,86
21 - 30 anos	6	21,42
31 - 40 anos	6	21,42
Não residem na área	9	32,15
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

Ser morador da área é primordial para manter a proximidade com os valores e hábitos da comunidade, como também para favorecer a disponibilidade do trabalhador junto às famílias assistidas. Em se tratando do tempo como ACS na equipe atual, 21 exerciam a atividade na mesma ESF entre um e dez anos, um, entre 11 e 15 anos e quatro, entre 16 e 20 anos. Dois ACS atuavam há mais de 21 anos na mesma equipe de saúde (*tabela 4*).

Temática 1: Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre os adolescentes

As percepções representaram as ideias, abstrações concebidas em experiências individuais e coletivas, constituindo, portanto, o imaginário social sobre o adolescente. Nesta acepção, os sentidos sobre adolescentes,

extraídos das expressões-chave, encontram-se no DSC a seguir.

IC1-DSC1: Adolescência como fase difícil, de descoberta e transformação

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 procurando 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.

O discurso expressa a percepção dos trabalhadores de saúde pesquisados sobre

Tabela 4. Tempo de ACS, Iguatu-CE, 2011

Tempo de ACS	Nº de trabalhadores	%
01 - 05 anos	11	39,28
06 - 10 anos	10	35,72
11 - 15 anos	1	3,58
16 - 20 anos	4	14,28
21 - 25 anos	2	7,14
Total	28	100,00

Fonte: Elaboração própria

adolescentes advindos de conhecimento científico, pois trechos apresentam essa elaboração, bem como ideias concebidas do senso comum. Observa-se entendimento que ressalta a fase de transformação, formação da personalidade – conceitos encontrados na literatura. Ao mesmo tempo, adjetivam a adolescência como fase difícil, de insegurança e incerteza, apresentando discurso negativo desse período da vida. Isso pode ser explicado devido às experiências do cotidiano do trabalho de ACS com essa população, como também em virtude de experiência familiar.

É preciso reconhecer o adolescente sob uma perspectiva ampla, que inclua não apenas as transformações biológicas e psicológicas, como também o contexto socioeconômico, cultural e histórico no qual o adolescente está inserido. Etimologicamente, a palavra adolescência, que vem do latim *ad* e significa ‘mais olescere’, tem o sentido de crescer, em suma, crescer para. O conceito de adolescência atualmente conhecido surgiu no início do século XX. Nessa fase, o adolescente deve adquirir autonomia e, consequentemente, visão própria do mundo (BECKER, 1997).

A adolescência não é um período natural do desenvolvimento e nem de transição entre a fase de criança e a vida adulta. A fase da adolescência é um momento significado e interpretado pelo homem. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são

aspectos que foram marcados pela sociedade. Outras características podem acontecer nessa época da vida no indivíduo e não sinalizadas (OZELLA, 2002).

No discurso coletivo, percebe-se desconhecimento em relação à caracterização da adolescência no ciclo de vida humano, uma vez que a adolescência é caracterizada como a segunda fase de ser criança, entendida também como fase em que adolescentes não se configuram como crianças nem como adultos. Apreende-se, portanto sinais de dúvida e do conceito de adolescência no tocante à demarcação desse período da vida.

No discurso do sujeito coletivo, encontra-se a caracterização da fase da adolescência como período de sonhos e diversão. Nesse sentido, houve percepção real e contraditória da condição de cuidar de si e do investimento no projeto de vida. Ademais, a não valorização, por esses trabalhadores, do sonho e do lazer são aspectos negativos para a compreensão do adolescente.

A liberdade de escolha é elemento preponderante e se constitui, na fase da adolescência, em campo potencial de construção de identidades, descoberta de potencialidades humanas e exercício de inserção efetiva nas relações sociais. Logo, o lazer pode ser espaço de aprendizagem das relações sociais em contexto de liberdade de experimentação (BRENNER; DAYRELL; CARRANO, 2008).

