**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PUC-SP**

**Débora Cristina Fonseca**

# Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre adolescência

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**SÃO PAULO**

**2008**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PUC-SP**

**Débora Cristina Fonseca**

# Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre adolescência

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. Doutor Sérgio Ozella

**SÃO PAULO**

**2008**

Banca Examinadora

_____

_____

_____

_____

_____

**Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram, das mais variadas formas, para a conclusão deste trabalho. Sem poder nomear todos, torno públicos alguns agradecimentos.

Ao Prof. Dr. Sérgio Ozella, orientador desta tese, pelas contribuições teóricas, dedicação em suas correções e pela paciência na tarefa de orientar.

À Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins, amiga e grande incentivadora do meu trabalho, desde a graduação. Pessoa a quem tenho grande admiração pelo conhecimento partilhado e posicionamento ético.

Ao Prof. Dr. José Ricardo Ayres, à Profa. Dra Mary Jane P. Spink e a Profa. Dra Wanda Maria Junqueira Aguiar, pela leitura atenta, contribuições e sugestões pertinentes muito enriquecedoras deste trabalho.

À minha família, pelo incentivo e apoio à execução deste trabalho, em especial ao meu pai.

À minha mãe, um agradecimento muito especial pelo apoio incondicional, me acompanhando nas viagens a São Paulo e cuidando de meu filho ainda bebê, para que eu pudesse concluir as disciplinas. Sem sua ajuda, seria impossível finalizar esse trabalho.

Ao Eduardo, pelo companheirismo, pela compreensão, apoio e solidariedade durante a elaboração deste trabalho e pelo afeto a mim dedicado, tão importante nesta trajetória.

Ao Arthur, meu filhinho, um grande presente em minha vida, e que veio ao mundo durante a elaboração desta tese.

E ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pelo apoio indispensável à realização deste trabalho

**Resumo**

O objetivo do trabalho foi compreender os sentidos de adolescência construídos pelos profissionais de saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Estado de São Paulo. Buscou-se contextualizar e discutir como a prática com adolescentes tem sido concebida, pensada e desenvolvida no contexto da saúde e na formação dos profissionais médicos e enfermeiros, atores sempre presentes nas equipes de Saúde da Família. Partiu-se da suposição de que as concepções naturalizantes, universais e patológicas sobre adolescência são predominantes, constituindo-se um importante elemento na definição de políticas e práticas de saúde voltadas a essa população e, conseqüentemente, na falta de efetividade das propostas.

Tendo como pressuposto que qualquer concepção ou sentido se produz na relação entre os homens, mediados pelas suas condições objetivas de vida, pelo contexto social, histórico e pelo seu processo de simbolização, o referencial teórico-metodológico adotado foi o da psicologia sócio-histórica, na perspectiva apontada por Vigotski (1995), Bock e Aguiar(2003) e Aguiar e Ozella (2006).

Desta forma, trata-se de pesquisa qualitativa, que se utilizou da entrevista semi-estruturada como instrumento privilegiado. A análise baseou-se em quatro entrevistas realizadas com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), cujo material foi organizado em pré-indicadores, indicadores e núcleos de sentidos.

Como resultados, foram evidenciados sentidos construídos sobre a Estratégia de Saúde da Família na perspectiva da integralidade e do cuidado. Porém, os discursos sobre o cotidiano de trabalho apontaram para uma prática fragmentada, resultante da apropriação do modelo organizativo dos serviços de saúde. Os sentidos construídos pelos profissionais sobre adolescência e o trabalho com eles evidenciaram a concepção predominante, caracterizada como naturalizante, universal e patológica e, ainda, a invisibilidade dos sujeitos adolescentes nesse contexto, ratificando também o seu não-lugar na formação profissional. Por outro lado, esses profissionais reconheceram a necessidade de superação do modelo dominante. Entretanto, apresentaram dificuldades de vislumbrar caminhos de modificação de suas práticas.

Palavras-chave: Adolescência, Profissionais de Saúde, Psicologia Sócio-Histórica, Sentido, Saúde da Família.

Autor: Débora Cristina Fonseca

Título da tese: Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de sentidos sobre adolescência

**Abstract**

The aim of this study was to understand the meanings of adolescence built by health professionals who integrate the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família – ESF) in a city in the interior of São Paulo State. It was an attempt to contextualize and discuss how the practice with adolescents has been conceived, thought and developed in health contexts and in the formation of doctors and nurses. These professionals have always been present in Family Health teams. The hypothesis adopted was that the naturalizing, universal and pathologic conceptions about adolescence are predominant. They represent an important element in the definition of health policies and practices applied to that population and, consequently, in the lack of effectiveness of these proposals.

The theoretical and methodological reference of this study belongs to Social-historical Psychology, in the perspective of Vigotski (1995), Bock & Aguiar (2003) and Aguiar & Ozella (2006). This research was supported on the assumption that any concept or meaning is built in the relationship among men mediated by their objective conditions of life, social and historical realities as well as their symbolization process.

Thus, it is a qualitative research, which used the semi-structured interview as a privileged instrument. The analysis was based on four interviews made with health professionals (doctors and nurses). The material collected was organized in pre-indicators, indicators and meaning cores.

As a result, the meanings built about Family Health Strategy in integrality and care perspectives were emphasized. However, the discourses about the work routine pointed out to a fragmented practice, which arose from an organizational model of health services. The meanings built by the professionals about adolescence and their work with this group highlighted the predominant conception. It was defined as naturalizing, universal and pathological and also included the invisibility of the adolescent subjects in that context, confirming their inexistence in the professional formation. On the other hand, these professionals recognize the need for overcoming the dominant model. Anyway, they have shown difficulties in finding out ways to modify their practices.

**Keywords**: Adolescence, Health Professionals, Family Health, Meaning, Social-historical Psychology

Author: Débora Cristina Fonseca

**Title:** The Family Health Strategy (ESF) professionals and the construction of meanings about adolescence

**Résumé**

L'objectif de ce travail a été celui de comprendre les sens de l'adolescence construits par les professionnels de santé intégrant la Stratégie de Santé de la Famille [Estratégia de Saúde da Família (ESF) en portugais] d'une commune de l'arrière-pays de l'État de São Paulo. On a cherché à contextualiser et discuter comment la pratique avec des adolescents est conçue, pensée et développée dans le contexte de la santé et dans la formation des professionnels médecins et infirmiers, acteurs toujours présents dans les équipes de Santé de la Famille. On est parti de la supposition que les conceptions naturalisantes, universelles et pathologiques sur l'adolescence sont prédominantes, si bien qu'elles se constituent en un important élément dans la définition de politiques et de pratiques de santé dirigées envers cette population et, par conséquent, dans le manque d'effectivité dans les propositions.

À partir du présupposé que n'importe quelle conception ou sens se produit dans la relation entre les hommes, moyennés par leurs conditions objectives de vie, par le contexte social, historique et par le processus de symbolisation, le référentiel théorique-méthodologique adopté a été celui de la psychologie socio-historique, dans la perspective indiquée par Vigotski (1995), Bock et Aguiar (2003) et Aguiar et Ozella (2006).

Ainsi, il s'agit de la recherche qualitative, qui s'est servie de l'entrevue semi-structurée comme instrument privilégié. L'analyse s'est basée sur quatre entrevues réalisées avec des professionnels de santé (médecins et infirmiers), dont le matériel a été organisé en pré-indicateurs, indicateurs et noyaux de sens.

Comme résultats, on a mis en évidence des sens contruits sur la Stratégie de Santé de la Famille dans la perspective de l'intégralité et du soin. Cependant, les discours sur le quotidien du travail ont indiqué une pratique fragmentée, résultante de l'appropriation du modèle organisatif des services de santé. Les sens construits par les professionnels sur l'adolescence et le travail avec eux ont mis en évidence la conception prédominante, caractérisée comme naturalisante, universelle et pathologique et, encore, l'invisibilité des sujets adolescents dans ce contexte, en ratifiant aussi leur non-lieu dans la formation professionnelle. Par contre, ces professionnels ont reconnu la nécessité de surmonter le modèle dominant. Pourtant, ils ont présenté des difficultés pour entrevoir des chemins de modification de leurs pratiques.

Mots-clef : Adolescence, Professionnels de Santé, Santé de la Famille, Sens, Psychologie Socio-historique.

Auteur : Débora Cristina Fonseca

Titre de la Thèse : Les professionnels de la Stratégie de Santé de la Famille (SSF) et la construction de sens sur l'adolescence

**Sumário**


Introdução..... 01

Capítulo I – Adolescências: Caminhos e Descaminhos..... 07
1.Histórico do Conceito de Adolescência..... 08
1.1. Adolescência como categoria social..... 10
2.Adolescência: Natural e Universal ou Construção Social?..... 12
2.1. Transitando pelas concepções de adolescência..... 13

Capítulo II – Políticas Públicas de Saúde e Adolescência..... 30
1 – Adolescência e Saúde..... 35
2 – Adolescência e Políticas Públicas de Saúde..... 38
3 - Estratégia de Saúde da Família no Contexto da Atenção Básica. 45
3.1. Histórico da atenção básica..... 45
3.2. Atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)..... 47

Capítulo III – Fundamentação Teórico-Metodológica e a Pesquisa Empírica. 55
1- Pressupostos Teóricos..... 55
1.1.O sujeito e o fenômeno psicológico..... 58
1.2. Pensamento e linguagem..... 66
2 – Pressupostos Metodológicos..... 76
3 – Objetivos da Pesquisa..... 82
4 – A Pesquisa Empírica..... 84
4.1. O contexto da pesquisa..... 84
4.1.1. Local da pesquisa..... 88
4.2. Procedimentos metodológicos..... 89
4.2.1.Etapas da pesquisa de campo..... 90
4.3. O processo de análise 93

Capítulo IV – Desvelando os Sujeitos: Análise dos Núcleos de Sentido..... 95
1 – Organização e Análise das Entrevistas..... 96
1.1. Médico 6..... 96
1.2. Médico 5..... 140
1.3. Enfermeira C..... 172
1.4. Enfermeira J..... 200

Capítulo V – Considerações Finais..... 226

Referências Bibliográficas..... 237

Anexos..... 250
Anexo I –-Roteiro de Entrevista
Anexo II - Termo de Consentimento Informado
Anexo III- Carta enviada aos cursos de graduação
Anexo IV -Tabelas com as disciplinas informadas pelos cursos
Anexo V - Entrevistas transcritas dos quatro profissionais

**Relação de siglas e abreviaturas**

A.C. – Agente Comunitário
APS – Atenção Primária à Saúde
ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
Enf. C – Enfermeira C
Enf. J – Enfermeira J
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
M5 – Médico 5
M6 – Médico 6
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBL – Problem Based Learning (
PID – Programa de Internação Domiciliar
PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente
PSF – Programa de Saúde da Família
RITLA – Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

## Introdução

Este trabalho visa conhecer e compreender os sentidos construídos por profissionais de saúde sobre adolescência e sua inserção no campo da saúde, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Surgiu enquanto necessidade, a partir da imersão em dois campos de trabalho. O primeiro, no trabalho e militância na defesa dos direitos da criança e do adolescente, quando vivenciávamos a prática de Conselheira Tutelar. Entre as muitas dificuldades para fazer valer o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estão as barreiras encontradas para a inclusão do adolescente nos serviços, justamente pelas concepções dos profissionais, que muitas vezes apresentavam um discurso de defesa de direitos humanos, mas com argumentos assistencialistas, acríticos e preconceituosos sobre a realidade de exclusão social a que muitos brasileiros estão submetidos. Nas diversas áreas, eram evidenciadas dificuldades, mas principalmente na saúde, que se configura como porta de entrada para a maioria dos adolescentes que vivenciam situações de vulnerabilidade social. Neste espaço, o discurso se estruturava, quase sempre, com o argumento de que é “coisa da idade”, não se evidenciando o mesmo quando eram crianças.

O segundo, pela experiência docente na formação de profissionais de saúde que, apesar de terem incluído em seus cursos disciplinas da área de humanas, mostram-se extremamente técnicos e pouco interessados em compreender o “humano” como objeto de trabalho.

Com alguns questionamentos sobre as questões acima apontadas - dificuldade de inserção do adolescente nos serviços de atendimento e concepções dos profissionais de saúde - entendidas por nós, como mediadoras da prática, passamos a buscar formas de compreender esses empecilhos. Após uma breve revisão teórica sobre as concepções de adolescência no campo da saúde, vislumbramos a proposta aqui apresentada, que foi se configurando com as contribuições de vários atores.

Considerando que no Brasil existem leis que garantem ao adolescente a prerrogativa de ser tratado como sujeito de direitos, cabendo políticas públicas que possibilitem o seu desenvolvimento pleno (Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90) e, na área da saúde, o direito à igualdade e universalidade no atendimento de suas necessidades, principalmente na perspectiva do trabalho preventivo e educativo ( Sistema Único de Saúde - Lei 8142/90), torna-se importante investigar o panorama de inserção desta população nas políticas públicas e nas ações integrais de saúde.

Com essas garantias legais e, mais recentemente, com a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescente e de Jovens (2007), em substituição ao Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD-1989), a responsabilidade pelas ações integrais de saúde voltadas a essa população, fica colocada na atenção básica, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornando-se relevante conhecer e entender os sentidos construídos pelos profissionais médicos e enfermeiros, de equipes de saúde da família, sobre a adolescência, seu trabalho dentro da ESF e sobre o adolescente neste contexto.

Entendemos como importante aprofundar o campo de conhecimento sobre os sujeitos que atuam cotidianamente na Estratégia de Saúde da Família, e sobre como a adolescência tem sido compreendida por eles e evidenciada neste contexto da saúde, pois a efetividade das ações, principalmente nas áreas de saúde e educação, não tem sido percebida nos dados apontados por vários órgãos e institutos como IBGE/2004, IPEA/2007, Relatório de Desenvolvimento Juvenil (Waiselfisz, 2007), Mapa da Violência (Waiselfisz e Athias, 2005), e outros.

Os dados/indicadores apontam nos últimos anos causas externas e evitáveis, como preceptoras de óbito e de agravos à saúde dessa população. Também indicam dificuldades de os vários setores intervirem nesses índices de maneira efetiva, o que implica, por exemplo, que de cada três mortes de jovens no Brasil, duas são originadas de fatos violentos. (Relatório de Desenvolvimento Juvenil - Waiselfisz, 2007). Analisando o relatório, o autor faz a seguinte advertência: *se alguns dos indicadores da área educacional merecem forte preocupação sob o ponto de vista das políticas públicas, é na área da saúde de nossa juventude que o panorama se mostra mais inquietante.(p.2)*

Nesse contexto, este trabalho objetiva compreender os sentidos de adolescência construídos pelos profissionais de saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Estado de São Paulo. Busca também contextualizar e discutir como a prática com adolescentes tem sido concebida, pensada e desenvolvida dentro dessa política de saúde priorizada no país (da atenção básica e Estratégia de Saúde da Família) e na formação dos profissionais médicos e enfermeiros, atores sempre presentes nas equipes de saúde da família.

Tendo como pressuposto que qualquer concepção ou sentido não estão separados de um contexto histórico, mas se produzem na relação entre os homens, mediados pelas condições objetivas de vida desses sujeitos, pela sua história e simbolização, na

perspectiva apontada por Vigotski, 1995; Bock e Aguiar, 2003; Aguiar e Ozella, 2006, pretendemos captar os sentidos construídos pelos profissionais, sem fragmentar o pensamento e o processo de desenvolvimento da consciência. Para isso, buscamos contextualizar social e historicamente esses processos, primeiramente de forma macro e depois, atrelando ao universo de vivência e existência dos sujeitos.

Com o objetivo de contextualizar de maneira mais ampla o universo pesquisado, no primeiro capítulo resgatamos como as sociedades, historicamente, têm entendido este momento do ser humano, evidenciando, em linhas gerais, dois posicionamentos. O primeiro, de que a adolescência passa a ser reconhecida e assim nomeada só após o século XVIII, portanto, uma invenção da modernidade; o outro, que considera que muito antes, já na Idade Média, havia uma preocupação da sociedade com a criança e com o adolescente, ainda não nomeado dessa forma, mas reconhecido como um período de transição. O elemento comum, nos dois posicionamentos, parece ser a compreensão de adolescência como uma fase de transição.

Ainda, neste capítulo, entendemos como fundamental, para compreender a construção de sentidos de adolescência, historiar como o conhecimento tem sido produzido sobre o ser humano, nomeado adolescente ou jovem. Para isso, percorremos algumas concepções de adolescência e evidenciamos a hegemonia na concepção, com manifestações diferenciadas, por exemplo, na nomeação (puberdade, adolescência e juventude). Os posicionamentos, de forma geral, foram entendidos como 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. Posicionamentos diferenciados são evidenciados, mas ainda de forma incipiente para romper com o modelo hegemônico.

Para subsidiar esta análise, conceituamos brevemente a compreensão da adolescência, a partir dos referenciais da psicologia sócio-histórica, sendo retomada posteriormente, no capítulo teórico metodológico.

Nesse sentido, o parâmetro de reflexão sobre o qual nos apoiamos tem a compreensão de adolescência como um momento de um processo e, como tal, em construção, que pode ser diferente do que está sendo para o próprio adolescente e para uma sociedade. Dessa forma, é entendido como não natural, mas produto do que se viveu, de sua história enquanto sujeito pertencente a um grupo social, a uma cultura, da qual recebe influência e sobre a qual age dialeticamente; não desenvolvimentista, pois cada sujeito o vivenciará de uma maneira, dependendo de sua história de vida, de suas

interações sociais, do desenvolvimento de seus interesses, de suas necessidades e da significação que as mudanças biológicas têm ou tiveram; e não patológico, no sentido de que não vivenciar as mesmas coisas que outro adolescente, - por exemplo, a chamada crise da adolescência – não é patológico, podendo ser saudável, possibilitando que cada um seja sujeito de sua própria história, capaz de fazer suas escolhas dentro de suas possibilidades objetivas e subjetivas, desenvolvendo uma autoconsciência e autonomia diante do contexto. Essa compreensão não nega as mudanças biológicas, mas as entende também como históricas, como significadas socialmente. (Vigotski, 2006; Ozella, 2003a; Gonçalves, 2003; Ozella e Aguiar, 2008)

Também consideramos importante contextualizar a adolescência no campo das políticas públicas de saúde, buscando discutir como os adolescentes têm sido pensados e evidenciados nas propostas mais recentes de implementação dos princípios constitucionais, deliberadamente expostos nas leis que implementam o Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, no segundo capítulo, descrevemos historicamente as políticas públicas no campo da saúde voltadas à adolescência, chegando á atual Política Nacional de Saúde do Adolescente/Jovem, que coloca o foco de atuação na atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, responsável pela atenção integral á saúde do adolescente.

Pensando mais especificamente no embasamento para a análise dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa, no capítulo três elucidamos os pressupostos teórico-metodológicos. Primeiramente, discutimos os pressupostos teóricos e, logo após, o metodológico e finalmente a pesquisa, em seu contexto, objetivos e procedimentos. O referencial teórico que respalda nossa compreensão sobre os sentidos construídos pelos profissionais de saúde é o da psicologia sócio-histórica, cuja base epistemológica se apóia no materialismo histórico dialético. Assim, a concepção de homem e de mundo que partilhamos passa pela negação de uma natureza humana e os entende como construídos, histórica e socialmente, nas condições concretas de existência. Para entender melhor esses pressupostos, discorremos sobre categorias importantes para a compreensão do sujeito, entre elas a compreensão do psiquismo humano, desenvolvimento da consciência, da linguagem, do pensamento e de desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Fundamentamos, como categoria de análise principal neste trabalho, a compreensão de sentido, no movimento dialético entre pensamento e linguagem, na perspectiva discutida por autores como Vigotski, Lúria, Leontiev, Lane, Sawaia, Aguiar, Ozella, e outros.

Enquanto referencial metodológico, nossa compreensão é a de que não se trata simplesmente de um método, mas que existe uma integração com o referencial teórico, que possibilita um olhar explicativo da realidade concreta, do movimento de construção do fenômeno, superando a limitação descritiva. Portanto, envolve uma concepção de homem, de mundo e de conhecimento, e deve ser coerente com o objeto estudado. Buscamos em Marx (1978) e Vigotski (2001a, 2001 b) a compreensão de que o método de análise que possibilita esse movimento é o dialético, numa perspectiva materialista e histórica, no sentido de explicar qualitativamente o objeto estudado. Como afirma Gonçalves (2005)

> *...a proposta marxista, de tomar o método dialético numa perspectiva materialista, representa a superação da dicotomia subjetividade-objetividade, numa afirmação contraditória, mas de contrários em unidade, do sujeito e do objeto (...)O método dialético representa uma alternativa metodológica que, ao apontar a possibilidade de superação da dicotomia sujeito-objeto, aponta para a necessidade e a possibilidade da transformação da sociedade.(p.93)*

Também nos apoiamos nos pressupostos da epistemologia qualitativa discutidos por González-Rey (2005a), que detalha o entendimento vigotskiano, na perspectiva da possibilidade de superação dos modelos instrumentais e da dicotomia entre teórico e empírico. Assim, procura mostrar a legitimidade do singular como instância de produção do conhecimento e de compreensão da pesquisa como um processo de comunicação. Portanto, o qualitativo aqui é entendido como interpretativo e construtivo, e, nesse sentido, como uma construção humana.

A seguir, contextualizamos a pesquisa empírica, desenvolvida em duas etapas. A primeira consistiu no levantamento da grade curricular e dos programas e planos de ensino, dos cursos de graduação em enfermagem e medicina das universidades públicas do Estado de São Paulo, cujos dados e análise não foram possíveis pela heterogeneidade do material, mas que apontaram, de maneira geral, um não lugar para a adolescência. A segunda etapa e principal fonte de dados refere-se às entrevistas individuais realizadas com os profissionais de saúde, que compõem as equipes da ESF de um município do interior paulista.

No quarto capítulo, apresentamos a organização dos pré-indicadores, indicadores e núcleos de sentidos construídos a partir das falas dos sujeitos, a análise e discussão, fundamentando teoricamente as interpretações feitas. Nesse processo, pudemos

apreender os sentidos enquanto construções que têm múltiplas procedências, como uma unidade integradora de experiências, emoções e atividades (Gonzalez Rey, 2005a).

Nas considerações finais, apontamos algumas reflexões sobre a organização dos serviços, a ESF e adolescência, no contexto da saúde e da formação profissional.

## Capítulo I - Adolescências: Caminhos e Descaminhos

Adolescência e juventude, na contemporaneidade, têm se tornado tema de grande relevância em vários espaços da sociedade (acadêmico, político, econômico, de lazer e outros), como decorrência do movimento histórico e do modelo de sociedade atual, onde essa população tornou-se um "produto de consumo".

A presença destacada de adolescentes/jovens no cenário político econômico de países como o Brasil tem sido reforçada por mudanças na legislação, que os colocam na condição de sujeitos de direitos e, portanto, como alvos de ações do poder público e de exploração pelo setor privado (por exemplo, sendo o público-alvo nas campanhas publicitárias). Esses marcos legais, aos poucos, vão provocando mudanças quantitativas e qualitativas no cotidiano da juventude mundial.

No Brasil, com o processo de democratização do país, intensificado com a Constituição de 1988, observa-se uma nova forma de compreender as pessoas, reconhecendo-lhes o lugar de cidadão. Como decorrência, tem-se a elaboração e aprovação de leis especificas, como a 8069/90, que concebe uma nova forma de compreender a infância e a adolescência: são agora sujeitos de direitos. Esta lei, chamada Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define infância como o período compreendido entre 0 e 11 anos e 11 meses de idade; e adolescência, o período entre 12 e 17 anos e 11 meses. Aos que se enquadram nessa lei cabem direitos específicos que lhes garantem a condição de desenvolvimento integral e a primazia na elaboração e execução de políticas públicas.

Tem-se, portanto, um marco legal de como as instituições juridicamente definem esta população, considerando inimputável quem não completou 18 anos, pois lhe cabem direitos específicos previstos na referida lei. Nesta mesma legislação, são definidos os responsáveis por cumpri-la, qual sejam, a família, a sociedade e o Estado.

Porém, não bastam a delimitação etária e a definição de direitos para garantir a efetividade de políticas públicas voltadas a esse segmento populacional. Isso significa dizer que as mudanças precisam também passar pelas condições culturais, sociais, econômicas, pela forma como os setores/serviços/programas cumprem tais direitos, tanto no aspecto objetivo como no subjetivo. Estamos nos referindo ao como esses espaços (programas/serviços e seus profissionais) entendem a infância e a adolescência e, consequentemente, como direta e indiretamente tratam esses sujeitos no cotidiano de suas práticas, na execução de políticas públicas nas mais diversas áreas.

Na busca de referências para entender como a adolescência tem sido compreendida nas políticas públicas, não se evidenciam elementos que permitam afirmar qual a concepção sobre esta população. A maioria dos estudos aponta na direção de uma visão que segue, de forma natural, o curso do desenvolvimento. Com a finalidade de esclarecer melhor esse quadro, será realizada uma breve revisão da compreensão teórica de adolescência, que fundamentará o entendimento de como as práticas profissionais são mediadas pelas crenças de senso comum (construídas na história de vida dos sujeitos) e pela formação profissional (teorias científicas e percurso de formação profissional). Acredita-se que esses pilares são os responsáveis pela construção de sentidos de adolescência, mas é preciso entender de que forma o processo ocorre.

**1. Histórico do conceito de adolescência**

Do ponto de vista histórico, existem dois posicionamentos sobre o surgimento e/ou reconhecimento da adolescência. O primeiro e mais utilizado na maioria dos estudos sobre adolescência baseia-se em Ariès (1973), autor que entende a infância como uma invenção da modernidade, só passando a ser reconhecida e assim nomeada no final do século XVIII. O reconhecimento e o sentimento de infância, enquanto um período diferenciado, foram o que também possibilitou a emergência da adolescência como ela é nomeada atualmente, - um período com características próprias. Segundo o autor, até esse período, a passagem da condição de criança à de adulto ocorria diretamente, sem que existisse uma fase de transição. Antes, a criança era considerada um adulto em miniatura, passando diretamente à condição de adulto, como considerado pelas populações da época.

Compartilhando deste posicionamento, Grossman (1998) recupera, através do estudo da história das mentalidades, como a criança era compreendida antes do séc XVIII. Ilustra como na Grécia Clássica, a partir dos 7 anos, os meninos eram submetidos ao adestramento nas virtudes cívicas e militares; dos 16 aos 20, às provas iniciáticas, enquanto as meninas eram preparadas para a maternidade e o casamento. No Império Romano, aos 12 anos meninos e meninas se diferenciavam, sendo elas destinadas ao casamento e eles aos estudos. Aos 16, os meninos optavam pela carreira pública ou militar. A autora mostra que, no séc. II, definiu-se uma nova moral, confinando a prática sexual ao casamento para os dois sexos, passando a consistir num ato legal a passagem de impúbere a menor legal (o rapaz permanecia sob a autoridade

paterna até a morte do pai, quando, então, se transformava em " pai de família" – uma peculiaridade do direito romano). Na Idade Média, sob a influência de Aristóteles, consideravam-se as " idades da vida", - sendo cada período correspondente a sete anos: primeira idade – infância; segunda – puerícia; terceira – adolescência (podendo durar dos 21 aos 35 anos); quarta – juventude; quinta e última – velhice. A autora considera que, nessa época, a infância era um período de transição logo ultrapassado e esquecido, estando ligada à idéia de dependência e saída desta, o que significava que a criança conseguia viver sem os cuidados constantes da mãe, ingressando, neste momento, na sociedade dos adultos.

O segundo posicionamento baseia-se na idéia de que, muito antes do séc. XVIII, já se encontram indícios da existência da adolescência, não da forma como é entendida atualmente, mas enquanto uma preocupação, de acordo com cada época histórica. Heywood (2004) defende que, já na Idade Média, existia uma preocupação da igreja com a educação de crianças. Para ele, indícios apontam que no séc. XII havia uma preocupação social e psicológica com a criança. Nos séculos seguintes, uma consciência de que crianças eram diferentes de adultos. No séc. XVIII, as obras de Locke questionavam a idéia de criança como fruto do pecado original, e as considerava como uma tabula rasa. Também Rousseau afirmava que a criança diferia do adulto por ser incapaz de raciocinar, de pensar abstratamente, começando a idade da razão por volta dos 12 anos. Assim, esse autor sugeria que, entre a idade da razão e o casamento, o jovem caminha para encontrar seu lugar na sociedade (Gallatin, 1978).

Compartilhando deste segundo posicionamento, Frota (2001), com um detalhamento significativo, faz uma revisão histórica de adolescência desde a Grécia Antiga, mostrando que o que imperava no período anterior ao séc. XVIII era a coragem e a força. A autora passa pelo mundo romano, pela Idade Média, pela juventude judaica da Europa Medieval, e destaca a diferença de tratamento para homens e mulheres jovens, bem como as diferenças entre culturas. Discute que os rituais e a faixa etária foram se alterando de acordo com a cultura e o tempo. Para os jovens na Idade Média era sinal de maturidade, principalmente para os pertencentes à nobreza, a entrada para a cavalaria.

Pode-se notar que a maneira de olhar a criança e a adolescência/juventude foi se modificando no decorrer da história e que a concepção de adolescência, tal qual se encontra atualmente, é resultado de uma construção recente, mas enquanto um momento

diferenciado, marcado por rituais de iniciação à vida adulta, data de longo tempo, como ilustrado nos dois posicionamentos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a criança começa a ser tratada no século XIX sob um prisma emocional, e o adolescente, como quem pode prescindir de ajuda financeira e dedicar-se à formação profissional, principalmente aquele pertencente à burguesia. No mundo do proletariado, continuou, ainda, sem diferença a forma de tratar as crianças. (Heywood, 2004; Gallatin,1978; Frota, 2007).

No entanto, parece comum a idéia de fase de transição, entendendo a infância e adolescência como categorias totalmente distintas, mas resultantes de um processo natural de desenvolvimento, principalmente em seu aspecto biológico, como o período de turbulência, decorrente das transformações sexuais; portanto, um momento crítico, denominado geralmente de crise. Essa compreensão vai permear por longo período a maioria dos estudos relacionados à adolescência, em diversas áreas do conhecimento, como veremos a seguir.

### 1.1. Adolescência como categoria social

Como mencionado no início do capítulo, as mudanças culturais e de modelo de sociedade impõem uma preocupação maior com as questões da puberdade/ adolescência/juventude, obrigando as áreas de conhecimento científico e de prática profissional, como as ciências sociais, a psicologia e a medicina, entre outras, a delimitar e/ou conceituar os termos enquanto categoria de análise, marcando a produção de conhecimento e de compreensão dessa população no século XX e início do XXI.

Ao discutir a infância e adolescência como categorias sociais, Santos (1996) aponta a separação entre o mundo da criança e o mundo do adulto, bem como a ausência de rituais de passagem entre os dois mundos, principalmente no séc XX. Ao falar de como os teóricos têm tratado a adolescência ou juventude, aponta que na literatura existe desconexão e dessintonia, dicotomização e ideologização, generalizações inconsistentes e o adultocentrismo. Para esse autor, a emergência das concepções modernas de adolescência e juventude trouxe junto dicotomias referendadas pelo que chama de adultocentrismo. Porém, entende que a década 1990 começou a desconstruir essas concepções adultocêntricas, colocando o adolescente a falar por ele mesmo, citando como exemplo que o sujeito da pesquisa começa ser o próprio jovem, o que é denominado em muitos estudos como protagonismo juvenil.

Este termo, protagonismo juvenil, surge no final dos anos oitenta e início dos anos noventa, e nos remete à história de como a juventude foi sendo tratada no decorrer do século XX.

Segundo Iulianelli (2003), no início do século XX o foco sobre a juventude era o controle da delinqüência e, após a Segunda Guerra Mundial, houve uma baixa imensa na população juvenil, porém foi pouco percebida essa eliminação. Nos anos sessenta, a juventude emerge como um grande agente de transformação social, revolucionária; ao mesmo tempo é criticada pela irracionalidade, ingenuidade, considerada por alguns como massa de manobra. Grossman (1998) considera como um período importante, por ter transformado a juventude em um grupo, denominado nos anos cinquenta como "juventude transviada" e pela mídia, como geração da contracultura: "*os jovens considerados destruidores radicais de tudo o que estivesse estabelecido e consagrado*" (p.72).

De 1970 a 2001, ainda segundo Iulianelli (2003), não houve importância significativa para esta categoria, com ressalva para a segunda metade dos anos oitenta na América Latina, quando retorna a questão da delinqüência e do " menor" (meninos e meninas de rua). Nesse momento, os jovens começam a ser identificados como sujeitos do próprio processo, surgindo organizações como o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, que levaram a discussão para fora do âmbito policial, ampliando-a na esfera social. No final da década 1980, os jovens começam a aparecer no cenário político e em defesa da ética (por exemplo a União Nacional dos Estudantes), emergindo na década de 1990 diversos movimentos culturais liderados por jovens.

Esse histórico ilustra o que Santos (1996) chamou de dicotomias na concepção de adolescência/juventude no decorrer do século XX, ao mesmo tempo em que o número de mortes entre jovens, (15-24 anos) provocadas por causas externas, aumentou assustadoramente no país, surgindo, nesse contexto, o conceito de protagonismo juvenil, citado anteriormente.

Iulianelli (2003) questiona tal conceito, ao discutir o chamado empoderamento (empowerment) juvenil. Neste trabalho, não se discutirá esta questão, mas o panorama geral se torna importante, possibilitando entender como a juventude/adolescência foi sendo significada no Brasil.

Como a adolescência/juventude foi sendo tratada e reconhecida na literatura e nas práticas cotidianas afeta diretamente a construção do sentido de adolescência de uma sociedade. No processo de formação das pessoas, sua experiência, suas vivências

interferem diretamente na compreensão que têm sobre uma determinada idade ou período de vida.

Nesta perspectiva, procuraremos compreender os sentidos de adolescência/juventude presentes nas construções teóricas e como têm contribuído para a significação social de adolescência.

## 2. Adolescência: natural e universal ou construção social?

Nossa compreensão de adolescência tem como base referencial a psicologia sócio-histórica (Ozella e Aguiar, 2008; Bock, 2007; Gonçalvez, 2003; Ozella, 2003; Ozella, 2002; e outros), para a qual não existe uma adolescência, mas diferentes formar de ser e viver a adolescência, por decorrência das condições concretas de existência (classe social, idade, gênero, cultura). Segundo Ozella (2003), as construções teóricas sobre adolescência nos vários campos do saber são geralmente perpassadas por concepções de homem e de mundo que podem imprimir uma naturalização a este momento da vida do ser humano, transformando-o num fenômeno universal e, em muitos casos, patológico. A abordagem sócio-histórica aponta para a necessidade de evolução senão transformação do conceito hegemônico de adolescência, caracterizado pela trilogia natural, universal e patológico. Dessa forma, contribui para um entendimento que considera a cultura, a história e o grupo social como fundamentais na construção do sentido de adolescência.

Buscando diferenciar as distintas concepções, discorreremos inicialmente sobre os constructos teóricos acerca da adolescência/juventude, discutindo dois aspectos fundamentais para a compreensão desta categoria social, quais sejam: as concepções predominantes e os atributos a elas vinculados. Assim, trataremos do como essas teorias reforçam concepções tradicionais, contrapondo-as às visões mais progressistas (Aguiar e Ozella, 2008; Aguiar, 2007). Também buscaremos evidenciar as influências das diferentes concepções teóricas na área da saúde, uma vez que não existem espaços homogêneos, mas apropriações de saberes que subsidiam práticas conservadoras ou transformadoras da realidade.

Nessa perspectiva, discutiremos como o desenvolvimento humano tem sido significado e, conseqüentemente, o momento da adolescência entendido como fase, período, momento, crise, transformação ou revolução.

## 2.1. Transitando pelas concepções de adolescência

A manifestação das concepções ocorre de diferentes maneiras nas construções teóricas, sendo uma delas por meio da nomenclatura ou termos utilizados. Revisando a literatura, geralmente encontramos os termos “adolescência”, “juventude” e “puberdade”, sendo maior a freqüência de um ou de outro, de acordo com a área de conhecimento explorada. Tratando especificamente do significado, a área médica geralmente utiliza mais o termo puberdade, e a psicologia, adolescência, enquanto nas ciências sociais opta-se pelo conceito de jovem.

Encontramos dois posicionamentos sobre a compreensão de adolescência/juventude nas construções teóricas advindas das ciências sociais, porém um deles parece predominar enquanto influência nas práticas cotidianas.

Ambos os posicionamentos a entendem como uma construção social, mas diferem no que se refere à vivência deste período de vida. Ilustrando uma primeira visão, Groppo (2000) faz considerações de como essa área de conhecimento, diferentemente da psicologia e da área médica, opta por juventude como categoria social, entendendo que a adolescência passa, ao mesmo tempo, por uma representação sociocultural e uma situação social. Após uma análise sociológica, compreendendo juventude como uma construção social, como processo de formação de identidades coletivas, o autor, ao tentar situar no tempo, coloca como uma faixa etária, um período entre as funções sociais da infância e do homem adulto, numa conceituação de desenvolvimento, quase que inevitável; como aquele período em que se vai passar pela crise, pelo conflito de gerações. Não esclarece, por exemplo, que cada sociedade poderá ter adolescências diferentes ou até mesmo não tê-las e, neste sentido, universaliza uma categoria que para nós é social e cultural.

Em uma segunda visão, a antropóloga Margaret Mead (1973), com seu estudo em Samoa, deixa evidente que as crianças passam tranqüilamente para a vida adulta sem viverem o que se chama de adolescência/juventude. Seu trabalho mostra como é culturalmente construída essa noção. Mesmo com as mudanças biológicas decorrentes, aquela cultura não vivencia este período chamado adolescência/juventude, considerando uma passagem direta da infância para a vida adulta. Portanto, o desenvolvimento não abarca um período chamado adolescência, e não existe a “crise” como marca indelével deste momento de vida.

A visão ilustrada pelo trabalho de Groppo (2000) parece ser predominante, principalmente nas culturas ocidentais que não possibilitam ao indivíduo a vivência da adolescência/juventude de maneiras diferenciadas, que não seja a da famigerada crise. Esse termo é utilizado por diversas áreas do conhecimento e, como veremos, parece ter suas raízes nos constructos teóricos advindos da psicologia, trazendo em si uma construção baseada em problema e conturbações ou, como se tem entendido, numa visão patológica da vivência dos sujeitos.

O entendimento da "crise", com o predomínio de seu uso com o sentido patológico, ratifica a concepção natural e universal, colocando-a como um sintoma, um atributo vinculado à adolescência. Entretanto, ela surge com roupagens diferenciadas em algumas teorias, impingindo maior ou menor relevância ao seu entendimento natural ou ao patológico, como analisaremos a seguir.

Essa maneira de conceber a adolescência permite um entendimento patológico sobre aquele adolescente que experimenta este momento de vida sem grandes conflitos e rebeldia, sendo apontado, em muitos casos, como um adolescente/jovem fora dos padrões normais. O normal fica sendo considerado o conflitivo, a rebeldia, a delinqüência, como fenômenos naturais da adolescência/juventude, e que deverão passar com o tempo (idéia de desenvolvimento natural e de ciclos de vida).

Calazans (2000) acredita que o interesse da sociologia pelo adolescente/ jovem só começa a ocorrer quando, nos anos 60, eles passaram a apresentar comportamentos diferentes do padrão esperado, "recaindo as pesquisas sobre a dimensão cultural dos fenômenos juvenis, valores e comportamentos*" (p.52).* Como decorrência do momento político (ditadura militar), os meios de comunicação ecoam essa idéia, "contribuindo para uma noção mitificada da juventude como portadora de um conteúdo de rebeldia, contestação e utopia inerentes à sua condição, idéia que permanece em muitos estudos até hoje" (52). Com referência à década de 1970, ela analisa que muitos estudos refletem uma incompreensão ou descrença quanto ao significado político da forma de atuação juvenil.

As contribuições do trabalho de revisão bibliográfica sobre juventude/adolescência de Calazans (2000) mostram como as ciências sociais têm tratado a temática e como se encontra a bibliografia brasileira no que se refere à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes/jovens, apontando lacunas principalmente nos estudos que se relacionam à cultura adolescente/jovem e saúde, indicando a carência no Brasil de pesquisas a respeito.

Autores como Abramo (1997) e Sposito (1997) acreditam que a produção acadêmica cresceu nos anos 1990. Abramo (1997), por exemplo, entende que a maior parte dos trabalhos refere-se às instituições presentes na vida dos jovens ou a situações configuradas como problemáticas, porém poucos se dedicam a entender como os próprios jovens vivem e elaboram as situações, o que é confirmado por Sposito (1997), ao indicar que, entre 1980 e 1995, 44,8 % da bibliografia analisada tem como tema principal as relações dos jovens com instituições; 21,7%, os aspectos psicossociais, compreendidos como julgamento moral, valores, representações e capacidade crítica.

Esse panorama nos indica como a adolescência/juventude passou a ser objeto de estudo nos últimos anos, mas ainda de forma incipiente, se se pensar no grau de interferência na elaboração e execução de políticas públicas voltadas para essa população. Acreditamos que parte das dificuldades de se interferir na elaboração de políticas públicas é decorrente dessa compreensão de adolescência naturalizada.