Por meio do DSC, apreende-se que a visão dos ACS sobre os adolescentes é influenciada tanto pelas dificuldades encontradas na prática cotidiana com a população como pela formação técnica. Percebe-se conotação negativa por parte dos trabalhadores em relação ao adolescente, o que pode influenciar na prática do ACS. Contudo, esses trabalhadores se referiram às transformações que ocorrem nesse período para formação da personalidade, não se restringindo, portanto, a uma visão biomédica que ressalta as mudanças corporais.

Temática 2: Prática dos Agentes Comunitários de Saúde na atenção ao adolescente

Essa temática apresenta os discursos relativos à atuação do Agente Comunitário de Saúde, com ênfase na atenção ao adolescente, na Estratégia Saúde da Família. A seguir estão apresentadas as quatro idéias centrais e os respectivos DSC que emergiram a partir das expressões-chave.

IC2-DSC2: A visita domiciliar como estratégia de encontro e de relação de confiança com os adolescentes

O adolescente fica um pouquinho de lado [...] Eu deveria saber o número de adolescente que eu tenho. Não é fácil trabalhar com adolescente. A gente sempre trabalha muito parecido [...] 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 [...]. A cumplicidade é muito boa, não adianta você ser só uma agente de saúde, você tem que ser amiga [...]. Nossa trabalho é de casa em casa. Através das visitas, a gente vai descobrindo caso a caso, têm 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 [...] Na comunidade, eles me chamam, às vezes, na rua, ou então eu entro na casa deles, eles vão a minha casa, à noite [...]. 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.

O discurso revela a dificuldade na prática cotidiana em desenvolver trabalho voltado para o adolescente. O trabalho direcionado a esse grupo ultrapassa esforços empregados a outros grupos existentes na ESF. Percebe-se, também, 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 da qualidade da atenção. No entanto, a atitude de priorização dos grupos para esse acompanhamento é influenciada pelas metas planejadas e pelo direcionamento dos gestores.

A formação predominante dos ACS tem sua qualificação classificada no nível básico da educação profissional. Embora abranja extensa gama de conhecimento e competências na área da saúde, possui enfoque diretamente voltado para a prática de prevenção e promoção da saúde, instrumentalizada para 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 (MOROSINI, 2010).

Nas ações, incluem-se as de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos com o adolescente. São variados os fatores implicados na carência de atuação direta e efetiva com adolescentes e, provavelmente, a capacitação desses agentes de saúde e a escassez de planejamento dos gestores podem ser causas da limitação do trabalho com essa população, não somente pelo ACS, como também por outros membros da equipe de saúde.

A partir do DSC, infere-se a valorização da relação de confiança entre o ACS e o adolescente, uma vez que os trabalhadores mencionam a necessidade de vínculos de confiança, cumplicidade e amizade com o intuito de proporcionar abertura com a comunidade e favorecer o desenvolvimento da prática do ACS. O cuidado dado ao adolescente ou a qualquer usuário que utiliza os serviços fornecidos pela unidade de saúde deve ser acolhedor, de modo que os usuários se sintam livres para expressar suas necessidades de saúde em todas as dimensões (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Para isso, os agentes de saúde manifestam atitudes positivas de interação, como linguagem acessível, comportamento aberto, receptivo, esclarecimento de dúvidas. Esses comportamentos podem ter sido adquiridos e exercitados no cotidiano do ACS ante as situações inerentes à vida do adolescente.

O ACS entrava em contato com o adolescente nas visitas domiciliares, também era procurado por esse grupo na rua e até mesmo fora do horário de trabalho, quando os adolescentes buscavam esses trabalhadores em suas residências. Nesse contexto, evidencia-se a relevância do agente de saúde na atenção ao adolescente, pois detém abertura maior do que outros profissionais de saúde junto a esse grupo.

A visita domiciliar é a atividade mais importante do ACS. A sensibilidade em compreender o momento e a maneira adequada de realizar a visita e estabelecer relação de confiança são habilidades a serem valorizadas, pois a partir dessa prática, poderá haver construção de vínculo necessário ao

desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação (BRASIL, 2009b).