Uma das primeiras formulações teóricas neste sentido advém do campo da psicologia, sendo considerada como um marco teórico, e que se difundiu plenamente, influenciando grande parte dos estudos: foi a de Stanley Hall (1904), que conceituou adolescência como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculados à sexualidade. A partir dessa compreensão, adolescência fica entendida como uma etapa do desenvolvimento, e sua ocorrência independe das condições reais de vida do sujeito, bem como de um momento marcado por tormentos, crises, conflitos, entendido posteriormente como uma certa "patologia normal". Por ser inerente ao ser humano, ocorrerá inevitavelmente com todos, em qualquer lugar em que se esteja, portanto de caráter universal. Nesse sentido, a naturalização, universalização e patologização da adolescência parecem estar relacionadas a como a psicologia e as ciências médicas e, em parte, as ciências sociais idealizaram e difundiram esse momento da vida humana.

O estudo realizado por Catharino (2002), ao analisar o surgimento da concepção de adolescência, de certa forma confirma essa patologização, quando aponta que ela: "*traz em si a idéia de perigo e de desvio, como noções constitutivas do próprio conceito*" (p.45). Outros estudos mostram como esta idéia permanece, por exemplo, a pesquisa realizada por Ozella (2003a) sobre os significados que os profissionais psicólogos têm dos adolescentes:

> "*entre os 46 profissionais (independente de áreas específicas de atuação) 30 a consideram uma <u>etapa</u> (Isto é, um recorte no tempo típico de uma certa idade), sendo que 24 acham-na <u>inerente</u> (uma etapa inata, inevitável e que faz parte da natureza do homem)" (p. 26)*

Observamos uma certa confirmação da compreensão de adolescência como etapa natural, universal e ainda "patologizada", muito presente na formação dos profissionais de saúde, geralmente chamada de "Síndrome Normal da Adolescência". Esse conceito foi introduzido por Aberastury & Knobel (1989), sendo a adolescência caracterizada por uma sintomatologia que inclui dez aspectos (busca de si mesmo; tendência grupal; necessidade de intelectualização e fantasiar; crises religiosas; desorientação temporal; evolução sexual do auto-erotismo à heterossexualidade; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; separação progressiva dos pais; constantes flutuações de humor e do estado de ânimo).

Uma das abordagens que parece ter produzido um número maior de elaborações sobre a adolescência e influenciado grandemente pesquisas e o campo social foi a da psicanálise, motivo pelo qual nos deteremos em analisar como esses constructos se desenvolveram.

A partir de Freud (1856-1939), considerado o pai da psicanálise, a adolescência é compreendida como uma fase do desenvolvimento responsável pelo amadurecimento psíquico, sendo constituída por tempestade e tormenta, relacionada principalmente à sexualidade. Os conflitos vivenciados por decorrência dessa fase são considerados como uma crise normal.

Diante das críticas a esta elaboração, alguns autores[1], como se verá, observam haver equívocos na interpretação da obra do autor. Essas questões, neste trabalho, não serão aprofundadas, porém é importante registrá-las, a fim de que se possam compreender as diferenças, avanços e retrocessos dessa abordagem no que se refere à adolescência. Interessa entender como as produções teóricas influenciaram a produção do conhecimento sobre adolescência/juventude, bem como as práticas em saúde.

Dois autores tradicionais e renomados neste campo, Winicott (1987) e Ana Freud (1986), ao tratarem da adolescência em sua obra, relacionam alguns processos vivenciados pelos adolescentes ao que se observa em psicóticos. Winicott, ao discutir a delinqüência, associa esse comportamento a uma tendência anti-social própria da adolescência na relação com a sociedade. Nesse sentido, traz uma dimensão das relações sociais, mas com o foco de análise no indivíduo, afirmando que: *"o que se*

[1] Sobre o assunto, ver Matheus, T.C. (2006) Crise da adolescência: história e política do conceito na psicanálise. Tese de doutorado. São Paulo. Programa de Psicologia Social-PUC.

*mostra no adolescente normal está relacionado com o que se mostra em várias espécies de pessoas doentes*" (1987, p.158).

Essa idéia parece corroborar a proposta de Stanley Hall (1904) e que será reforçada, enquanto compreensão social, com a elaboração da Síndrome Normal da Adolescência/ Síndrome da Adolescência Normal, cuja compreensão é de uma normalidade da crise, circunscrita pela inevitabilidade. Apesar de ponderações a respeito de como será vivenciada a adolescência, considerando-se as diferenças entre os sujeitos e os grupos sociais, bem como a história de formação da personalidade, encontrada nos trabalhos citados, entende-se que a inevitabilidade sugerida nesta conceituação naturaliza um fenômeno que, na nossa compreensão (psicologia sócio-histórica), é decorrente do modelo de sociedade, bem como dos fatores morais e culturais construídos.

A idéia de crise vai ser mais bem entendida a partir das elaborações de Erikson (1972). A crise é definida, ainda dentro de um enfoque desenvolvimentista, mas a considera sob o aspecto psicossocial, entendendo que em todas as idades se vivenciam crises, mas que na adolescência ela se configura como o reviver da infância e da organização da identidade para a vivência das crises posteriores da vida adulta. Ele entende que na adolescência se configura a crise de identidade, sendo o período de experimentação de papéis psicossociais. Segundo ele:

> *Em termos psicológicos, 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.* (1972, p. 21)

A palavra crise, segundo Marcelli e Braconnier, (2007), etimologicamente designa o momento da sentença, entendida na área médica como a condição ou a causa da resolução mórbida, e "*os fenômenos críticos designam o processo patológico"* (p. 42). No campo psicopatológico, "*crise é um momento temporário de desequilíbrio e de substituições rápidas que põem em questão o equilíbrio normal ou patológico do sujeito*" (Marcelli e Braconnier, 2007, p.42) .

O termo crise foi sendo apropriado por muitos teóricos, como: Aberastury e Knobel (1989); Campos (1987); Fleming (1993); Kehl (2004); Osório (1992) para se

referirem ao que chamamos de adolescência/juventude, não exatamente com o mesmo significado, mas, em essência, com o sentido de algo fora do “normal”.

Questionar o uso desse termo para designar adolescência torna-se importante, principalmente pela influência que acarreta no imaginário social, ao apresentar como um problema natural. Esta idéia de crise, segundo Chauí (*apud Peres e Rosenburg*, 1998):

> *É uma representação graças à qual aparentemente se admitirá o problema e, simultaneamente, poder-se-á dissimulá-lo, uma vez que ela é imaginada como um movimento de irracionalidade que invade a racionalidade, gera desordem e caos e precisa ser conjurada para que a racionalidade anterior, ou outra nova, seja restaurada ( p. 71)*

Alguns autores (Aberastury e Knobel,1989; Campos,1987) aparentam manter-se nos conceitos primordiais elaborados por Freud, os quais entendemos como reducionistas, por considerarem que, para a estabilização da personalidade, é necessário que se passe por certo grau de conduta “patológica” inerente à evolução normal da adolescência. Concordamos com Aberastury e Knobel (1989), quando indicam ser difícil estabelecer o conceito de normalidade, pois depende do meio social e dos fatores econômico, político e cultural. Mas discordamos da sua conclusão de que o anormal é a presença de um equilíbrio estável durante o processo adolescente, reforçando ser a crise o natural.

Avanços na compreensão de crise e, conseqüentemente, de adolescência são encontrados em outros autores, como: Calligaris, 2000; Kehl, 2004; Ruffino, 1999; Trassi, 2006. Com suas construções teóricas e de outros autores, entendemos ser possível falar de uma revisão do conceito pela (s) psicanálise(s), observando que não se trata de uma teoria mas de um campo de conhecimento, com muitas interfaces, que mantém como eixo central a noção desenvolvimentista.

Para Kehl (2004), na psicanálise a crise da adolescência é compreendida como:

> *um retorno da crise edipiana em proporções aumentadas; no adolescente os desejos incestuosos se tornam mais ameaçadores em função da maturidade hormonal/genital, e a rivalidade edípica com o genitor do mesmo sexo se intensifica, aliada às moções de liberdade próprias da ambigüidade (não mais criança/ainda não adulto) desse período. (p.94)*

Com alguns avanços quanto à idéia de crise, mas ainda muito preso a patologia, localiza-se Osório (1992), que definiu adolescência como uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, fazendo distinção entre puberdade e adolescência, considerando que não

podem ser estudadas separadamente. O autor entende a adolescência como um fenômeno igualmente universal, embora com características peculiares, conforme o ambiente sociocultural do indivíduo.

Para Osório (1992), a adolescência passou a ocupar o centro de interesse por duas circunstâncias principais: 1) explosão demográfica do pós-guerra e, conseqüentemente, aumento da população jovem; 2) ampliação da faixa etária com as características adolescentes. Concorda com as crises na "adolescência" e "de identidade", e entende que esta tem um caráter universal. Apesar de adolescentes de classes sociais baixas apresentarem diferenças, considera que mesmo estes vivenciam esta crise, portanto a adolescência constitui-se num conjunto de transformações psicológicas que acompanham o fenômeno biológico. Ao tratar do normal e do patológico, considera que sem rebeldia e sem contestação não há adolescência, ou seja, que o adolescente não contestador apresenta, em certa medida, um quadro patológico. Se considerarmos no geral, o autor traz contribuições, colocando grande parte dos problemas sociais que envolvem os adolescentes como responsabilidade da sociedade, mas limita o jovem à sua condição de receptor, ou seja, o máximo que pode fazer é ser rebelde, sendo a crise de identidade, ou delinqüência entendidas como forma de estruturação de sua personalidade e identidade adulta. Caso contrário, está condenado à patologia.

Entendemos que a compreensão da psicanálise também avançou no que se refere a responsabilizar a sociedade quanto à delinqüência, e à normalização da crise da adolescência, ao considerar as influências do meio social, a partir de um desenvolvimento psíquico, com a reedição do Édipo e da crise de identidade, principalmente ao tratar o adolescente pela ótica de uma possível autonomia. Porém, ao fazê-la, observamos a dicotomização, uma vez que o adolescente que não vivencia esta crise não é um adolescente normal. A naturalização e universalização da adolescência ficam, mais uma vez, reforçadas socialmente, principalmente por serem estes trabalhos importantes referências teóricas para a formação de profissionais que trabalham com adolescentes.

É o que se pode observar, por exemplo, em Trassi (2006), que considera como consenso que a adolescência se inicie na puberdade, que a vida das pessoas é marcada por etapas, sinalizada pelo desenvolvimento biológico, ritos sociais e muitas outras variáveis históricas e circunstâncias relacionadas; e que aspectos jurídicos, históricos, sociais, culturais, tecnológicos produzem adolescência em cada época. Nesse sentido, entende adolescência como uma etapa da vida e variante da condição social de classe, e

"*sua duração e vivências ocorrem diferentemente dependendo da origem social dos sujeitos*." (p.213)

Para Ruffino (1999), na modernidade a adolescência passou a ser "*..uma operação psíquica que a contemporaneidade tornou necessária, no presente, para que um jovem possa vir a inscrever-se no simbólico...*"(p. 47). Nessa colocação observa-se que o autor está contradizendo uma premissa da psicanálise, ao afirmar que a adolescência está longe de ser um momento do desenvolvimento de uma essência evolutiva, e questiona a responsabilidade dos psicanalistas pela visão patologizada. Nesse sentido, aponta a adolescência como uma construção da modernidade e, por isso, a coloca como um sintoma específico da neurose traumática que inventivamente luta pela causa do sujeito na resposta ao trauma que se tornou, na modernidade, a eclosão da puberdade. Ou seja, apesar da crítica e da superação da visão desenvolvimentista, o autor acaba concordando com a patologização, quando considera a adolescência como um sintoma, ou trauma que ocorre a partir da entrada na puberdade e da vivência da adolescência.

Como esses conceitos têm influenciado o cotidiano dos trabalhos desenvolvidos com e para adolescentes, compartilhamos com Blasco (1997) os questionamentos sobre as conseqüências de tratá-la como conflito/crise. Entendemos que esta compreensão paralisa e dificulta a intervenção junto à população adolescente, principalmente quando se trata dos profissionais de saúde/saúde mental que deveriam atentar para vários problemas enfrentados por ela e que não são percebidos porque, geralmente, são vistos ou confundidos como problemas inerentes ou normais da adolescência. Ainda, pode dificultar a observação de outros aspectos relevantes e importantes de serem cuidados com os adolescentes (questões entendidas como sociais, mas que estão diretamente relacionadas à área da saúde, como a violência).

Diante dos avanços constatados nas produções no campo da psicanálise, podemos afirmar que a compreensão de adolescência ampliou as expectativas sobre o grupo considerado adolescente, no sentido de que as determinações sociais são reconhecidas e analisadas. Mas, ainda, mantém-se a idéia da naturalização, uma vez que todos os adolescentes, de um jeito ou de outro, passarão por este momento de reedição do Édipo, sendo o conteúdo sexual o mais importante enquanto transição da infância para a vida adulta. A vivência desse período poderá ser considerado, em última análise, como patológico caso não se evidencie a chamada crise da adolescência.

Resta ainda o questionamento sobre a autonomia do sujeito, uma vez que, para a psicanálise, o inconsciente é o grande norteador das ações. De forma sucinta,

questionamos: Como pode o adolescente vivenciar esse período, constituindo-se como um ser autônomo, se a sua vivência, registrada no inconsciente, é que determinará suas decisões? Como trabalhar a autonomia, o empoderamento, o protagonismo dos adolescentes, como sujeitos da ação nesta perspectiva?

Avaliamos que essa(s) concepção(ões) de adolescência advinda(s) da(s) psicanálise(s), contribui(em) para a manutenção de visões naturalizadas, universais e patológicas, marcando profundamente ações com adolescentes/jovens. Entretanto, apresentam roupagens diferentes nos discursos de algumas áreas sociais.

Como exemplo da diversidade de formas de apresentação da concepção predominante, encontramos a pesquisa de Sposito (1997), que nos permite afirmar que na área da saúde a conceituação é pouco clara, dada a tradição multidisciplinar, associando abordagens advindas da psicologia, sociologia, demografia, epidemiologia e biomedicina. Ou seja, em vários campos de atuação, é possível perceber um certo ecletismo nas formas de exteriorizar a compreensão de adolescência/juventude; entretanto, no campo da saúde este é mais evidente, sendo transversalmente atravessado por enfoques distintos e compreensões de adolescência/juventude/puberdade, como decorrência da complexidade da especificidade do campo e das necessidades de saúde mais abrangentes.

Porém, parece manter-se a homogeneidade quanto aos atributos vinculados à adolescência, naturalizando-a e, consequentemente, subsidiando práticas conservadoras justificadas pela noção de desenvolvimento humano que coloca a adolescência como uma etapa ou fase do ciclo de vida. Ayres e França Jr. (2000) consideram que a interdisciplinaridade que marca a definição de adolescência e a organização da assistência à saúde não se transformam em prática concreta, permanecendo num plano genérico e abstrato. Criticam esta prática ao afirmarem que:

> *Todos sabemos que as idades de início e término da adolescência, por exemplo, variam de sociedade para sociedade, mas não trabalhamos com critérios de organização da assistência que respeitem e atendam a essas variações. Também sabemos que aspectos como estrutura familiar, situação econômica, dinâmica de mercado de trabalho, entre outras coisas, determinam diferentes formas de vivenciar a adolescência, e no entanto temos pouca flexibilidade para adaptar as modalidades e conteúdos dos cuidados que oferecemos a essas diferenças, e assim por diante.(p.66-67)*

Considerando a complexidade e o ecletismo citado, observamos que as ciências médicas, mais especificamente a área médica, pela sua própria história, se desenvolve no modelo biológico e conceitua os fenômenos, principalmente sobre os aspectos

observáveis e mensuráveis. Esse pressuposto acaba se refletindo na produção de conhecimentos, cujas teorizações, em geral, estão ancoradas no modelo positivista, com uma compreensão a - histórica dos processos de saúde e doença, sujeito e sociedade, não existindo espaço para o reconhecimento da produção de sujeitos socialmente constituídos. O mesmo parece ocorrer na definição e conceituação de adolescência, fenômeno historicamente tratado por esta área como puberdade.

Como observamos anteriormente, as ciências médicas utilizam predominantemente o termo puberdade, concebendo-a como um período ou fase de transformações no corpo infantil, que vai se tornando maduro. (Groppo, 2000). Essa definição inscreve-se no modelo, denominado por Peres e Rosenburg (1998) como paradigma biomédico (ou médico-biológico).

No trabalho de revisão teórica sobre as concepções de adolescente/adolescência[2] no discurso da saúde pública, Peres e Rosenburg (1998) apontam como tal modelo é predominante na área da saúde, trazendo implicações importantes para a prática, entre as quais destacam: a universalização e naturalização da adolescência, quando se trata de sujeitos concretos, seguindo um padrão de adolescente, caracterizado pela condição de vulnerabilidade definido pela epidemiologia. Isso significa dizer que, neste modelo/paradigma, se desconsideram a vivência e significação dos processos de construção dos sujeitos em geral, e, neste caso específico, do adolescente, tratando de forma homogênea e individualizada as questões que envolvem um determinado grupo de pessoas.

Nesta ótica, o paradigma biomédico acentua o sentido de adolescência na perspectiva desenvolvimentista, considera 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.

Segundo Ayres (1990), a adolescência é tratada nos textos médicos com uma certa uniformidade, - caracterizando um *padrão típico*, no que se refere às necessidades de saúde e nas formas de relação com os serviços,- indicando que:

> *Ela é traduzida como um estágio do desenvolvimento humano, identificado em todo e cada indivíduo, estágio este que traz em si mesmo significados específicos, a partir dos quais se colocariam necessidades imanentes de saúde, que caberia à medicina identificar e satisfazer da forma mais adequada. ( p.140)*

[2] Discussão importante sobre o uso das palavras adolescente e adolescência como sinônimas encontra-se no trabalho de Peres & Rosenburg(1998), de grande importância para a compreensão das práticas em saúde, porém, neste momento não se fará distinção no uso dos termos.

Essa compreensão de adolescência, segundo os autores citados, não é uma formulação exclusiva da área médica, mas, sim, resultado da influência de outras áreas de conhecimento como a psicologia e as ciências sociais, incorporadas de forma acrítica e descontextualizada no discurso médico, como se vê a seguir:

> *Assim é que a medicina de adolescentes, embora incorpore elementos de outros ramos do conhecimento, distintos em termos de seus pressupostos técnico-metodológicos, como a psicologia, a sociologia e a antropologia, ao definir a adolescência, faz a síntese desses elementos, no seu específico objeto, através da universalidade fenomênica e da singularidade interpretativa desses fenômenos que têm caracterizado o conjunto da produção de conhecimentos e cuidados instrumentalizados pela Clínica, de modo geral. ( Ayres, 1990,p.142-3)*

A noção de crise, marcada por tormentos e conturbações, definida e delimitada por alguns autores como "Síndrome Normal da Adolescência", se evidencia nos contructos produzidos pela área médica, quando se trata da normatização e patologização da adolescência. Dessa forma, respalda um olhar sobre a adolescência na perspectiva do que é ou não normal em um determinado período cronológico de vida, do desenvolvimento biopsíquico normal. Assim, a formação e a prática ficam norteadas pelos parâmetros de tempo e comportamentos esperados, diagnosticando processos de mudança como de "adoecimento" na adolescência.

Ainda, neste sentido, Peres e Rosenburg (1998) analisam que tal concepção de adolescência, presente no discurso médico e em grande parte das demais áreas do conhecimento, tem uma função social importante, uma vez que descolam e excluem a contradição, elemento fundamental nos processos de subjetivação.

Essa análise nos permite afirmar que o uso do termo crise, que ideologicamente traz a noção de problema, de algo que foge à ordem natural, do harmonioso, constitui-se no imaginário social como um acontecimento que envolve o adolescente como inadequado e desviante, consistindo em objeto das ações dos poderes e dos conhecimentos capazes de retirá-los dessa crise, ou ajudá-los no percurso do desenvolvimento "natural", a superar esta "patologia" inerente à fase adolescente.

A influência fica evidente quando os psiquiatras franceses, Marcelli e Braconnier (2007), colocam que a psicopatologia do adolescente passou a ocupar, nos últimos tempos, um lugar importante no campo da psicologia e da psiquiatria. Estando no campo da psiquiatria e da psicanálise, afirmam que:

> *Em todos os autores que se dedicaram à adolescência, constata-se a tendência a utilizar uma terminologia originária da patologia para compreender o sentido da crise habitual do*

> *adolescente: a patologia serve assim de modelo para os movimentos próprios desse período, o que* também obscurece qualquer fronteira possível entre o normal e o patológico.(p. 56)

O mesmo parece ocorrer com a enfermagem, que traz na produção científica sobre adolescência uma compreensão fundada no modelo biomédico e influenciado por teorias psicológicas. É o que se constata nos estudos realizados por Cano et al. (1998); Oliveira e Egry (1998) e Ávila (1999). Os dois primeiros (Cano et al.,1998; Oliveira e Egry,1998), referentes à produção bibliográfica na área da enfermagem, apontam que as temáticas mais comuns estudadas são gravidez na adolescência e sexualidade.