No discurso do sujeito coletivo, o ACS reconhece seu trabalho como domiciliar. Durante as visitas, o ACS tem contato com as situações de vida de cada adolescente de sua área e registra casos que requerem mais atenção do agente de saúde, bem como de encaminhamento para a ESF. Identificam-se elementos pertinentes à sistematização da visita domiciliar pelo ACS, na medida em que foram capazes de realizar a triagem, o registro, a abordagem e o encaminhamento, mesmo tratando-se de grupo não priorizado nas práticas cotidianas.

IC3-DSC3: O ACS trabalha com a família. Na atenção ao adolescente, o ACS orienta sobre os problemas comuns da adolescência

Procurar tirar as dúvidas deles, quando eles me procuram sobre as vacinas, anticoncepcionais, preservativos, prevenção das DST. Converso sobre a escola, se tem namorada, se está dando muito trabalho à 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, gravidez na adolescência, 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 vir 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 sexualativa, 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 caminhada, o anticoncepcional escondido até para evitar[...]. Tem adolescentes, meninas de 11, 12, 13 anos que a gente já vai começando a trabalhar lá nessa fase[...]. Mostro o que está acontecendo na adolescência. Oriento a questão de vir ao posto para passar com o médico, enfermeiro, a dentista, oriento 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[...]. 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.

A orientação junto aos adolescentes é a atividade principal dos ACS investigados e, para realizá-la, entendem que é preciso conhecer a realidade das famílias, as situações inerentes a cada núcleo familiar.

Por meio do discurso, os adolescentes procuram os agentes de saúde para obter informações sobre os serviços oferecidos na ESF, bem como para esclarecerem dúvidas relacionadas à prevenção de doenças e aos métodos anticoncepcionais. Essa busca do adolescente pelo ACS favorece a importante oportunidade para estreitar o vínculo entre ambos e desenvolver uma ‘prática educativa’ direcionada aos problemas. Não parte de reflexões que geram ação e autonomia, mas tem significado pela aproximação e relação de confiança, o que poderá provocar mudanças individuais e coletivas com seus pares.

Os recursos utilizados pelos ACS, contidos no discurso, fundamentam uma prática voltada às diretrizes da ESF no trabalho comunitário, pois procuram conhecer a realidade de vida desses adolescentes no contato

com a família, com as pessoas na rua e os próprios adolescentes. Diante dessa 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.

As formas como os ACS abordam os sujeitos pode ser expressa a partir de concepções educativas, em uma 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 divulgação de orientações. É fundamento do trabalho educativo e refere-se à concepção de saúde do profissional (BORNSTEIN ET AL., 2009).

As orientações realizadas pelos agentes de saúde versam sobre variados assuntos, sob a visão biomédica. Os trabalhadores realizam orientações sobre a prevenção da saúde dos adolescentes, preocupam-se em instruir sobre a violência, a escola, o emprego e o cuidado com os grupos de pares, embora sem aprofundamento, sem provocar responsabilização do mesmo com a prevenção e a promoção da saúde. Isso era esperado em virtude de circunstâncias que vão desde a formação e as condições de trabalho, a carência de ações mais cooperativas e integradas com outros setores e com os próprios trabalhadores da Atenção Básica. Enfim, essa demanda é, muitas vezes, relegada em detrimento de outras.

Em uma perspectiva cujo foco central é o da biomedicina, o poder explicativo dos processos biológicos acaba por se sobrepor, na abordagem educativa, aos determinantes sociais. Os ACS, assim como os demais profissionais de saúde, tendem a desenvolver ações a partir da concepção de saúde-doença restrita. Trata-se de abordagem limitada, que visa a modificar o comportamento ou as condutas da população e está baseada na crença de que o profissional é o detentor do saber a ser transmitido (BORNSTEIN ET AL., 2009).

No discurso, os ACS informam que no exercício de atividades, quando buscam o

adolescente para conversar e orientar sobre questões de saúde, priorizam situações de risco, como uso de drogas, gravidez na adolescência, prevenção das DST, planejamento familiar, dentre outros. A preocupação consiste em reverter ou minimizar o quadro de desequilíbrio que possam estar afetando a vida do adolescente.