Cano et al. (1998), compartilhando das concepções de adolescência como um momento peculiar do desenvolvimento que o torna vulnerável e, conseqüentemente, objeto de apoio, proteção e orientação, analisam que os enfermeiros ainda não têm uma preocupação concreta com relação à adolescência e não estão totalmente inseridos na prática de atendimento integral à saúde do adolescente. Relacionam esse fato à formação que desde 1994 incluiu, obrigatoriamente, no currículo este conteúdo (Portaria MEC 1721/94).

De forma crítica, Oliveira e Egry (1998) analisam que na maioria dos trabalhos, em nível de pós-graduação, no período 1984-94, predominam concepções de adolescência como um fenômeno natural, universal, resultando numa visão a-histórica e única, reduzindo-a em uma etapa de transição entre a infância (organismo incompleto) e a vida adulta (indivíduo pronto e socialmente ajustado). Também consideram, em seus achados, que a adolescência é tida como um período problemático, conturbado, permeado pela conceituação de crise definido por Aberastury e Knobel.

Analisando as políticas sociais e também a prática na área da enfermagem, Ávila (1999) demonstra que o profissional (enfermeiro) é o responsável pela maioria das ações de saúde desenvolvidas com o adolescente antes e após as consultas. Esta constatação, atrelada às concepções de adolescência levantadas nos outros dois trabalhos, nos permite fazer algumas considerações sobre a formação e a prática do enfermeiro na área da saúde.

Primeiramente, se o enfermeiro é o profissional mais envolvido no atendimento ao adolescente antes da consulta, cabe a ele a compreensão da problemática que levou o sujeito a buscar o serviço de saúde. Nesse sentido, sua concepção de adolescência será a referência para o direcionamento das ações seguintes. Sem desconsiderar a atuação dos demais profissionais, parece ser este atendimento, na enfermagem, um espaço

privilegiado para a captação, escuta e encaminhamento das questões sociais que chegam aos serviços de saúde.

Segundo, se a maioria dos trabalhos produzidos na área apresenta como concepção o modelo biomédico, isso parece ser um forte indicativo de que a formação e a prática podem estar norteadas por estas referências.

Consideramos necessário questionar esta compreensão predominante, por ser a saúde uma área onde os adolescentes tendem a ser constantemente alvos de campanhas educativas preventivas e por grande parte das orientações seguir este discurso, que perpassa inclusive por uma visão individualizante e moralista, tendendo a culpabilizá-los por uma escolha que nem sempre é deles. Na enfermagem, o questionamento recai, também, sobre um elemento ainda mais importante, por ser este profissional que, antes do médico, tem o "poder" de direcionar as ações, a partir de seu entendimento da questão.

O trabalho de Peres e Rosenburg (1998) é de grande relevância na compreensão do discurso da saúde pública, mas, para uma compreensão da prática, ainda se carece de estudos com uma base empírica, pois nem sempre profissionais que estão no cotidiano, trabalhando diretamente com adolescentes, publicam trabalhos, o que pode apontar uma certa contradição entre o discurso teórico e prático.

Na área da atenção básica, são esses dois profissionais que compõem, obrigatoriamente, a base dos serviços de saúde. As equipes, geralmente, são compostas por outros profissionais de saúde, considerando-se que o entendimento das questões de saúde deve ser plural, multiprofissional. Porém, quando não é possível, sempre são priorizados o médico e o enfermeiro. Nessa lógica, o cotidiano dos serviços de saúde conta sempre com a presença desses dois profissionais, e, atualmente, as equipes de Saúde da Família são compostas basicamente por eles, como veremos no capítulo seguinte.

Consideramos, portanto, que têm sido esses profissionais (médicos e enfermeiros) os principais responsáveis pela captação e encaminhamento de ações voltadas ao público adolescente/jovem. As ações podem ser coletivas e/ou individuais, curativas e/ou preventivas, dependendo do entendimento que se tem da questão e, principalmente, da população atendida.

No âmbito da saúde comunitária, Ayres (1990) aponta que a adolescência, enquanto objeto/produto potencial, não pode ser uma abstração concretizável apenas no plano individual. Critica o caráter a-histórico e individual da compreensão de

adolescência que perpassa a clínica de adolescentes e se estende para o terreno das práticas sociais. Porém, considera importante construir um recorte de adolescência que seja qualitativamente coletivo, não sendo possível, na prática, que sejam objeto de trabalho tantos tipos de adolescência, quantos adolescentes existam. Entende que é preciso uma delimitação que permita estabelecer critérios que expressem uma condição de vários adolescentes.

Concordamos que as práticas em serviços de saúde precisam ser coletivizadas, não apenas para suprir a demanda, mas por uma compreensão epistêmica de sujeito, como constituído social e coletivamente. Nesse aspecto, as colocações do autor precisam ser analisadas com cuidado, pois as práticas coletivas não podem perder de vista o sujeito das ações, enquanto um ser constituído coletivamente, mas com uma subjetividade singular.

No modelo, denominado biomédico, este sujeito é alvo de ações sobre as quais pouca ou nenhuma decisão tem. A autonomia fica restrita a aceitá-las ou não.

Entendemos que uma prática em saúde que respeite o sujeito, enquanto ser social, mas também individual, significa envolvê-lo em todo o processo de construção e decisão das ações, instrumentalizando-o com o conhecimento profissional. Práticas coletivas são construídas coletivamente, envolvendo o sujeito a quem se destinam as ações, compreendendo-o como importante, já que traz a dimensão dos sujeitos concretos e não idealizados pelo saber médico.

Nossa compreensão de adolescência considera que as mudanças biológicas ligadas às questões hormonais fazem parte do desenvolvimento humano, mas que mesmo estas são influenciadas e modificadas pelas condições concretas de vida de cada pessoa, sendo significadas pela cultura, pelo grupo social e qualitativamente diferentes para cada sujeito. A significação de cada experiência é mediada pela história de vida, pelo grupo social, pela cultura e pelo processo de subjetivação dos sujeitos. (Ozella e Aguiar, 2008; Ozella, 2003a; Aguiar, Bock e Ozella, 2007; e outros)

Esse sentido de adolescência ainda é pouco influente nos constructos teóricos e, principalmente, nas práticas voltadas aos adolescentes/jovens, como pudemos observar no percurso que acabamos de realizar e poderemos constatar também, quando discorrermos sobre adolescência e políticas públicas de saúde.

No entanto, é com esse sentido que pretendemos desenvolver este trabalho, apoiando-nos na perspectiva sócio-histórica, vertente teórica da psicologia que têm sua origem em estudos de autores russos, entre os quais destacam-se Vigotski, Lúria e

Leontiev, e que será mais bem discutida no capítulo III. Nessa perspectiva, a compreensão da adolescência é formulada na lógica dos referenciais do materialismo histórico dialético, onde a concepção de homem e de mundo passa pela negação de uma natureza humana, entendida como uma constituição que se dá na apropriação do humano, na convivência com o humano.

Dessa forma, é entendida como idade de transição que implica mudanças qualitativas nos interesses, desenvolvendo a autoconsciência e, consequentemente, a autonomia, decorrente da revolução nos processos psíquicos. Esses pressupostos discutiremos com maior profundidade nos referenciais teórico-metodológicos. Entretanto, a crise citada por vários autores, configurada quase que hegemonicamente nas construções teóricas discutidas, é entendida por Vigotski (2006) como o movimento, o processo de transformação do *ser humano em si* para o *ser humano para si*. Esta formulação se baseia em Hegel, cuja tese é a de que, no começo, todas as coisas existem em si e que, no processo de desenvolvimento, se convertem em coisa para si. Na compreensão de Vigotski:

> *Pues bien, esa transformación del niño del ser humano en sí en adolescente – el ser humano para sí – configura el contenido principal de toda la crisis de la idad de transición. En esa época madura la personalidad y su concepción del mundo, es el período de las síntesis superiores producidas por la crisis del devenir y de la maduración de aquellas formaciones superiores que son el fundamento de toda la existencia consciente del ser humano.* (2006, p. 200)

Portanto, na idade de transição, o homem passa a recorrer a diversas denominações verbais em seus atos psíquicos, tomando consciência de si e transformando seu comportamento para si.

No entendimento da visão sócio-histórica, a mudança que ocorre na adolescência é qualitativa e não uma evolução natural do desenvolvimento, com a alteração na estruturação psíquica, principalmente no conteúdo e na forma de estruturação do pensamento. Entendemos que a contribuição está em romper a fragmentação presente na idéia de fases distintas do desenvolvimento contínuo e natural.

Compreendendo adolescência como um momento de um processo, cada indivíduo o vivenciará de uma maneira, dependendo de sua história de vida, de suas interações, do desenvolvimento de seus interesses e de suas necessidades. Também não será patológico, no sentido de que não vivenciar as mesmas coisas que outro adolescente pode ser saudável, podendo o adolescente ser sujeito de sua própria história, fazer suas

próprias escolhas dentro de suas possibilidades objetivas e subjetivas. Como aponta Aguiar, Bock e Ozella:

> *a adolescência, na forma como se constitui, deve ser entendida no seu movimento e suas características devem ser compreendidas no processo histórico de sua constituição . (2007, p.167)*

Essa compreensão nos parece ser um desafio para as práticas em saúde, pois implica uma ressignificação dos processos constitutivos do ser humano. O domínio do modelo biomédico, que valoriza o que é observável e mensurável, não permite reconhecer o sujeito enquanto possibilidade de construções diferentes, ficando restrito à compreensão do ser biológico e de um desenvolvimento que segue uma ordem normal. Tudo o que foge a esse padrão passa a fazer parte da ordem do patológico e, portanto, a ser alvo das ações que restabeleçam o normal, o natural.

Nesse sentido, ao observar o cotidiano dos serviços de saúde, constatamos o pouco espaço para o adolescente do ponto de vista do modelo biomédico e a quase ausência de propostas que o considerem em outras dimensões como a psíquica e a social. Ayres e França Jr. (2000) também apontam este não lugar do adolescente, afirmando que:

> *Não são comuns serviços de saúde que dispõem de trabalho voltado especificamente para a população adolescente, com suas necessidades particulares e seu modo todo peculiar de procurar e utilizar a assistência à saúde. Mais raros ainda são aqueles que entendem esse tipo de trabalho na perspectiva médico-sanitária, isto é, que se ocupam da dupla dimensão individual e coletiva, em que a saúde do adolescente se configura como questão. (p. 66)*

Um último aspecto a ser considerado refere-se à contradição posta entre a definição e/ou conceituação da adolescência e a organização dos serviços de saúde. Nessa área, como já demonstrado, a conceituação mais aceita de adolescência é a de fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por mudanças anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais.

Por essa definição, entende-se que o adolescente se diferencia grandemente da criança, mas não está, ainda, na condição de adulto. Nesse sentido e na lógica da organização/ especialização dos serviços de saúde, quem é o médico do adolescente?

Teoricamente, até os 12 anos a atribuição é do pediatra, e, após esse período, do médico de adulto. Portanto, na organização dos serviços e delimitação de atribuições, não existe espaço para a transição, principalmente para aqueles que se encontram entre

12 e 14 anos, período em que a pediatria deixa de atender, e as demais especialidades (médico de adulto ou clínico geral) ainda o consideram como criança.

Esse panorama evidencia uma contradição, indicando ser um período em que a adolescência não tem lugar na prática médica, ao mesmo tempo que a própria definição mais aceita na área médica a indica como que um período importante do ponto de vista do crescimento e desenvolvimento, como nos lembra Silva & Pinotti (1987):

> *Comparada com a infância, esta fase da vida é período em que há nítida diminuição da incidência de doenças orgânicas. Entretanto, é a fase de crescimento e desenvolvimento, onde ocorrem importantes modificações do ponto de vista biológico, social, psicológico e sexual. O médico, de modo geral – e particularmente o pediatra – formado mais para a cura das doenças do que para sua prevenção, sente-se perplexo diante de jovens que, embora não tendo doenças, têm tantas dificuldades. (p.642)*

Não se pode generalizar a compreensão de adolescência a toda área médica; no entanto, este último aspecto discutido remete à formação, considerando que os cursos de medicina e enfermagem, bem como de outras áreas de saúde, organizam seus projetos pedagógicos, geralmente por áreas e especialidades. Essa fragmentação evidenciada nos serviços parece ser reflexo de como o humano é pensado desde a formação, num modelo que denominamos " franksteriano", onde se trabalha um mesmo objeto de formas tão diferenciadas, sem a preocupação com uma compreensão mais ampla e articulada.

De forma geral, foi possível constatarmos a predominância da forma naturalizada, universal e patológica de conceber a adolescência nas construções teóricas e seu reflexo no imaginário social, principalmente na área de saúde. Essa afirmação se respalda fundamentalmente na noção de desenvolvimento evidenciada na maior parte dos constructos teóricos, trazendo a idéia de fase, período do desenvolvimento, onde "naturalmente" se vivenciará a "crise", como um aspecto importante para a passagem à condição de adulto. Por outro lado, identificamos alguns avanços em relação ao entendimento do social como um aspecto que influencia esse desenvolvimento, mas ainda permeado pela naturalização dos atributos inerentes à adolescência.

Apontamos uma possibilidade de compreensão de adolescência/juventude diferenciada, fruto dos pressupostos marxistas e da psicologia sócio-histórica, na qual nos aprofundaremos no capítulo teórico-metodológio.

Tendo por subsídio as concepções de adolescência e de desenvolvimento discutidas neste capítulo, passaremos à historicização e análise das políticas públicas de saúde voltadas à adolescência/juventude e às influências destas construções teóricas.

## Capítulo II: Políticas Públicas de Saúde e Adolescência

No Brasil, as políticas públicas foram se construindo, historicamente, atreladas a uma visão assistencialista e geralmente segmentadas em grupos: crianças, gestantes, portadores de deficiências físicas, e outros. Mais recentemente, a partir de mobilizações populares, a Constituição e leis como a 8.142, de 18/12/1990, que organiza os serviços públicos de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e a 8.069, de 13/07/90, que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tentaram reverter o quadro, priorizando necessidades evidentes da população, garantindo eqüidade a todos os cidadãos brasileiros, pelo oferecimento de políticas públicas como um direito social.

No entanto, as políticas públicas e mais especificamente os programas educativo-preventivos voltados para adolescentes parecem ainda ser pensados e propostos sem considerar a realidade local que envolve a população a ser atendida, a estrutura e contexto do serviço, os indicadores sociais e, principalmente, os profissionais envolvidos na implantação e execução dos programas.

Cohn (2004), ao discutir o espaço da juventude no modelo de proteção social brasileiro, afirma que: "*os jovens, tidos em geral como portadores do futuro, e de um futuro sempre promissor, não cabem nesse desenho*" (p.160). Parece evidente nas políticas públicas em geral, um entendimento de que a adolescência/juventude[3], por ser compreendida como uma fase ou período do desenvolvimento, não se constitui como um grupo com necessidades sociais básicas, para as quais se devem pensar políticas públicas específicas. Ainda, segundo esta autora:

> *os jovens, por se encaixarem nessas categorias e serem portadores da potencialidade de sua força de trabalho quando na idade "adulta", situam-se numa categoria transitória – da infância para a maturidade-, a eles cabendo a garantia do acesso à educação e à saúde, vale dizer, aos instrumentos necessários para a qualificação de sua força de trabalho quando na idade " adulta*". (2004, p.161)

Um dos parâmetros que embasam a elaboração e avaliação de políticas públicas, são dados/indicadores, geralmente estatísticos, que retratam a realidade brasileira em seus diversos aspectos (sociais, políticos, econômicos, etc) e âmbitos (saúde, educação, assistência social, outros). Na área da saúde, o cruzamento dos dados é extremamente

[3] Discussão apresentada no capítulo anterior sobre o uso dos termos puberdade, adolescência ou juventude. Aqui serão utilizados como sinônimos para facilitar a compreensão de políticas públicas, onde, no geral, não se diferenciam esses termos.

relevante, constituindo-se em indicativos para propostas que possam adentrar no espaço das carências, dificuldades e necessidades de prevenção.

Entretanto, somente esses dados não são suficientes para a elaboração de políticas públicas efetivas para as necessidades da população. Outros parâmetros, por exemplo, o modelo de saúde que se propõe a implementar, devem ser utilizados a fim de que se altere a realidade em favor do cidadão.

Com relação à adolescência/juventude brasileira, alguns indicadores revelam o panorama desta população nas políticas públicas, principalmente no âmbito da educação e da saúde. Observaremos, primeiramente, alguns dados/indicadores para, em seguida, contextualizar a adolescência nas políticas públicas de saúde.

Quanto à demografia envolvendo a população adolescente/jovem, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1997) apontavam uma população adolescente/jovem de 40.433.926 entre 15 e 24 anos, e estimava para dez anos depois uma população de 35 milhões. Esse dado demonstra uma redução na população desta faixa etária, provavelmente por decorrência de vários fatores, como a redução na taxa de natalidade, e o aumento no índice de mortalidade.

Quanto à mortalidade, os índices dessa faixa, segundo o Ministério da Saúde (1996), se configuravam no seguinte quadro: 18,3% por doenças infecciosas parasitárias, do aparelho respiratório, circulatório e neoplasias; 72,2 % por causas externas e 6,5% causas mal definidas.

Os indicadores sociais do IBGE (2003) mostravam que os óbitos por violência (causas externas) tiveram um aumento significativo no país, principalmente com referência à mortalidade por homicídios nos grupos de 15 a 24 anos do sexo masculino. Comparativamente, em 1992 eram 19,2 mortes por homicídios, e em 2001 passaram a 27,8.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA - 2007), entre 2003 e 2005, morreram cerca de 60 mil jovens do sexo masculino, na maioria dos casos por fatores externos (78%), majoritariamente associados a homicídios e acidentes de trânsito. Entre as mulheres, os óbitos causados por esses fatores representam 35% do total. Para os negros, o quadro é ainda mais complicado. A taxa de mortalidade dos jovens de 18 a 24 anos, é de 204,58 por 100 mil entre os brancos, e 325,04 para cada 100 mil jovens negros.

Podemos apreender com esses dados/indicadores que, nas últimas duas décadas, a mortalidade de adolescentes/jovens manteve-se em altos índices, relacionados às causas

evitáveis, principalmente se analisarmos pela ótica da prevenção de saúde. Saúde, concebida de forma mais ampla, passa a ser diretriz principal no Brasil, considerando-se que, a partir de 1990, se colocam legalmente a promoção e a prevenção de saúde como parte das ações integrais do Sistema Único de Saúde (SUS) e, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), as crianças e adolescentes também são colocados como prioridade absoluta na elaboração e execução de políticas públicas.

Com este panorama legal e real, parece haver um descompasso entre o instituído e o que se revela nos dados. Ou seja, o aumento considerável no número de mortes de adolescentes/jovens por causas externas e, portanto, preveníveis, evitáveis, enquanto o panorama legal aponta para avanços na forma de compreender as ações voltadas à população adolescentes/jovens, indicando que a educação e a prevenção em saúde devem ser o foco das políticas públicas.

Ratificando esta situação, o Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007 (Waiselfisz, 2007), publicado pela Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana (RITLA), mostra que a principal causa de morte entre os jovens no Brasil[4] é decorrente de causas externas, mais especificamente de causas violentas, principalmente por homicídio. Ainda com base no relatório, os dados apontam que, em 2005 morreram 45.336 jovens, sendo 27.784 (61,3%) decorrentes de acidentes de transporte, homicídios ou suicídios.

Todos esses dados apontam para um quadro que se repete ano a ano, sem que mudanças substanciais ocorram, mesmo com propostas de mudanças nas políticas de saúde e educação, que implementam estratégias voltadas a reduzir a mortalidade e promover saúde, bem como a reduzir a evasão com a não-reprovação, como acontece no sistema público educacional do Estado de São Paulo (progressão continuada).

Comparando os dados, o referido relatório aponta uma pequena redução no número de homicídios em 2004 e 2005, atribuindo esse resultado à entrada em vigor do novo Estatuto do Desarmamento. Por outro lado, há indicação de aumento de 11,8% nas mortes por acidentes de transporte entre 2003 e 2005.

Mais um dado relevante pode ser observado no relatório, no que se refere à aproximação desses dados com a situação de pobreza. Fica evidente, na comparação entre regiões do país, que o que mais vulnerabiliza o jovem no que se refere à violência não é necessariamente a condição de pobreza, mas outros fatores relacionados à

[4] Este deve ser considerado como um fenômeno Mundial, conforme aponta o documento da OMS (2000).

exclusão social e a garantias de direitos como o acesso à cultura, lazer, esporte, educação, saúde e outros, tornando o fenômeno mais complexo.

Apesar da pequena queda nos homicídios, os números são alarmantes e precisam ser pensados pela ótica das políticas públicas, como questões de saúde, educação, cultura, assistência social e outros.

Nesse sentido, a forma como a área de saúde tem interpretado os dados na elaboração de políticas públicas pode estar sendo equivocada, ao deter-se provavelmente mais em índices epidemiológicos e menos a indicadores sociais importantes, como os apresentados. Provavelmente essa interpretação se deve ao fato de essa população pouco utilizar os serviços de saúde, já que suas necessidades se circunscrevem a um modelo de atenção que não cabe na estrutura predominante, denominada médico-centrada, cujo foco está no atendimento em consulta individual e em queixas específicas.

O que evidenciamos na análise dos dados é que a *causa mortis* predominante nesta faixa etária se encontra relacionada a outras variantes sociais, requerendo uma abordagem mais integral e multidisciplinar. Se as necessidades da população adolescente não podem ser atendidas simplesmente pelo modelo médico-centrado, os serviços de saúde não se colocam como referência para essa população. Tal compreensão é também apontada por Ayres (1990):

> excetuando-se a condição específica da gravidez (....) a faixa adolescente, e podemos estender esta observação para a infância tardia e os adultos jovens, utiliza pouco o serviço de saúde porque são poucas as necessidades interpretadas por esses serviços de saúde para ela" (p.152-3)

Para o autor, essa é uma análise equivocada, pois os fatores que devem embasar a elaboração de políticas públicas para tal população precisam buscar outras referências e não apenas a epidemiologia.

Em se fazendo uma leitura dos dados epidemiológicos interpretados à luz de uma compreensão de saúde e doença, considerando-se principalmente a condição de vulnerabilidade social, provavelmente os índices seriam outros. Senão, vejamos.

No que se refere ao número de mortes entre a população adolescente, cuja causa é considerada interna apesar do índice muito inferior ao das externas, as neoplasias aparecem como principais. Segundo análise e classificação do Ministério da Saúde (2003) 92,2% dessas mortes seriam evitáveis, ou seja, ações preventivas e intervenção

adequada poderiam modificar o quadro. O mesmo em relação ao consumo de álcool, considerado no Brasil como o principal fator de risco para a morte, doenças e deficiências, teve um aumento de 154 % em quatro décadas.( Health Organization, 2002, apud Carlini-Marlatt, 2005)

Sobre a educação e a condição de trabalho da população entre 15 e 24 anos, os dados são também preocupantes. O Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007 (Waiselfisz, 2007) mostra que apenas 48% das pessoas nesta faixa etária cursam o ensino médio; entre 18 e 24 anos apenas 13 %, o nível superior. De 15 a 17 anos, estão fora da escola 18 %; e de 18 a 24 anos, o abandono escolar chega a 66%. Foram evidenciados como principais causas do abandono escolar entre as mulheres a gravidez, e entre os homens o trabalho.

Se considerarmos que o acesso e permanência à escola é um direito garantido a essa população, os índices apontam a incompetência das políticas públicas em garanti-lo. Entretanto, consideramos que a análise desses dados merecem atenção aprofundada, o que não será objeto deste trabalho. Mas, direta e indiretamente, a escolarização pode se constituir num aspecto importante do ponto de vista da prevenção à violência e da promoção de saúde.

A condição de trabalho entre os adolescentes/jovens é apontada no relatório como um problema grave, sendo constatados 46% de desempregados e, dos que trabalham, 50% de assalariados sem carteira (entre 18 e 24 anos). Analisando os rendimentos dessa população, 31% dos jovens entre 15 e 29 anos têm renda domiciliar *per capita* inferior a meio salário-mínimo, constituindo-se num risco de pobreza e vulnerabilidade. Ainda é possível constatar que 70% dos jovens pobres são negros.

As condições de sobrevivência da adolescência/juventude brasileira apontada nesses dados indica a ausência e/ou precariedade das políticas públicas articuladas a vários setores da sociedade e do Estado. Como afirmam Pochmann e Castro (2008), a condição juvenil:

> *Ademais, exige uma série de políticas públicas gerais e, também específicas, que se mostrem aptas a minimizar os riscos e os problemas já citados, bem como maximizar as oportunidade de inserção econômica, social, política e cultural dos jovens".* (p.2)

No entanto, é preciso considerar que de modo geral, quando os adolescentes/jovens são considerados nas políticas públicas, aparecem pela ótica da prevenção e eliminação da violência, na perspectiva da segurança pública, delimitando-

se as ações pela lógica da profissionalização e não da criação de espaços de sociabilidade e convívio, o que é considerado por Fraga e Iulianelli (2003) um grande equívoco baseado em mitos[5]

Nesse sentido, Abramo (1997) aponta que o Brasil ainda não foi capaz de desenvolver políticas específicas voltadas para a população jovem, apesar de existirem inúmeros programas voltados ao atendimento de adolescentes considerados em situação de "desvantagem social".

Com esse panorama, passamos ao histórico e à análise das políticas públicas de saúde voltadas ao adolescente/jovem no Brasil. Serão focalizadas as políticas públicas no âmbito da saúde, por se considerar que muitos trabalhos atualmente têm discutido aquelas voltadas ao adolescente/jovem em outras áreas. Para quem pretende uma compreensão mais ampla da questão, os trabalhos encontram-se acessíveis. Entre eles podemos citar: Abramo e Branco, 2005; Guareschi, 2007; Novaes e Vannuchi, 2004; Priore, 2007; Sales, Matos e Leal, 2004; Trassi, 2006; Vicentin, 2002; Waiselfisz, 2007 e muitos outros.

## 1. Adolescência e Saúde

Historicamente, a preocupação mais específica com a adolescência/juventude começa a ocorrer na área médica, em meados do século XX. Porém, Coates (1991) e Silber (1997) mostram que no final do séc XIX já se identifica, na Inglaterra, algum interesse pelo crescimento e desenvolvimento do adolescente, com os estudos de Bowditch (1887) e o de Dabney (1888).

No início do século XX, a obra de Stanley Hall (1904) parece influenciar todo o campo, indicando a necessidade de estudos sobre o tema. Em 1918, foi publicado o trabalho intitulado "*O trabalho da Clínica de Adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford*". Parece ser o primeiro trabalho voltado à clínica de adolescentes, não sendo possível analisar a compreensão de adolescente nesta produção. No entanto, Coates (1991) cita um parágrafo, onde se refere à necessidade de a Clínica se preocupar com aspectos sociais e educacionais, além dos problemas médicos. Parece

[5] Sobre o tema, ver Coimbra, C. M. B.; Nascimento, M.L. do. (2003)

muito atual essa observação, que aponta como as questões que envolvem o adolescente estão além do orgânico na área da saúde.

No desenrolar do século XX, várias iniciativas são localizadas, tais como o grupo formado por profissionais de várias áreas (pediatria, psicologia, anatomia, fisiologia, química, biologia e anatomia) que criou a Unidade de Estudos de Adolescentes da Universidade de Yale (USA). Esse grupo se desenvolveu entre as décadas de 20 e 30, sendo considerado o mais antigo na área. (Coates,1991; Silber, 1997)

A criação do primeiro programa de medicina da adolescência ocorreu em 1951, em Boston, Massachusetts (EUA), ao mesmo tempo em que foram fundados o Centro Municipal de Adolescência na Argentina(1955) e o Consultório de Adolescentes em Santiago, no Chile.

Coates (1991) considera que o Programa de Medicina da Adolescência (Boston) foi o primeiro programa de treinamento clínico num centro médico acadêmico, sendo o responsável pela direção tomada pela medicina do adolescente nas décadas seguintes. Reforçando essa informação, Silber (1997) mostra que o programa citado era chefiado pelo Dr. Gallagler, que criou um modelo de atenção que passou a ser a fonte de consulta de todos aqueles da medicina que se interessavam pelo tema, sendo, portanto, a fonte de inspiração ideológica. O modelo foi publicado com 1960 com o título "*A atenção médica ao adolescente*".

Pouco depois, em 1968, foi criada nos Estados Unidos a Sociedade de Medicina da Adolescência (SAM), que passou a organizar comitês que subsidiavam parlamentares na elaboração e aprovação de leis voltadas ao público adolescente, além de publicar boletins, que aos poucos se tornaram as mais importantes referências bibliográficas relacionadas à medicina da adolescência. (Reato, 1999; Silber, 1997)

No Brasil, os primeiros serviços diferenciados surgem na década de 70, ligados principalmente às universidades - Departamento de Pediatria, FM, USP e ao Departamento de Clínica Médica, UERJ. Em 1978, foi instituído o Comitê de Adolescência, da Sociedade Brasileira de Pediatria, culminando em 1985 no Primeiro Congresso Brasileiro de Adolescência em São Paulo e, em 1989, a criação da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA). (Reato, 1999)

Vale destacar que, em 1976, foi criado no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/SP), o primeiro serviço de atenção especial à gestante adolescente, com a participação de um grupo multiprofissional. (Silva & Pinotti, 1987)

Coincidentemente, em 1989 a Organização Mundial de Saúde oficializou a adolescência como núcleo de interesse de um programa de saúde, repercutindo no Brasil, por meio do Ministério da Saúde, com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), que será discutido no tópico seguinte, enquanto política pública.

Enquanto especialidade, a medicina da adolescência passou a ser reconhecida como subespecialidade em pediatria e medicina somente na década de 1990, quando a Associação Médica Americana (AMA) estabeleceu que para essa subespecialidade era necessário cumprir um programa de treinamento, com duração aproximada de 3 anos, e passar por um exame em medicina da adolescência (Silber, 1997). No Brasil, parece não existir esse tipo de exigência, sendo a medicina da adolescência parte integrante da pediatria, cuja responsabilidade pela formação cabe aos cursos de graduação em medicina, com o estágio chamado residência. Recentemente, algumas especificidades surgiram na tentativa de preencher a lacuna os chamados hebiatras.

A saúde é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não apenas como ausência de doença, mas como um estado de bem-estar físico, mental e social, de forma integral. Essa referência de saúde e o surgimento de programas específicos para a adolescência, nas décadas de 50 e 60, possibilitaram a oficialização, em 1969, da adolescência como programa da OMS, inclusive com destinação orçamentária. Assim, foi definida pela OMS, em 1974, como uma etapa evolutiva, compreendida entre 10 e 20 anos, e que, em geral, se inicia com as mudanças corporais da puberdade, referindo-se aos aspectos maturacionais biológicos, psicológicos e econômicos, terminando com a inserção social, profissional e econômica. (Reis & Zioni,1993; Silber et al. ,1992; Formigli, Costa e Porto, 2000, Coates, 1991).

Segundo Heidemann (2006), esse conceito abrange a pré-adolescência (10-14 anos) e a adolescência propriamente dita (15-19 anos), entendendo que:

> *Se analisarmos que o processo de adolecer pressupõe o amadurecimento corporal, sexual, cerebral, psicológico, social e profissional, deduzindo que a adolescência começa na puberdade, com as primeiras alterações corporais e comportamentais e finaliza quando a pessoa assume sua identidade pessoal e profissional. Portanto, 11 anos acreditamos ser , neste momento, neste momento histórico, o início da adolescência. Os 20 ou 22 anos, ou onde terminam as etapas iniciais de formação profissional e independência econômica dos pais seria o final da adolescência. Concluímos que a adolescência, em nossa sociedade, termina junto à formação escolar e à entrada no mercado de trabalho (p.17)*

Com este quadro, passamos a historicizar e analisar como esse modo de tratar a adolescência/juventude se reflete nas políticas públicas de saúde.

## 2 - Adolescência e Políticas Públicas de Saúde

A Constituição Federal de 1988 definiu como um de seus princípios fundamentais a prevalência dos direitos humanos e, dentro desses direitos, preconizou a saúde como um direito de todos e dever do Estado[6]. No texto constitucional, o art. 196 ficou assim descrito:

> *A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 sua promoção, proteção e recuperação*

De maneira simplificada, significa que os princípios que regem a atenção em saúde devem ser os mesmos em todo o país (universalidade), garantindo a todo e qualquer cidadão o acesso ao sistema de saúde – SUS, (eqüidade). Para tanto, devem ser previstas ações e serviços de saúde em todos os níveis (primário, secundário e terciário), acessíveis a todo e qualquer cidadão, e capazes de atender as suas necessidades, quanto à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde (integralidade).

Estes princípios serão retomados e mais bem discutidos posteriormente, no tópico referente à atenção básica. No entanto, é importante considerar que a década de 1990 configurou-se um momento importante por decorrência das conquistas na Constituição Federal, com a elaboração da lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e também sobre as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais (SUS). Ainda em 1990, uma reação de entidades da sociedade civil, por observar as ambigüidades do sistema, levou a um acordo de lideranças partidárias no Congresso e no Governo, resultando na lei 8.142 de 20/12/1990, que tornou obrigatórios os Conselhos e Conferências de Saúde e os repasses federais aos estados e municípios. Além disso, foi estabelecida como condição para esses repasses a instituição de fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários. Estava, portanto, definida a Política de Saúde Pública do País – o Sistema Único de Saúde (SUS).

---

[6] Para melhor compreender a aprovação dos princípios constitucionais e, conseqüentemente do SUS, é de fundamental importância recorrer ao histórico das políticas de Saúde no Brasil, que pode ser encontrado em vários trabalhos, entre os quais: Mendes (1994); Cohn e Elias (1996) e Fonseca (2000)

Com relação à Saúde do Adolescente, para viabilizar os princípios constitucional, em 1989 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) – para a faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias – sendo implantado em todo o território nacional. Nesse programa, foram consideradas áreas prioritárias, a partir do quadro epidemiológico nacional[7]: 1-crescimento e desenvolvimento, 2-sexualidade, 3-saúde bucal, 4- saúde mental, 5-saúde reprodutiva, 6-saúde do escolar adolescente e 7- prevenção de acidentes. As ações se desenvolviam em todos os níveis de atenção por equipes multidisciplinares de saúde, em Centros de Referência. O objetivo consistia em enfatizar ações educativas e a participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde (protagonismo juvenil).

No entanto, em 1986 o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Materno Infantil, já havia englobado a assistência primária à saúde dos adolescentes entre suas funções, tendo reunido profissionais de saúde de vários estados, experientes com adolescentes, para iniciarem a elaboração e distribuição de Normas Técnicas para o atendimento dessa população (Coates, 1999).

No contexto da saúde, pode-se afirmar que o PROSAD consiste na primeira política pública proposta para o grupo adolescente/jovem, reconhecendo-o como cidadão, portanto sujeito de direitos. Também pode ser considerado como uma possibilidade de viabilização do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), segundo o qual passa a ser prioridade absoluta a atenção integral à criança e ao adolescente, reassegurando o direito à vida e à saúde "*mediante e a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência" (ECA,1990, art. 7º.).*

Quase vinte anos depois da criação, avalia-se que a expectativa não se confirmou plenamente, ao observarmos, nas políticas públicas e na formação dos profissionais de saúde, principalmente do médico e do enfermeiro, o não-espaço para o adolescente, limitando-se a ações pontuais e intervenções decorrentes de demandas espontâneas na maioria dos casos. Vejamos como se configurou a política de atenção à saúde do adolescente neste período.

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a condição de sujeito de direitos passa a ser assegurada a crianças e adolescentes, com a condição especial de

[7] Na época de implantação os dados indicavam uma população jovem de 32 milhões (21,84% da população brasileira (IBGE/1991). A 1ª. causa de mortalidade era externa (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios); 14,4% dos adolescentes entre 10 e 14 anos e 9,42% de 15ª 19 anos eram analfabetos.

desenvolvimento integral, indicando um grande avanço na democratização e garantia dos direitos humanos. Nessa perspectiva, as políticas públicas, mais especificamente, os trabalhos voltados para crianças e adolescentes deveriam considerar essa característica peculiar, pensando no desenvolvimento de forma integral, considerando a realidade de cada população. Nessa lógica, ser pensado como sujeito de direitos, na condição peculiar de desenvolvimento.

Nesse contexto e mediante a obrigatoriedade legal, em 1993, o Ministério da Saúde lança as primeiras *Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente*, com a finalidade de orientar as equipes de saúde na atenção ao adolescente, e tendo como pano de fundo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, indicando, inclusive, aos Estados e Municípios a capacitação específica das equipes de saúde para esse atendimento.

As diretrizes foram divididas em três grupos: a) diretrizes para o atendimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, distúrbios da puberdade e desenvolvimento psicológico do adolescente; b) diretrizes para a saúde mental e sexualidade na adolescência; c) diretrizes para a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e problemas ginecológicos. Constavam, ainda, como recomendação o princípio da integralidade na atenção e a importância de uma equipe multiprofissional participando de palestras, grupos, visitas domiciliares e outras atividades, sendo preferencialmente desenvolvido na atenção básica.

Podemos observar contradições nessas diretrizes, principalmente no que se refere à concepção do sistema e sua efetividade. Sendo uma norma que direciona as ações integrais, como trabalhar separadamente, ou ter diretrizes diferenciadas para questões de sexualidade e de doenças sexualmente transmissíveis e de problemas ginecológicos? Diretrizes para questões de distúrbios da puberdade e de desenvolvimento psicológico diferentes das de saúde mental? Como os serviços e os profissionais de saúde podem pensar e agir integralmente com a população adolescente, se a organização dos serviços é proposta de maneira fragmentada?

Essa fragmentação não ocorre apenas na área de saúde, muito menos na área de saúde do adolescente. Ela é decorrente de toda a história de organização dos serviços e de como são pensadas as políticas públicas no modelo neoliberal, ou seja, por segmentos populacionais, estratificados por idade e vulnerabilidade. Na década de 1980, por exemplo, foram desenvolvidos o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), na mesma lógica do PROSAD (Guedes, 2001). Apesar de o modelo legalmente vigente naquele momento ser outro, a lógica de elaboração e efetivação das políticas públicas continuava sendo a mesma, fragmentada e "fransksterizada", expressão que utilizamos anteriormente para ilustrar o que significam, na prática, ações desarticuladas e difundidas sob a roupagem da integralidade.

Em 1999, o Ministério da Saúde ampliou a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos, elaborando, ainda, uma agenda nacional sobre a saúde de adolescentes e jovens que abordava os principais agravos à saúde trazidos pelos dados epidemiológicos e por pesquisas nacionais, na procura de integrar ações intra e intergovernamentais para a atenção plena à saúde deste grupo populacional. Tal decisão teve como base a Reunião Mundial de Ministros da Juventude em Portugal, em 1998, que trouxe um novo olhar sobre a vulnerabilidade deste grupo etário – 15 a 24 anos – às repercussões do processo saúde-doença advindas das determinações socioeconômicas e políticas da reforma do Estado no Brasil.

No ano de 2005, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde – Área de Saúde do Adolescente e do Jovem -, o Ministério da Saúde (2005) lança o manual *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde*. O documento tem como objetivo nortear a implantação e implementação de ações e serviços de saúde que atendam adolescentes e jovens integralmente, de forma resolutiva e participativa (atualmente nomeado protagonismo juvenil).

Mais uma vez, apresentam princípios e diretrizes, mas desta vez com o indicativo de flexibilidade, significando que eles podem ser adaptados às várias realidades do Brasil, e considerando ser fundamental o acesso desta população às seguintes ações: acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes e a busca do trabalho inter e multiprofissional, sendo permanente o processo de aperfeiçoamento profissional da equipe. Os princípios e diretrizes são assim definidos:

> ***"Princípios:*** *Ética: a relação do profissional de saúde com os adolescentes e jovens deve ser pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias; Privacidade: adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos caso desejem; Confidencialidade e sigilo: adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis,*

> *bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. No entanto, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou seja, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações como abuso sexual, idéia de suicídio, informação de homicídio e outros; e* **Diretrizes**:*- adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; -respeito às características sócio econômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; - participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.*" (MS, 2005, p.5) (grifo nosso)

Os princípios e diretrizes, conforme citado, constituem um avanço importante na maneira de compreender e atender às necessidades de saúde do adolescente, respeitando principalmente os princípios, ou melhor, direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Um pouco tardio, se considerarmos que esses direitos estavam garantidos legalmente há quinze anos. No entanto, o documento ainda não se constitui na garantia efetiva desses direitos, mas um avanço na lógica da implementação dos serviços e como uma possibilidade aos profissionais de saúde de pensarem novas formas de atenção à saúde, para além do modelo biologizante, universal e patológico dominante no campo da saúde, conforme demonstrado em vários estudos sobre o tema (Peres e Rosemburg, 1998; Ayres, 1990; Ayres e França Jr., 2000; Mendonça, 2002; entre outros)

No mesmo ano (2005), o Ministério da Saúde participou das discussões para a criação da Secretaria da Juventude e o Conselho Nacional de Juventude, com o objetivo de dar continuidade às discussões para a elaboração de uma política nacional que respondesse às necessidades de saúde e aos anseios dos adolescentes e jovens brasileiros de ambos os sexos. Convocou coordenadores estaduais e municipais responsáveis pela saúde de adolescentes e jovens, profissionais de saúde, universidades, conselhos profissionais, áreas de interface no Ministério da Saúde, organizações não governamentais (Ongs) e grupos organizados de adolescentes e de jovens, para desenvolver o processo de elaboração da política de atenção integral à saúde do adolescente, terminando sua elaboração no final daquele ano. No ano seguinte, teve início a pactuação e discussão junto aos gestores estaduais e municipais do SUS, para posterior aprovação da política pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (Secretaria de Atenção à Saúde), em seus documentos oficiais, afirma seu entendimento de que, para garantir o desenvolvimento integral da adolescência e da juventude, é necessária a construção de políticas públicas capazes de prover atenção integral à saúde em todos os níveis de

complexidade. Assim, levou à aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (2007).