A despeito das possibilidades da prática educativa com adolescentes, os agentes de saúde reconhecem as limitações para desenvolver tal função, da mesma forma que entendem a necessidade da realização de trabalho integrado com outros membros da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

Nessa perspectiva dos ACS sobre a importância de desenvolver trabalho integrado e de qualidade com outros profissionais para corresponder às demandas dos adolescentes, Heilbornet *et al.* (2006) enfatizam a necessidade de ampliar o foco desde as políticas públicas direcionadas à juventude, abordando temas como juventude, sexualidade e reprodução, a partir de uma ótica pluridisciplinar que amplia a compreensão dos processos de aprendizado da sexualidade, das formas de interação afetivas e sexuais entre os parceiros, das prescrições dos papéis de gênero e, por fim, do desenrolar das trajetórias juvenis, em face dos eventos relativos à saúde, reprodução, sexualidade e exposição às doenças sexualmente transmissíveis.

IC4-DSC4: O Agente Comunitário de Saúde favorecendo encaminhamentos para a equipe de saúde da família

A gente encaminhava para o PSF também sobre o cartão do adolescente. Reforço 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, encaminha imediatamente. Eles conversam com a gente, eles preferem que a gente explique porque até eles conseguem 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, mas 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. Têm muitas coisas que não estão ao alcance da gente, aí a gente pede ajuda para a equipe da saúde.

Nesse discurso coletivo, os ACS mencionam como uma das práticas cotidianas o encaminhamento para a unidade de saúde tanto das questões relacionadas à carteira do adolescente como das necessidades apresentadas pelo mesmo. O ACS encaminha para o enfermeiro e ressalta que o comparecimento à unidade ocorre mais pelas adolescentes. Além disso, os adolescentes de ambos os性os apresentam interesse maior pelo atendimento odontológico.

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

Apesar de os problemas quanto à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e mulheres jovens sobressaírem nos registros, Heilbornet *et al.* (2006) ressaltam o fato que

as trajetórias afetivo-sexuais e reprodutivas dos adolescentes homens têm características distintas das vividas pelas meninas nessa fase. De modo geral, eles iniciam a vida sexual mais precocemente, têm maior número de parceiras eventuais ou simultâneas, estando, portanto, mais expostos a uma gravidez não planejada que pode ter como desfecho o aborto provocado.

A resistência dos adolescentes quanto ao comparecimento à unidade básica de saúde evidencia-se diante do interesse desse grupo em ter solucionadas as suas necessidades através do contato com o ACS. Esse trabalhador de saúde, por ser morador da comunidade em que atua e possuir características socioculturais semelhantes às famílias adscritas à área de trabalho, é eleito pelos adolescentes como a pessoa mais próxima para representá-los junto à equipe de saúde.

Nesse sentido, a função do ACS de articulador entre a comunidade e a unidade básica de saúde requer 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 conhecimentos técnicos oriundos do saber científico (CAMPOS; MATTI, 2007).

De seu discurso, apreende-se que o ACS tem noção do limite do exercício de sua função, uma vez que manifesta a necessidade de encaminhar para a equipe de saúde as situações que ultrapassam sua área de competência. O ACS desenvolve práticas por meio de orientações básicas e quando não sente segurança em determinado assunto ou questão de saúde referenciam para o restante da equipe. No entanto, foi nítido o esforço do ACS em orientar o máximo possível, porque nem sempre o adolescente comparece à unidade para o atendimento.

IC5-DSC5: Linguagem, aceitação e brincadeiras como estratégias de abordagens

Se eu souber como abordar, pode ser que eu consiga alguma coisa, pois vão surgindo novas oportunidades. 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 entrar no mundo deles e quando você estiver no mundo deles, você tem que passar o que você sabe. A gente se mostrar que está bem à vontade com eles, não ignorar assim, sabe? Certos costumes deles, repreender o jeito deles, o estilo deles, roupas. Aí você vai bater de frente. Trabalho muito para despertar a curiosidade. Acontece de a 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 à vontade, eu já entro na intimidade mesmo e vou fundo [...]. 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 [...]. 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. Fingo que estou precisando de alguma coisa, eles se sentem uma pessoa capaz, aí entro no assunto deles.