Segundo o documento que apresenta a política aprovada, justifica-se a adoção dos termos adolescência e juventude em seu plural – *adolescências* e *juventudes* – no intuito de se reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais. O documento adota também a convenção elaborada pela OMS que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude, considerando uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Refere-se, portanto, ao conjunto de adolescentes e jovens, na faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

Enquanto concepção, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente e de Jovens considera:

> *...a adolescência uma etapa do desenvolvimento do ser humano marcada por profundas transformações biopsicossociais. O acelerado crescimento físico dessa fase é acompanhado pela maturação sexual e a capacidade de abstração e o pensamento crítico se desenvolvem, juntamente com um maior senso de independência emocional e de auto-conhecimento. Formula-se, gradualmente, o código pessoal de valores éticos. A puberdade é entendida como componente biológico da adolescência,sendo assim, universal. A dimensão psicossocial da adolescência, entretanto, pode variar consideravelmente de acordo com o momento histórico e o contexto sócio-cultural, ou mesmo inexistir enquanto categoria social. Os processos de amadurecimento físico, mental, emocional, social e moral da adolescência também são influenciados pelas peculiaridades inerentes a cada sujeito, tornando complexa a sua delimitação e conceituação.* (2007, p3)

O mesmo documento faz considerações sobre a compreensão social da adolescência/juventude, geralmente encarada como um tempo de espera. Criticada em suas iniciativas e posturas, vinculada a problemas individuais e sociais, renegada em seus anseios de participação e protagonismo, seduzida pelos apelos do consumismo, hedonismo e individualismo, a adolescência transformou-se, de fato, numa “crise”. Mas se posiciona, entendendo que não se trata de uma crise *inerente* a esse período de vida, mas decorrente de uma construção social e cultural cujas significações repercutem tanto sobre as pessoas que atravessam essa fase, quanto sobre a sociedade. Enquanto a juventude é uma categoria sociológica, relacionada à inserção no mundo social, ou seja, ao processo de conquista da independência econômica e profissional.

Outro aspecto importante que consta no documento refere-se ao processo de elaboração da Política Nacional de Saúde para a adolescência e juventude. Tal consideração mostra a avaliação de que existe uma ausência de demanda espontânea por

parte dos adolescentes e jovens, causando uma invisibilidade de pessoas jovens no SUS (não são reconhecidas em sua especificidade etária). Justifica, assim, como estratégia prioritária de atenção à saúde do adolescente a eleição da atenção básica, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, sendo entendida como a porta de entrada de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado.

Portanto, não preconiza a criação de centros de referência, como ocorria na política anterior (o PROSAD, que, de certa forma, fere o princípio da universalidade), mas o fortalecimento da atenção básica, destacando a Estratégia de Saúde da Família.

Como veremos a seguir, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) destaca o cuidado familiar ampliado, incluindo-se adolescentes e jovens da área/território de trabalho.

Com essa Política de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e de Jovens, as seguintes metas passam a integrar a ESF: realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atender à saúde sexual e reprodutiva de ambos os sexos; articular ações da morbimortalidade por causas externas e ações educativas com grupos. A proposta indica ser o espaço da atenção básica o lócus privilegiado para se construir uma rede de proteção social que garanta os direitos dessa população. A lógica consiste na inserção de adolescentes e jovens nas ações e rotinas dos serviços de saúde, fundamentando-se nos princípios da territorialidade, intersetorialidade e articulação de parcerias; na participação juvenil; na promoção e prevenção em saúde, com melhor aproveitamento de recursos humanos. Também a educação permanente em saúde, como proposta estratégica para a operacionalização da política.

Ficam também responsabilizadas pela implementação e efetivação das políticas as três esferas de governo, cabendo às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a obrigatoriedade de incluir no plano municipal e estadual de Saúde os problemas mais freqüentes da saúde integral de adolescentes e jovens de ambos os sexos, enfatizando as ações de promoção à saúde integradas à Política Nacional de Saúde.

Nesse novo contexto, o questionamento elaborado por Mendonça (2002) cabe como reflexão importante:

> *no momento em que o PSF, como estratégia de organização dos sistemas de saúde, se expande para os grandes centros urbanos, é importante observar em que medida sua forma de atendimento atinge esse segmento social em suas complexas necessidades.* (p.119)

Torna-se imprescindível refletir sobre o que significa, no cotidiano dos serviços das equipes de Saúde da Família, esta (nova) atribuição, a atenção à saúde do adolescente, não só no aspecto da demanda, mas principalmente na forma como esses profissionais olham a população denominada adolescente/jovem e suas necessidades de saúde. O que embasa, em termos de formação, de preparação, a prática desses sujeitos; e como constroem seus significados e sentidos de adolescência.

Parece que, com essa política nacional, fica posto o desafio de superação de velhos problemas, tanto na organização dos serviços, como na formação dos profissionais de saúde (formação acadêmica e em prática).

Cabe ainda, neste momento do trabalho, refletir sobre os avanços que essa nova proposta traz para a realidade brasileira, se comparada ao histórico das políticas públicas voltadas aos adolescentes e jovens no Brasil. Também refletir sobre o que significa uma proposta, uma política de atenção com tantos avanços ser resultado de uma produção, entendimento coletivo na área da saúde, conforme sugere o documento de apresentação da política.

Supomos que esses avanços não refletem, de fato, o coletivo da saúde pública, mas, sim, o de grupos politicamente engajados e em processo de formação constante, que possibilita pensar e repensar posicionamentos, uma vez que a literatura sobre o tema saúde da família aponta, de forma generalizada, dificuldades várias de efetivação de uma política de saúde baseada nos preceitos do SUS.

Na discussão do material coletado no campo empírico, pretendemos analisar tais questões, buscando compreender o processo de construção dos sentidos de adolescência dos profissionais de saúde que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mais especificamente do médico e do enfermeiro.

Com a política nacional, a ESF precisa ser mais bem compreendida no contexto da atenção básica.

## 3 - Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da Atenção Básica

### 3.1. Histórico da Atenção Básica

A década de 1970, no Brasil, é marcada por modificações importantes na organização da saúde, que apresentava um modelo hegemônico denominado “médico assistencial privatista” (Mendes, 1994, p. 29). Concomitantemente, surgiam propostas

universalizantes e de práticas de participação, decorrentes dos movimentos sociais atuantes no período de transição do regime ditatorial para o democrático (1970-84).

Com a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, tem-se um marco para as mudanças que se seguem. Ela teve como tema a implantação de uma rede básica de saúde, respaldando a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Esse programa foi desenvolvido por uma equipe interministerial, com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPS), trazendo as concepções e diretrizes da Conferência Internacional da Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em Alma-Ata (URSS), em 1978.

Essa conferência e a OPS/OMS conceituaram a atenção primária à saúde como uma via de acesso a um sistema de saúde, atualmente ainda consideradas referências para se planejar a atenção básica.

Segundo Mendes (1994), o programa apontava para temáticas como regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema; no entanto, no confronto político e por contrariar interesses de um grupo dominante, acabou engavetado, mas deixou como herança ações do Movimento da Reforma Sanitária (considerado contra-hegemônico).

No período que se segue, até a aprovação da Constituição de 1988, várias iniciativas e tentativas de reorganizar o sistema ocorreram e foram fundamentais na aprovação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Como exemplo, em 1986 a reestruturação consistia numa ampla reforma sanitária, definindo a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho e acesso aos serviços de saúde, firmando apoio à participação e à pressão dos setores populares.

Isso significava que o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população implica o próprio movimento dessa população conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito. Como decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde e o fortalecimento dos estados através de eleições diretas, o Programa de Desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado em 1987 nos estados da Federação, com os mesmos princípios da reforma sanitária.

Concomitante com a sua implantação, ocorria a elaboração da Constituição de 1988, que foi incorporando os princípios básicos da reforma sanitária através de negociações com o Congresso Constituinte: a universalização, integralidade da atenção,

regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos.

A política de descentralização e hierarquização dos serviços (atenção primária – unidade local; secundária - serviços especializados; e terciária - hospitalar) passou a ser implantada rapidamente, não sendo trabalhada junto à população. Conseqüentemente, esta continuou buscando atendimento, na maioria dos casos, no nível terciário, por falta de conhecimento da nova forma de atendimento ou de confiança na unidade local, como se estivesse num confronto silencioso com um modelo de saúde mais preventivo, local e não hospitalocêntrico, diferente do que até então estava acostumada a utilizar.

Todo esse movimento ocorreu num momento de crise político-financeira do Estado, que muito pouco se preocupava com novos investimentos em saúde, bem como com a desorganização causada pela descentralização, pouco discutida até mesmo com os funcionários dos serviços. A mudança das políticas de saúde em curto espaço de tempo não possibilitou à população acompanhá-la, ficando evidentes nos dez anos seguintes à implantação do SUS, alguns problemas, principalmente na qualidade dos serviços prestados na saúde pública.

## 3.2. Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família(ESF)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o atendimento primário como fundamental, entendendo que contribui para o desenvolvimento da comunidade, com um caráter preventivo e com foco nas necessidades básicas de saúde da comunidade, de acordo com a realidade socioeconômica e cultural (Mello, 1988). Consiste, portanto, na porta de entrada ao sistema hierarquizado, respeitando os critérios de complexidade. Os atendimentos secundários e terciários consistem em serviços especializados e de alta complexidade, sendo os pacientes a eles encaminhados, quando necessário, por meio do serviço primário.

Umas das definições consideradas como mais completa da atenção primária à saúde, foi feita por Lago e Cruz, em 2001, e sintetizada por Andrade et al. (2006) desta maneira:

> *Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; aum custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais*

> *níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde- mediante um pacto social- que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo". (p.787)*

No entanto, os documentos oficiais brasileiros consideram a atenção básica como:

> *um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.....orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação (Brasil, 2006)*

Portanto, com o SUS, a universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e política integrada de recursos humanos passam a ser princípios importantes no planejamento e organização dos serviços, devendo ser considerados em todos os níveis de atenção à saúde.

Antes, porém, de passar à análise do processo de implantação da atenção básica, consideramos importante refletir sobre o que significa integralidade da atenção, termo empregado como um princípio norteador do SUS e, em vários momentos, referido neste trabalho.

O termo integralidade tem sido objeto de discussão por muitos autores nos últimos tempos, fundamentalmente pela dificuldade de sua concretização no sentido literal do termo, representado pela idéia de totalidade. Alguns desses autores (Camargo Jr, 2007; Mattos, 2006; Merhy, 2006; Pinheiro e Mattos, 2005) têm apontado para a polissemia e polifonia do termo, comportando diversos sentidos e significados. Camargo Jr. (2007) o considera como um ideal "*inalcançável e indispensável*" (p.42).

No foco do indispensável, podemos compreender que o sentido da integralidade previsto na Constituição de 1988 aponta o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, não basta o texto constitucional, é preciso ampliar o entendimento, englobando na compreensão de integralidade valores éticos e de justiça social na construção de um sistema de saúde. Ou seja, cabem vários sentidos, vários atores sociais na busca de um ideal emancipatório, equânime e de justiça social, garantindo o acesso a serviços e ações de saúde, ao mesmo tempo que implica intervenção e reflexão, como aponta Merhy (2006) nos trechos abaixo:

> *o campo das ações de saúde deve ser um encontro das multiplicidades, no qual se pode apostar que sujeitos sujeitados conseguem emergir como sujeitos autônomos, produtores de novos sentidos para o viver e compromissados de maneira mais efetiva com a vida, em suas muitas formas de expressão (p.108)*

> *para o entendimento de que, com o nosso agir diário, todos estamos, individual e coletivamente, profundamente vinculados a um modo ético-político de se posicionar no mundo das práticas produtoras ou dês-produtoras de vidas (p.108)*

Dessa forma, pensar em integralidade implica um posicionamento ético político sobre uma prática cotidiana construtora de sentidos, que, segundo Mattos (2005), traz uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos e à disponibilidade para trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis (Pinheiro e Guizardi, 2006).

Nessa perspectiva, a integralidade é entendida como um princípio e uma prática social, que implica diferentes visões de mundo, sendo um dispositivo político de reflexão e crítica aos saberes e poderes instituídos e às práticas cotidianas que possibilitam aos sujeitos, nos espaços públicos, a busca por novos arranjos sociais e institucionais em saúde. (Pinheiro e Guizardi, 2006)

Concordamos com essas reflexões, entendendo que a integralidade consiste num posicionamento ético-político e numa prática reflexiva, implicando, num processo dialético e histórico de constituição dos sujeitos que guia as ações cotidianas na defesa da vida e da coletividade. Ao mesmo tempo, contribui para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, na construção de sua história, respeitando subjetividades a serem consideradas nas ações e práticas em saúde, e a valorização dos espaços públicos como promotores da coletividade e da saúde. Portanto, estamos falando de valores como respeito, liberdade e dignidade dos sujeitos cidadãos.

Mattos (2005) aponta três grandes conjuntos de sentido para a integralidade: 1- atributos das boas práticas de saúde; 2-atributos do modo de organizar os serviços de saúde; e 3- atributos das políticas de saúde específicas, estando subjacente a todos eles o princípio do direito universal de atendimento às necessidades de saúde.

Portanto, a discussão de integralidade nos remete ao cuidado em saúde, a ações plenas que envolvem vários atores no cotidiano da saúde produzindo acolhimento, respeito, dignidade e vínculo. Como bem sintetiza Louzada et al. (2007):

> *a integralidade...se constrói no dia-dia dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS. Assim, não tem um sentido estável, apenas a partir do que está instituído, mas no vai-e-vem dos movimentos constantes de transformação das práticas de saúde"(p.38)*

Com a finalidade de cumprir os princípios previstos na Constituição, entre eles a integralidade das ações, a organização dos serviços passou a considerar como porta de entrada no Sistema Único de Saúde a Unidade Básica de Saúde (UBS), responsável pelo atendimento primário, no aspecto curativo, preventivo e de promoção da saúde, denominada atenção básica.

Como mencionado anteriormente, esta não era uma idéia nova[8]; o desafio estava na implantação, principalmente pela dificuldade de compreensão do que significava a proposta, além das questões político-financeiras que perpassam todo o sistema público e de interesses de grupos, como os da rede privada, por exemplo.

Na primeira metade da década de 1990, muitas dificuldades foram encontradas na operacionalização dos serviços, levando o Ministério da Saúde a repensar estratégias para a implementação dos princípios fundamentais do SUS, principalmente no que se refere à integralidade das ações e prevenção.

A partir de 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica, o Ministério da Saúde definiu a implantação do Programa Saúde da Família[9], considerado em seu texto (Brasil, 1994) como uma estratégia para promover mudanças no modelo de assistência à saúde no País, que, até então, dava mais atenção à cura do que à prevenção das doenças.

A conceituação do programa, em seu documento norteador, o concebe como:

> ..*um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade*.. (Brasil, 1994, p.2)

E tem como objetivo:

> *melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção até a identificação precoce e o tratamento das doenças.* (Brasil, 2004,p.3)

Em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, algumas diretrizes são reformuladas para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), indicando ser

[8] Em 1986, foi realizada a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Ottawa, Canadá, resultando na *Carta de Ottawa*. Fazem parte de sua contribuição a revisão e ampliação do conceito de saúde e são considerados como ações centrais da promoção: a construção de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes saudáveis; o reforço à ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde .

[9] As nomenclaturas Programa de Saúde da Família (PSF) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) são utilizadas para descrever o mesmo fenômeno. No entanto, em 2006/2007, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica e a portaria 1886/GM/MS, parece ter tomado uma amplitude maior, deixando de ser vista como um simples programa, passando a ser orientadora e estruturante na organização do SUS. (Valentin e Kruel, 2007).

esta prioritária para a organização da atenção básica. Os princípios gerais são assim redefinidos, para além dos da atenção básica (Brasil, 2006, cap. II):

> *I- caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da família atuam;*
> *II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;*
> *III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;*
> *IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e*
> *V - ser um espaço de construção de cidadania*

De certa forma, retoma a idéia do médico de família existente no final do século XIX, porém com estratégias e preceitos bem diferenciados.

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes da saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

Consiste, portanto, em um projeto do SUS - definido pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil- de reversão do modelo hospitalocêntrico, com foco na doença (curativo), para ações voltadas à prevenção e educação em saúde, com o foco na atenção básica. Com a estratégia da saúde da família, pretende-se uma expansão e qualificação da atenção básica, como parte de um conjunto de prioridades, definidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

A estratégia foi sendo implementada em meio a críticas e questionamentos sobre a sua forma de atuação e principalmente sobre a equipe que a compõe, quanto à precariedade das condições e relações de trabalho que, de forma perversa e contraditória, coloca aqueles responsáveis pela promoção e prevenção de saúde em condições de adoecimento[10]. A consolidação dessa estratégia só será sustentada por um

[10] sobre o tema ver: Martines, W.R.V. et.al (2007); Kluthcovsky,A.C.G.C. et.al. (2007); Azambuja, E.P. et.al (2007); Camelo, S.H.H.; Angerami, E.L.S. (2004), e outros.

processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e o indicativo de produção de resultados positivos na qualidade de vida da população assistida.

O trabalho das equipes da Saúde da Família tem como fundamento básico estabelecer a comunicação, a troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde. Segundo Braga da Silva et al. (2006), a Unidade de Saúde da Família (USF) é vista como o primeiro nível de atenção e deve estar integrada com uma rede de serviços com diferentes níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos usuários.

As equipes são organizadas segundo critérios de territorialidade, abrangência, cadastramento e acompanhamento da população e são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Em alguns lugares é ampliada, contando ainda com: um dentista[11], um auxiliar de consultório dentário, um técnico em higiene dental e, em alguns casos, um profissional da área de saúde mental, por exemplo, o psicólogo[12].

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Ainda tem como tarefa estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, intervindo em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que atuem sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

---

[11] O dentista foi incorporado a partir do ano 2000.

[12] Pesquisa realizada em conjunto pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia e Ministério da Saúde mostrou que 524 psicólogos, em todo o país, compõem equipes do PSF. (SPINK, M.J.P. et al., 2007)

Os demais profissionais da unidade básica têm a atribuição de retaguarda nos aspectos curativos, preventivo e formativo. A partir de 1998, a incorporação de outros profissionais como assistente social e psicólogo passa a ser possível, de acordo com as necessidades e possibilidades do município. (BRASIL, 1998)

Nos municípios onde não existe a Estratégia de Saúde da Família implantada, quem desenvolve a função são os agentes comunitários de saúde.[13] A ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são considerados interlocutores privilegiados nas seguintes ações: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, vacinação, assistência pré-natal, atividade de planejamento familiar, pequena cirurgia, atividades do agente comunitário de saúde, orientação alimentar e nutricional, ambulatorial e comunitária (BRASIL, 1998). Em 2001, foram acrescentadas, com a publicação da Norma Operacional de Assistência a Saúde, outras atividades, como controle da tuberculose, erradicação de hanseníase e ações da saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2001)

O PACS é considerado um antecessor do PSF, principalmente por estar voltado à família e pela característica de intervir preventivamente. Em 1996, esses dois programas começam a se integrar definitivamente, uma vez que a equipe da saúde da família inclui o agente comunitário.

De maneira geral, essa nova organização dos serviços, com o saúde da família como estratégia prioritária para a implementação dos princípios do SUS, tem apresentado resultados interessantes, por exemplo, no que se refere à redução da mortalidade infantil. Porém, tem se configurado como um programa voltado para populações mais carentes, dado o número reduzido de equipes nos municípios e a convivência ainda com o modelo médico-centrado. Sob esse aspecto, consideramos que fere o princípio da equidade e, conseqüentemente, da integralidade da atenção em saúde, além de desrespeitar a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Podemos notar a atenção à família como principal objetivo da ESF, incluindo, portanto, o adolescente como população atendida e alvo de ações preventivas, educativas e curativas. Como vimos, a atenção ao adolescente com o PROSAD (1989)

---

[13] Os agentes comunitários de saúde, na rede SUS, podem ser: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família;e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional.

consistia em responsabilidade da atenção básica. Com a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (2007), fica eleita como principal responsável por esta população, nas ações de saúde, a ESF.

Nesse contexto é que nosso trabalho de pesquisa se insere. Observando os dados apresentados no início do capítulo, fica evidente a necessidade urgente de ações mais efetivas e menos teóricas voltadas à prevenção e promoção de saúde da população adolescente/jovem. Portanto, ações que considerem as condições de acesso e promoção de saúde, que atentem para as questões de violência, de trabalho precoce e desumanizado, para a interface saúde e educação, para a família como lócus importante de identidade do adolescente, bem como para as demais instituições que incluem, muitas vezes excluindo, (escolas, grupos culturais e outros).

Com a Estratégia de Saúde da Família responsável prioritária por ações com esta população, buscamos compreender sob quais alicerces esta ação em saúde poderá se pautar. Conhecendo e entendendo os sentidos de adolescência construídos pelos profissionais médicos e enfermeiros que compõem a ESF do município pesquisado, e que serão discutidos no capítulo IV, podemos levantar questionamentos sobre as necessidades desses profissionais e, fundamentalmente, sobre a reorganização das estratégias, visando a superação de aspectos do modelo médico-centrado ainda muito presentes no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF), e nas visões naturalizantes, universalizantes e patológicas de adolescência.

## Capítulo III - Fundamentação Teórico-Metodológica e a Pesquisa Empírica

Neste capítulo, trataremos do enfoque teórico-metodológico de sustentação da análise dos dados e entendimento do objeto estudado. Este se constitui na compreensão dos sentidos de adolescência por parte dos profissionais de saúde - médicos e enfermeiros- em seu processo de construção e numa perspectiva histórica. Para isso, fundamentamo-nos na dialética, que envolve o sujeito e o processo de humanização - com o desenvolvimento da linguagem, do pensamento, da consciência e com a construção de sentidos e significados - na perspectiva da psicologia sócio-histórica. Finalizando, serão discutidos os procedimentos de pesquisa, considerados neste enfoque como parte de todo o processo.

### 1 – Pressupostos Teóricos

Para analisar o sentido de adolescência construído pelos profissionais de saúde, partimos de uma compreensão de adolescência que, sem negar as mudanças biológicas ligadas às questões hormonais, entende que estas são influenciadas e modificadas pelas condições concretas de vida de cada pessoa, o que significa dizer que, mesmo as mudanças biológicas, que de certa forma ocorrem em todas as culturas, serão diferentes qualitativamente para todos os sujeitos. A significação de cada experiência é própria de cada um, mediada pela sua história de vida, pelo seu grupo social e sua cultura, culminando na personalidade ou autoconsciência, na idade de transição. Este é, segundo Vigotski (2006), o ponto central de toda a idade de transição.

Ao tomar consciência de si mesmo, o adolescente transforma o comportamento em si no para si, dando aos atos psíquicos um caráter pessoal, passando a ter domínio sobre eles. Segundo Vigotski (2006):

> *...Cuando nos sentimos fuente de la acción atribuímos caráter personal a nuestros actos, pero precisamente a este nível de domínio de sus operaciones internas asciende el adolescente.*(p.232)

Assim, a natureza psíquica consiste no conjunto das relações sociais internalizadas e convertidas em estruturas dinâmicas da personalidade. Esta última é entendida como uma construção social, resultante da estruturação das funções psicológicas superiores,

ou seja, do desenvolvimento do pensamento, da consciência, construindo sentidos pessoais para o mundo internalizado, como esclarece Vigotski (2006):

> *Por tanto, las estructuras de las funciones psíquicas superiores vienem a ser la copia de las relaciones colectivas, sociales entre los hombres. Dichas estructuras no son más que las relaciones de orden social, trasladadas al interior de la personalidad que constituyen la base de la estructura social de la personalidad humana. La naturaleza de la personalidade é social. (p. 228)*

Na perspectiva sócio-histórica, compreende-se adolescência como um produto social, construído ao longo da história de cada cultura, de cada sociedade, mas também de cada sujeito, pela sua ação, pela possibilidade de autonomia e desenvolvimento da autoconsciência, em seu processo de humanização. Portanto, o adolescente é um ser ativo, social e histórico, e não uma determinação a priori, ancorada nas mudanças biológicas que ocorrem em um determinado momento da vida (Ozella e Aguiar, 2008; Ozella, 2003a; Ozella, 2002; e outros).

Vigotski (2006), ao tratar especificamente de adolescência, prioriza o desenvolvimento dos interesses na idade de transição, o desenvolvimento das funções psíquicas superiores e a dinâmica e estrutura da personalidade (autoconsciência), como demonstra o trecho a seguir:

> *Lo que se suele denominar personalidad no es outra cosa que la autoconciencia del hombre que se forma justamente entonces: el nuevo comportamiento del hombre se transforma em comportamiento para si, el hombre toma conciencia de si mesmo como de uma determinada unidad. (p.231)*

Traz como grande contribuição o fato de destacar a idade de transição, em vez da fase do desenvolvimento, no sentido de que as transformações que ocorrem são de natureza qualitativa e revolucionária e não uma continuidade no desenvolvimento biológico, marcando diferenças decorrentes da idade ou de etapas.

Vigotski (2006) faz críticas aos autores biologistas, por entender que os interesses na adolescência não se modificam mecanicamente, mas, sim, no processo de desenvolvimento interno e de estruturação da personalidade, quando reconstroem as próprias formas de atração, elevando-as a um patamar superior, transformando-as em interesses humanos (funções psicológicas superiores). Fundamenta a compreensão de adolescência como idade de transição e, principalmente, não descolada da infância e da vida adulta como etapa do desenvolvimento.

Isso significa dizer que o adolescente vivencia mudanças radicais em seus interesses, num movimento dialético de crise e síntese, e num processo de maturação desencadeado pelas mudanças orgânicas, relacionadas ao processo de maturação sexual. Conseqüentemente, emergem novas necessidades, que constituem a base de todas as mudanças no sistema de interesses do adolescente. Ou seja, o que muda são os interesses, as necessidades, que movimentam os mecanismos do comportamento. Assim, o desenvolvimento dos interesses está na raiz do desenvolvimento cultural e psíquico do adolescente; ocorre uma revolução no pensamento dele.

A este movimento Vigotski (2006) chamou de passagem do pensamento por complexos para o pensamento por conceitos, o que significa uma mudança profunda no conteúdo de seu pensamento e na sua estruturação, devido à formação de conceitos.

Entendendo melhor: tudo o que era um princípio exterior na criança (normas éticas, convicções, interesses, regras de conduta), no adolescente passa a ser interno, dado o desenvolvimento maturacional e a mudança de pensamento, com a estruturação de mecanismos de domínio do conteúdo novo, que leva a novas formas de combinação das funções elementares e a novos modos de pensamento. Esse novo pensamento vai criando novas formas de conduta.

Assim, o pensamento por conceitos possibilita ao adolescente uma consciência social objetiva, a assimilação do conhecimento, da cultura, com a sua participação ativa, diferentemente da criança, que o faz de maneira mais passiva e incompleta.

Nesse sentido, ocorrem novas combinações das funções elementares e a estruturação das funções psicológicas superiores. Ou seja, um movimento de superação e síntese, que cria novas estruturas psíquicas e, sem eliminar as funções elementares, as incorpora, resultando num salto qualitativo em suas estruturas de pensamento.

Com as elaborações de Leontiev, Vigotski (1999b) afirma que a interiorização se realiza porque as operações externas se integram em uma função complexa, mudando sua relação com todas as outras funções, não mais podendo ser externas, já que se formou um novo sistema. Portanto, é característica da adolescência a passagem das funções externas para dentro, tais como a memória e o pensamento. Como exemplo, observe-se este trecho de Vigotski :

> *Observem a idade de transição. Verão que, para o adolescente, lembrar significa pensar. Se antes da idade de transição o pensamento da criança se apoiava na memória, e pensar significa lembrar, para o adolescente, a memória se baseia fundamentalmente no pensamento: lembrar é, antes de mais nada, procurar numa determinada seqüência lógica o que se precisa.* (1999b, p. 119)

Poderia ser equivocado afirmar que Vigotski construiu uma teoria sobre adolescência e, provavelmente, nunca foi esta a intenção, como evidenciam muitas lacunas em sua obra. Porém, a fundamentação e compreensão de sujeito como sócio-histórico possibilita construir uma compreensão de adolescência como um momento diferenciado pelas mudanças qualitativas que ocorrem com o sujeito, principalmente de seus interesses baseados em sua realidade material. Vários aspectos discutidos por Vigotski, atualmente contextualizados, estão sendo aprofundados à luz do enfoque sócio-histórico, como apontam Ozella e Aguiar (2008) ao delimitarem a compreensão de adolescência. Entendem que não existe "*uma adolescência*", mas que as condições sociais de existência (classe social, idade, cultura, gênero) constituem as diferentes formas de ser e viver a adolescência.

Compreende-se que os seres humanos (crianças, adolescentes, adultos, idosos, todos) constroem suas necessidades na relação com o mundo material e social, e nestas mesmas condições encontram formas possíveis de satisfação dessas necessidades. Portanto, adolescência:

> *"é constituída como significado na cultura, na linguagem que permeia as relações sociais. Fatores sociais surgem nas relações e os homens atribuem significados a esses fatos"* (Ozella, 2002, p.21)

A construção dessa concepção de adolescência fundamenta-se nos pressupostos da visão sócio-histórica de sujeito, de fenômeno psicológico e de desenvolvimento das funções psicológicas superiores, dentro de uma compreensão dialética de processo.

Para melhor entendimento, passamos à discussão desses pressupostos teóricos que subsidiam nossa concepção de adolescência, bem como a análise dos sentidos produzidos pelos profissionais de saúde, sujeitos na pesquisa.

## 1.1. O sujeito e o fenômeno psicológico

A compreensão de como as pessoas pensam e, conseqüentemente, agem, constituindo-se sujeitos em seu processo de desenvolvimento, traz para o campo da psicologia a necessidade de referenciais teóricos e metodológicos que não fragmentem o entendimento do fenômeno e possibilitem compreendê-lo em sua dinâmica, em seu processo volitivo.

Com base neste pressuposto, entendemos o referencial sócio histórico coerente com esta necessidade, possibilitando decompor o fenômeno sem fragmentá-lo, de forma

processual e histórica. Mais especificamente, encontramos respaldo na psicologia sócio-histórica, cujas bases epistemológicas estão ancoradas no materialismo histórico dialético. (Bock, 2007; Duarte, 2001; Gonzalez Rey, 2004; Molon; 2003).

Estamos falando de uma psicologia cuja compreensão do fenômeno, em sua totalidade e materialidade, só pode ocorrer, em seu contexto histórico, social e principalmente de forma dialética, conforme se apresentará.

Os autores acima citados nos apontam que o pensamento crítico de base social e histórica se desenvolveu na psicologia, principalmente, durante a revolução russa (Revolução de 1917) e foi sendo excluída da sociedade científica soviética no período stalinista, após os anos 30. Posteriormente, essa psicologia foi tendo alguma penetração no mundo ocidental, onde se observam várias formas de entendê-la: em alguns casos com equívocos de compreensão e, em outros, desvinculada de sua base filosófica e política, como se verifica nas obras traduzidas e disponíveis até os anos 80.

Vários autores tiveram participação importante neste repensar a psicologia, pela fundamentação marxista partilhada e pela crítica a uma psicologia abstrata. Dentre eles destacamos Lucien Sève, com "Marxismo e a teoria da Personalidade"(1979) e Politzer, que faz uma oposição entre a psicologia materialista e a idealista, propondo uma abordagem concreta do indivíduo e dos acontecimentos humanos. Este último destacou que: *"os factos psicológicos devem ter a mesma natureza do eu, devem constituir juntamente com ele algo de homogêneo, só podem ser incarnações da forma do eu".(1928,* p.71). Para ele uma psicologia que se quer empírica, científica ou concreta precisa abandonar a abstração e redefinir o fato psicológico.

Esse pensamento crítico chega à psicologia brasileira na década de 1970, quando é possível observá-lo nos estudos propostos principalmente sob orientação da profa. Silvia T.M. Lane (PUC/SP), que procuravam uma alternativa ao positivismo e a visões sociológicas mais abrangentes. Neste movimento, se desenvolve mais fortemente uma psicologia de base materialista histórico-dialética, que influenciará definitivamente vários estudos no campo da psicologia social e educação, mas com um longo caminho ainda a percorrer. (Duarte, 2001; Lane, 1995; Ozella e Sanchez, 2007)

Essa maneira de compreender o fenômeno vai se opondo às visões tradicionais na psicologia, principalmente quando se refere à concepção de homem e de mundo e, portanto, de desenvolvimento humano, mais precisamente da constituição do psiquismo humano.

A visão sócio-histórica consiste numa vertente teórica da psicologia, surgida a partir dos escritos de autores russos, entre os quais se destacam Vygotski, Lúria e Leontiev, cuja concepção de homem e de mundo passa pela negação de uma natureza humana, entendida como uma constituição que se dá na apropriação do humano, na interação humana, nas relações sociais. Assim, o homem, mundo e sociedade se constroem dialeticamente, nas condições concretas de existência. Referimo-nos, portanto, a uma relação dialética entre singular-particular-universal, em que o homem particular é um ser social, e que não traz a priori, dentro de si, uma essência delimitada. Ele é produto de múltiplas determinações (Marx, 1983a). É no vir-a-ser social que se constrói o ser singular, a individuação, como aponta Oliveira (2005):

> *o singular é tão mais compreendido, quanto mais se tenha captado suas mediações particulares com a universalidade. O singular, portanto, não existe em si e por si, mas somente através das mediações – o particular.* (p. 50)

A singularidade se constrói na universalidade, tendo a particularidade como mediação, ao mesmo tempo em que a universalidade se realiza na singularidade, mediada pelas relações sociais (particularidade). Pode-se entender a singularidade como o indivíduo, o sujeito que se constitui na generacidade humana ao mesmo tempo em que é a própria generacidade se realizando, mediada pelas condições concretas de existência, pelas relações sociais vividas, interpretadas e significadas.(Oliveira, 2005)

Entende-se, dessa maneira, que o homem se diferencia dos outros animais pela sua capacidade de ir além da percepção imediata do mundo, ultrapassando os limites da experiência sensorial, uma vez que forma conceitos abstratos na interação com o mundo, com a generacidade humana, à medida que constrói a sua singularidade, mediada pela sociedade.

Nesta concepção, homem, mundo e fenômeno psicológico são entendidos como construção social e histórica; não existem a priori, não são decorrentes de um desenvolvimento natural, inerente ao ser humano. A compreensão de desenvolvimento consiste na apropriação e superação das funções psicológicas inferiores e na sua conversão qualitativa em funções psicológicas superiores - no desenvolvimento do pensamento e da linguagem-, ou seja, não é um processo natural humano. Sem negar as mudanças biológicas e a maturação do organismo físico, compreende-se que as mudanças se realizam mediadas pelas condições concretas de existência (sociais e

históricas) e, da mesma forma, o psiquismo humano, entendido como resultado de mediações sociais.

Para Vigotski (1999a), o psiquismo humano deve ser o objeto de estudo privilegiado da psicologia e, para compreendê-lo, exige-se a apreensão da cultura e das várias formas de vivência social que constituem uma determinada sociedade. Em suas palavras, alerta:

> *Esses psicólogos não admitem a idéia de que, no movimento mais íntimo e pessoal do pensamento, do sentimento, etc., o psiquismo de um indivíduo particular seja efetivamente social e socialmente condicionado. Não é nada difícil mostrar que o psiquismo de um indivíduo particular é justamente o que constitui o objeto da psicologia social. (Vigotski, 1999a, p. 14)*

Assim, o psicológico se constitui na relação do homem com o mundo social e cultural, e, nesse sentido, *"o homem é afetado pelo mundo, vive essa experiência com todo o seu ser e, portanto, com toda sua diversidade e riqueza de possibilidades"*. (Aguiar, 2007, p.96)

Sendo o psiquismo humano resultado de mediações sociais, o desenvolvimento passa a ser entendido como a assimilação da experiência geral da humanidade, na apropriação do humano (genérico), constituído pela cultura, pela sociedade e pelas condições concretas de existência, num movimento de incorporação e superação dos aspectos considerados naturais ou biológicos. Consiste, portanto, na individualidade, no particular, compreendido como a internalização do mundo externo, com a expressão de sua condição histórica e social no mundo interno, mediado pela atividade, pela linguagem e pelo desenvolvimento da consciência. (Vigotski, 1995; Aguiar, 2007)

Esse entendimento nos alerta para a não-mecanicidade ou simples reflexo do mundo externo no desenvolvimento do psiquismo e da consciência, e aponta para a compreensão de que ambos são integrados, mediados pelas condições históricas, sociais e pela atividade humana. Trata-se de uma mudança qualitativa, processual e dialética das várias relações, inter e intrapsíquicas. Dito de outra forma,

> *o desenvolvimento do homem, de sua vida, exige evidentemente uma interação constante do homem com o meio natural, uma troca de substâncias entre eles. Esta interação que executa o processo de adaptação do homem à natureza circundante não é senão produzir os meios da sua própria existência. Graças a isto, o homem, diferentemente do animal, mediatiza, regula e controla este processo pela sua atividade; ele próprio desempenha, em face da natureza, o papel de uma potência natural* (Leontiev,1978, p.184-5)

A atividade, no sentido acima exposto, constitui-se, segundo Marx (1983b), em instrumento de mediação entre o particular e o genérico, não como algo mecânico, mas com a função importante de intermediar dialeticamente a apropriação do natural, transformando-o em fenômeno capaz de satisfazer as necessidades humanas (transformação da natureza). A atividade humana é mediada social e historicamente e é produtora de significados coletivos, o que a coloca no campo da intersubjetividade.

Constitui-se também pela capacidade de criação do homem, transformando a realidade, e se projetando para o futuro e para o passado, enquanto a consciência consiste na capacidade de refletir a realidade por meio da experiência significada e racional (Marx, 1983b). Portanto, estamos falando de uma unidade, de um processo histórico e transformador que coloca o homem na condição de sujeito, quando compreendemos que sua ação, sua atividade modifica e é modificada pelas condições materiais e históricas de existência e pela sua consciência.

O pressuposto básico na perspectiva sócio-histórica é de uma unidade entre o desenvolvimento biológico e o desenvolvimento cultural, mediada pela utilização de instrumentos e signos[14], como nos lembra Molon:

> *Vygotski afirmou a unidade e não a indiferenciação entre o desenvolvimento biológico e cultural, pois eles apresentam particularidades e especificidades que determinam diferentes pontos e contrapontos na composição de seu entrelaçamento." (2003, p.94)*

A tese que fundamenta o pensamento de Vigotski consiste em explicar a origem das formas mais complexas da vida consciente do homem, que, segundo ele, primeiramente se dá na vida social, nas formas histórico-sociais da existência do homem e não no cérebro ou na alma. (Luria, 2001)

Nessa perspectiva, o desenvolvimento humano vai se dando pela estruturação das funções psicológicas superiores, sendo elas consideradas como um processo de mudanças qualitativas. Vigotski (2001a) chamou de funções psicológicas superiores (culturais, voluntárias) as funções psicológicas inferiores humanas (naturais, involuntárias), transformadas qualitativamente.

O processo de apropriação e diferenciação da própria sociedade transforma as funções psicológicas inferiores em superiores, representando o domínio do

[14] Signos aqui entendido como um instrumento social, que apropriado pelo sujeito, se transforma num instrumento psicológico significado, tal como a linguagem.

desenvolvimento do mundo externo (cultural, social e emocional), mediado pela linguagem[15].

Nesse sentido, no desenvolvimento do pensamento (uma das funções psicológicas), segundo Vigotski (1995), ocorre um processo revolucionário, quando da passagem do pensamento natural ao cultural. Para ele, o primeiro é baseado em certas propriedade primárias do aparato nervoso, enquanto o pensamento cultural é decorrente da conexão e apropriação da cultura elaborada pela humanidade nas relações sociais. Essa passagem se dá principalmente com a ajuda da linguagem, com a utilização da ferramenta palavra, ocorrendo neste processo uma mudança decisiva no comportamento do ser humano. Em suas palavras

> *Esto ocurre cuando el niño pasa al pensamiento con ayuda del lenguaje, cuando empieza a hablar, cuando su pensamiento deja de ser tan solo un movimiento de estimulación de un residuo a otro, cuando pasa a una actividad lingüística que no es otra cosa que un sistema de elementos muy sutilmente diferenciados, un sistema de combinaciones de los resultados de la experiência pasada.(...) Sabemos que las palabras no son unas simples reacciones concretas, sino partículas de um complejo mecanismo, es decir, de um mecanismo de conexión y combinación com otros elementos. (1995, p. 275)*

Ainda sobre desenvolvimento, Vigotski (1995) aponta como um dos principais problemas das concepções tradicionais, sua incapacidade em considerá-lo como um processo histórico e social. Para ele, elas permanecem na simplificação do processo, considerando-o como natural e mecânico, confundindo o natural e o cultural, o natural e o histórico, o biológico e o social no desenvolvimento psíquico. Ou seja, a visão tradicional tem uma compreensão errônea do objeto que estuda, e dela resulta a idéia de desenvolvimento como junção de elementos separados que, em cada etapa do desenvolvimento, direcionará o comportamento, baseando-se, geralmente, em evidências externas, mecânicas e cronológicas (característico de idade determinada), numa perspectiva linear, diferentemente de sua compreensão como uma unidade.