Para os ACS, a comunicação não é tarefa fácil, sem conflitos. Cada um, transmissor ou receptor, é ativo nesse processo e realiza árduo trabalho de compreensão, de tradução do conhecimento, para que ele possa ser comunicado. Esse trabalho, na maior parte das vezes inconsciente, acontece com base

nas crenças, concepções, enfim, na forma de ver e compreender o mundo das pessoas que dele participam. Isso é, acontece sem percepção, inconscientemente, refletindo, assim, a percepção de mundo (MOROSINI, 2010).

A aceitação da maneira de ser do adolescente esteve 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 agir de acordo com as características e peculiaridades de cada um. Para alcançar esse nível de apreensão, é necessário deter o conhecimento acerca da dinâmica familiar e de cada adolescente da área adscrita.

As brincadeiras e o cuidado com a linguagem foram estratégias empreendidas pelo agente de saúde de acordo com o discurso. As brincadeiras realizadas pelo profissional propiciam clima descontraído, leve e dinâmico, além de facilitar o envolvimento e a relação de confiança com o adolescente. Tal abertura pode favorecer ao trabalhador o aprofundamento em questões de intimidade e as necessidades do adolescente e, assim, fornecer orientação de qualidade. A adequação da linguagem pelo ACS junto à população adolescente favorece o desenvolvimento do diálogo. Também é pertinente considerar a não utilização de palavras de condenação em relação às atitudes do adolescente. Além disso, a experiência desse trabalhador mostra que não é estimulado o uso de orientações sobre doenças e outros assuntos que os adolescentes não estão interessados, sem prévia abordagem de interação.

Conclusão

Em relação à percepção dos ACS sobre o adolescente, assimilou-se, por meio dos discursos que os trabalhadores não detêm percepção ampliada sobre tal concepção e que o nível de conhecimento demonstrado parece estar associado, em parte, às experiências cotidianas no exercício da função.

Quanto à investigação sobre as práticas dos agentes de saúde junto à população adolescente, observou-se que as reconhecem, principalmente, como de cunho domiciliar. Referem-se à realização da prática educativa como primordial para o desenvolvimento de atividades direcionadas à população adolescente e defendem como ação integrante da prática do agente comunitário o encaminhamento para a equipe de saúde.

Os ACS defendem a forma de abordagem como facilitadora da prática de cuidado ao adolescente, porque influencia na construção da relação de confiança, afeto e respeito tanto para promover o acesso a essa faixa etária como também em relação à escuta e aceitação pelos adolescentes. Esses trabalhadores valorizam o encontro e as condições de interação.

A prática do ACS varia entre dois polos, ora atuando de acordo com visão ampliada de saúde ora agindo com embasamento na concepção de saúde-doença. Mesmo diante das possibilidades da prática educativa com adolescentes, os ACS reconhecem as limitações para desenvolver tal função, ao mesmo tempo em que entendem a necessidade de engajamento de outros integrantes da equipe de saúde no cuidado ao adolescente.

Os agentes comunitários de saúde trouxeram à tona a necessidade de inctráctica. Sugere-se que os ACS sejam incluídos em processos de educação permanente sobre o cuidado ao adolescente. ■

Referências

- BECKER, D. *O que é adolescência*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros Passos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- BRENNER, A.K.; DAYRELL, J.; CARRANO, P. Juventude brasileira: culturas do lazer e do tempo livre. In: BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (orgs.). *Um olhar sobre o jovem no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 29-44.
- BORNSTEIN, V.J. et al. O Agente Comunitário de Saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 487-497, 2009.
- 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. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 107-150.
- FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.43-67.
- FONSECA, D.C.; OZELLA, S. As Concepções de Adolescentes construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.14, n.33, p. 411-24, 2010.
- HEILBORN, M. L. et al. (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz : Garmond, 2006.
- HORTA, N. C.; MADEIRA, A.M.F.; AARMOND, L.C. Desafios na atenção à saúde do adolescente In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORE, E. (Orgs.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. São Paulo: Manole, 2009. p. 119-141.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- MOROSINI, M. V. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.
- 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.
- 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.
- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.331-40, 2007.

Recebido para publicação em agosto de 2012
 Versão final em abril de 2014
 Conflito de interesse: inexistente
 Suporte financeiro: não houve