A esta concepção, denominamos desenvolvimentista, criticada (na perspectiva sócio-histórica), por compreendermos desenvolvimento como um processo único e complexo[16], e não linear e cronologicamente delimitado. Essa visão desenvolvimentista não reconhece, em sua plenitude, o papel fundamental do contexto, do social e da

[15] O autor considera a linguagem um dos instrumentos mais importantes na constituição do sujeito e sobre ele nos deteremos mais profundamente, em momento propício. No entanto, cabe esclarecer que o uso da palavra instrumento é entendido como algo que possibilita a interação, como meio, que tem a função de mediar os fenômenos, levando-os a uma nova condição, e não como algo mecânico, no sentido comumente partilhado e dicionarizado.

[16] Vigotski (1995) afirma que no processo filogenético o biológico e o cultural estão presentes separadamente, porém, na ontogênese aparecem unidas, formam um eixo comum ( p. 30)

história na constituição e desenvolvimento dos sujeitos, de suas funções psicológicas superiores e desenvolvimento da consciência.

Na perspectiva sócio-histórica, o desenvolvimento inclui as mudanças evolutivas, as revolucionárias, os retrocessos, as falhas, as contradições, sendo fundamentalmente um processo cultural e não uma curva de ascensão linear, como aponta Vigotski (1995)

> *Pero basta ampliar el concepto de desarrollo hasta sus legítimos limites, basta saber que no sólo se incluyen en él los cambios evolutivos, sino también los revolucionários, diversos retrocesos, fallos, movimientos em zig-zag y conflictos para ver que el arraigo del niño em la cultura equivale al desarrollo e el verdadero sentido de la palabra, aunque distinto al del feto humano".(p. 303)*

Com os pressupostos marxistas e as considerações feitas, podemos entender que o desenvolvimento psicológico é um processo de natureza cultural, o que significa dizer que, ao nascer, o homem possui o equipamento biológico (genético e neurológico da espécie), mas já é um ser social. Haja vista que, desde a sua concepção, o ato humano permeia as condições de existência deste ser, passando por um planejamento e vivência dependente das condições concretas de existência de seu grupo social (cultura, país, família, raça, gênero, classe social, etc.). Vigotski entende que:

> *En el proceso del desarrollo histórico, el hombe social modifica los modos y procedimientos de su conducta, transforma sus inclinaciones naturales y funciones, elabora y crea nuevas formas de comportamiento especificamente culturales (1995, p.34)*

A infância, sob esse aspecto, consiste num momento de grandes mudanças e desenvolvimento das funções psicológicas superiores e deve ser objeto privilegiado de estudo, mas não o único momento, já que as funções psicológicas superiores se desenvolvem por todo o processo de constituição dos sujeitos, significando e construindo sentidos em seu contexto de existência. Reduzir os estudos à infância pode levar a grandes equívocos de análise, fragmentando e enviesando a compreensão, como nos alerta Pino (2003):

> *a infância é o momento privilegiado para a análise das funções psicológicas superiores, pois é quando elas começam a constituir-se em um momento de intenso desenvolvimento biológico, é apenas o começo de uma história de transformações que duram a vida inteira. Reduzir a análise psicológica dessas funções à infância equivaleria a ficar na sua "pré-história. (p. 42)*

Assim, o desenvolvimento consiste num processo de formação vivo, não-linear, que envolve conflito e contradição, portanto, em oposição a uma perspectiva de desenvolvimento dominante na psicologia, marcada pelas determinações biológicas.

Na visão sócio-histórica, a estruturação das funções psíquicas é uma das marcas principais do desenvolvimento humano, considerado como um salto qualitativo do ponto de vista cultural e psíquico, estando orientado em duas dimensões: interpsicológica e intrapsicológica, como se pode deduzir dos argumentos de Vigotski:

> *Poderíamos formular a lei genética geral do desenvolvimento cultural do seguinte modo: qualquer função no desenvolvimento cultural da criança aparece em cena duas vezes, em dois planos: primeiro como algo social, depois como algo psicológico; primeiro entre a gente, como uma categoria interpsíquica, depois, dentro da criança, como uma categoria intrapsíquica. (1987, p.161)*

Parece-nos importante esclarecer, neste momento, as funções psicológicas inferiores e superiores. Apoiando-nos em Vigotski (1995), entendemos a primeira como um todo psicológico natural, determinado pelas peculiaridades biológicas da psique, e as superiores como estruturas que nascem durante o processo de desenvolvimento cultural, e representam uma forma de ação mais complexa e elevada. No entanto, é fundamental esclarecer que as funções psicológicas inferiores não desaparecem, mas são qualitativamente modificadas, transformando-se em funções psicológicas superiores.

Segundo Molon (2003), as funções psicológicas superiores não existem a priori, não aparecem repentinamente, e nem são inventadas; são resultado das relações reais entre indivíduos humanos, dependem das experiências, cuja natureza é histórica e sociocultural.

Portanto, seguindo a tese de Marx (1983b), (o homem é por natureza um animal social, produto de múltiplas determinações), Vigotski formula assim sua compreensão: *podríamos decir que la naturaleza psíquica del hombre viene a ser un conjunto de relaciones sociales trasladadas al interior y convertidas en funciones de la personalidad y en formas de su estructura. (1995, p. 151)*

Este quadro do desenvolvimento das funções psíquicas superiores nos remete à necessidade de compreender a relação entre pensamento e linguagem, de forma que nos permita entender o salto qualitativo na passagem das funções psicológicas inferiores para as superiores.

Assim, buscaremos discorrer sobre a compreensão de pensamento e linguagem, de sua gênese e relação com o mundo externo e interno na perspectiva da psicologia sócio-histórica. Antes, porém, procuramos localizar como a linguagem tem assumido papel fundamental nos estudos nas ciências humanas e sociais, e possibilitado um avanço na análise e compreensão dos discursos e sentidos produzidos pelos sujeitos humanos.

## 1.2. Pensamento e linguagem

A linguagem e sua gênese tem sido objeto de estudo e discussões há bastante tempo, constituindo-se num campo teórico filosófico denominado Filosofia da Linguagem. Neste campo, durante o século XX, parece ter ocorrido um deslocamento dos estudos das "idéias" para o de enunciados lingüísticos, públicos e objetivados, segundo o qual, de acordo com Gracia (2005), *deixa-se de considerar que são as nossas "idéias" que se relacionam com o mundo, e passa-se a afirmar que são nossas palavras que se correspondem com os objetos do mundo*. (p. 27)

Ao adentrarmos neste campo, percebemos que, assim como em outras áreas do conhecimento, existem várias concepções, as quais podemos, sem maiores aprofundamentos, chamar de idealistas, mecanicistas e críticas, - estas últimas denominadas, por alguns autores, de análises semióticas.

Não temos a intenção de discorrer sobre o conhecimento produzido nesta área, e nem de aprofundar a discussão, já que isso não faz parte de nosso objeto de estudo. Porém, algumas considerações tornam-se importantes a fim de elucidar nossa compreensão de linguagem a partir da visão sócio-histórica e de nossa opção teórico-metodológica.

Nesse sentido, é possível localizarmos pensadores como Wittgenstein (1889-1951), que vivenciou dois momentos: um mais positivista, na defesa de uma linguagem formalizada para formulações filosóficas (linguagem ideal); e outro em que orienta sua reflexão para a linguagem comum, o qual, segundo Gracia (2005), tem papel fundamental no fomento da filosofia analítica.

Outros pensadores da linguagem que se destacaram foram Pierce (1839-1914) e Austin (1911-1960), com uma visão mais pragmática, cuja compreensão de linguagem é a de um instrumento ativo na produção dos fenômenos; Saussure(1857-1913) cujo foco dos estudos apontava para estruturas lingüísticas, e Chomsky, da chamada lingüística moderna, que critica veemente o estruturalismo e o comportamentalismo. (Coleção os Pensadores, 1975).

Também podemos destacar a compreensão fenomenológica da linguagem, cujo principal representante foi Heidegger (1889-1976), para quem a linguagem é que manda nos homens, modelando, constrangendo e provocando o discurso, ou seja, ela é quem fala por meio dos sujeitos. Para ele (1989), refletir sobre a linguagem significa atingir o falar da linguagem, sendo este falar aquilo que concede uma morada para o ser dos mortais. Ele afirma que a caracterização da linguagem tem três pontos: 1) falar é expressão; 2) a fala é uma atividade do homem e; 3) a expressão humana é sempre um apresentar e um representar do real e do irreal. Em síntese, Duarte (2005) afirma que para Heidegger:

> *Pensada em sua essência, a linguagem não é uma mera capacidade que especifica o animal humano e o capacita a comunicar mensagens, mas é o próprio abrigo da essência humana, é a morada ou o lar em que habita o ek-sistente, o ente aberto à verdade epocal do ser.(grifo do autor) (p.146)*

Ainda, um grupo de pensadores, denominados de "filósofos de Oxford", com suas críticas à idéia de 'representação" e "designação" da linguagem provocaram um afastamento da tradição cartesiana, levando a uma compreensão da linguagem como a própria condição do pensamento e como atividade, contribuindo para o desenvolvimento da perspectiva construcionista (Gracia, 2005). Neste grupo destacam-se por exemplo: Rorty, Potter, Parkes, Taylor e outros. Segundo Gracia(2005), ao considerar a linguagem em termos de atividade: *a linguagem não só nos diz como é o mundo, ela também o institui, e não se limita a refletir as coisas do mundo, também atua sobre elas, participando de sua constituição. (p. 39)*

Outro autor que influenciou, e ainda influencia, grandemente as reflexões no campo da Filosofia da Linguagem é Mikhail M. Bakhtin (1895-1975) visto por alguns autores contemporâneos como um pensador que se adiantou ao seu tempo e contexto histórico, trazendo contribuições importantes para a análise do discurso.

Assim como Vigotski, viveu na União Soviética, no período revolucionário, sofreu influência da filosofia alemã, primeiramente kantiana e, posteriormente marxista, aprofundando-se nesta tendência a partir de 1925. Sua obra foi escrita entre os anos de 1920 e 1975.

A base do pensamento de Bakhtin é a linguagem, compreendida numa perspectiva de totalidade integrada à vida humana, portanto dialógica, implicando uma concepção de homem socialmente determinada. (Freitas, 2006; Brait, 2005). Segundo Bakhtin (1988), o homem precisa de um segundo nascimento para entrar na história, que é o

nascimento social. Dessa forma, somente dentro de um grupo social é que o indivíduo ascende a uma realidade histórica e a uma produtividade cultural. Isso indica uma preocupação em explicar a consciência para além dos aspectos fisiológicos.

Para o autor, a consciência é um fato socioideológico, reflexo da comunicação ideológica, da interação semiótica de um grupo social. Compreende ideologia como o espaço da contradição, de representação do real. Sendo assim, tudo que é ideológico e possui um determinado sentido remete a algo exterior, constituíndo-se um signo, como é a palavra. Portanto, a consciência individual não é possível para Bakhtin. (Sinder, 1997)

Para Bakhtin (1988), a palavra é um fenômeno ideológico e exerce a função de signo, sendo através dela que as formas básicas e ideológicas da comunicação semiótica se revelam. O que significa que a palavra sem sentido nada mais é do que uma realidade física.

Em termos de pressupostos, podemos verificar que, tal como em Vigotski, a palavra é considerada pelo autor uma função importante na determinação da consciência. Vigotski (1995) denominou de o "microcosmo da consciência", como parte de um processo dialético que envolve o pensamento e a linguagem, como veremos posteriormente. Para Bakhtin *"A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociais"* (1988, p.35), o que indica uma compreensão de que a palavra determina a consciência, quando diferencia na comunicação verbal, por exemplo, o enunciado como um diálogo que se dá necessariamente entre duas pessoas, dentro de um contexto social. Portanto, para Bakhtin o enunciado consiste na unidade da comunicação.

Outro aspecto de proximidade dos autores refere-se ao entendimento de sentido, quando então a palavra passa a existir, com muitas possibilidades de mudança e permanência. Fabri (2008), ao aproximar os dois autores, afirma que em Vigotski o *movimento da fala viva não pode ser estancado, paralisado ou mortificado, pois o sentido nunca é completo,* enquanto Bakhtin considera que a dinâmica é mais radical, entendendo que *mesmo os sentidos há muito silenciados poderão ser retomados (p.125)*

O dialogismo proposto por Bakhtin compreende o pensamento como o diálogo entre duas pessoas, não existindo o conceito de autoria única ou isolada. Segundo Wertsch (1991), no conceito de dialogicidade de Bakhtin, a autoria múltipla é um fato necessário em todos os textos, escritos ou orais.

Vigotski (1995) considera o pensamento como uma atividade psíquica produtora e transformadora da consciência, também compreende a consciência como social e histórica, mas entende a atividade humana como mediadora e constitutiva desse processo na interação com o pensamento. Assim, Bakhtin (1988) parece ter colocado na dialogia sua compreensão de psiquismo humano como reflexo socioideológico, enquanto para Vigotski(1995) existe uma ação transformadora, sendo o psiquismo humano efetivamente social e socialmente constituído, como decorrente de um processo de apropriação e superação, mediado pela atividade e pela linguagem.

Nessa direção, podemos notar que Bakhtin, como um teórico da linguagem, atribui à atividade mental duas características: a do eu e a do nós, consistindo a primeira numa forma pouco socializada ideologicamente e a segunda, numa forma superior de atividade psíquica, necessariamente implicada com a consciência de classe. O autor procura entender a cultura e o sujeito, trazendo grandes contribuições para a análise ideológica presente nos discursos, porém não se detém no aprofundamento das questões psicológicas, como a formação do psiquismo humano, coerentemente com sua leitura de mundo, derivada do campo filosófico.

Vigotski (1997) se prende mais à questão psicológica, ao discutir a crise da psicologia e sua preocupação com a construção de uma psicologia de base marxista, denominada por ele de psicologia social, cujo entendimento parte do pressuposto de que toda psicologia é social. Assim, procuraremos analisar os discursos, os sentidos produzidos histórico e socialmente a partir dos referenciais sócio-históricos, e complementar com contribuições possíveis do diologismo bakhtiniano, para a compreensão da cultura, da sociedade e da relação entre o eu e o outro, já que para esse autor um signo só emerge no processo de interação social, numa perspectiva dialética.

Anteriormente, referimo-nos à estruturação das funções psíquicas superiores como a marca principal do desenvolvimento humano, considerado como um salto qualitativo do ponto de vista cultural e psíquico. Assinalamos também que, nesse processo, a linguagem constitui-se como mediadora e constitutiva do pensamento. Ou seja, em sua relação com a construção do pensamento, faz a mediação entre as funções psicológicas superiores, ao mesmo tempo que se constitui numa função psicológica. Como sintetiza Molon: *"A linguagem é constitutiva e constituidora do sujeito*" (2003, p.111)

Para melhor compreensão da linguagem e sua relação com o pensamento na visão sócio-histórica, retomaremos alguns pressupostos marxistas referentes ao processo de hominização.

O processo de diferenciação do homem com os outros animais, segundo Luria (2001), corresponde à sua existência histórico-social, ao trabalho e às formas de vida social a ela vinculadas, responsáveis pela mudança radical de todas as categorias fundamentais do comportamento humano.

O autor entende que a passagem da conduta animal à atividade consciente do homem é decorrente de dois fatores: 1- que a atividade vital humana caracteriza-se pelo trabalho social, que provoca, juntamente com a divisão do trabalho, o aparecimento de motivos sociais de comportamento mais complexos para a ação, o que podemos chamar de atividades psíquicas específicas do homem; 2 – que a aparição da linguagem surge pela necessidade das pessoas de se comunicarem como decorrência da divisão social do trabalho.

Portanto, a linguagem nasceu primeiramente da prática, e progressivamente foi se desenvolvendo um sistema de códigos que designam objetos e coisas, características dos objetos, ações e suas relações e, só depois, códigos mais complexos e a aquisição da função mediadora, fundamental no conhecimento humano. Assim, com a apreensão do processo de internalização da linguagem, é possível compreender a gênese da consciência. Sawaia (1987) nos lembra que a atividade (o trabalho) é o elemento fundamental em relação ao qual a consciência se processa, sendo assim, indissociáveis.

> *Consciência e atividade se encadeiam e se determinam reciprocamente, ao mesmo tempo que se confrontam e se superam, intermediadas pela reflexão. (...) A ação tem que ser refletida criticamente, tem de ser trabalhada ao nível psicológico. (p.293) Conhecimento, sentimento e consciência constituem, portanto, uma unidade dialética inerentemente ativa. (p.295)*

A constituição do psiquismo é decorrente da transformação de materialidades concretas em produções simbólicas (Pino, 1995) e, portanto, resultado da conversão do social no individual. Nesse sentido Aguiar (2007) afirma que:

> *Tendo como certo que a busca da gênese da consciência se dá pela compreensão da atividade significativa, atividade de transformação mediada e instrumental do meio, chega-se ao significado da palavra como uma unidade de análise (que contem as propriedades do todo), unidade esta que apresenta como elementos constitutivos e inseparáveis o pensamento e a linguagem (p.103-104)*

Geralmente, a linguagem é entendida como um sistema de códigos que designam objetos do mundo exterior, suas ações, qualidades, relações entre eles, etc. e serve de meio de comunicação, sendo, juntamente com o trabalho, fator fundamental de

formação da consciência. Nesse aspecto, Lúria (1991) considera que a linguagem: "..efetivamente penetra em campos da atividade consciente do homem, eleva a um novo nível o desenrolar dos seus processos psíquicos" (p.81-82). Sendo assim, o desenvolvimento da linguagem reestrutura o pensamento e cria novas formas de pensar. (Vigotski, 1995)

Concebendo a linguagem como uma função psicológica, ao mesmo tempo um elemento mediador e constitutivo da comunicação e da consciência, necessariamente ela mantém uma relação íntima com o pensamento, apesar de seguirem, no curso de seu desenvolvimento, caminhos diferentes. Sobre a relação pensamento e linguagem, Vigotski (1995) afirma que:

> *...se quisiéramos representar simbólicamente en una curva el desarrollo del lenguaje y del pensamiento, algunos puntos de las mismas no coincidirián.(...) Debemos demostrar que a pesar de no coincidir en su desarrollo el lenguaje y pensamiento, se desarrollan en íntima dependencia recíproca. (p.272)*

Esta aproximação e diferenciação entre pensamento e linguagem podem ser traduzidas da seguinte forma: no início, a linguagem da criança se desenvolve numa certa linearidade (palavras soltas, frases, e mais tarde junta um grupo de palavras soltas e fenômenos), enquanto o pensamento tem como característica peculiar o sincretismo (a criança pensa em blocos íntegros e coerentes), significando que ela percebe o mundo de forma integral, mas só sabe nomear palavras soltas.

Esta relação de pensamento e linguagem mantem uma estreita aproximação com a palavra, considerada como um elemento fundamental da linguagem, já que codifica a experiência humana. Como no surgimento da linguagem, a palavra segue a mesma gênese, consistindo numa célula sua, sendo considerada por Vigotski (2001a) como o microcosmo da consciência.

Na compreensão marxista, a palavra surge primeiramente atrelada à necessidade prática da comunicação como decorrência da divisão social do trabalho, passando posteriormente a uma emancipação da prática, chegando a um sistema autônomo de códigos, como um sistema de signos que estão entrelaçados por seus significados. (Luria, 2001)

Entendendo este processo no desenvolvimento ontogenético, podemos apontar que o surgimento das primeiras palavras na criança é decorrente dos sons que ela assimila da fala do adulto, ou seja, consiste num processo de apropriação da linguagem diretamente ligado à ação da criança e na sua necessidade de comunicação com o mundo. Apoiando-se em Vigotski, Luria (2001) afirma que:

> *a palavra como elemento da linguagem humana está sempre dirigida para fora, para um objeto determinado e sempre designa um objeto ou ação, ou uma qualidade, propriedade do objeto, ou uma relação entre os objetos ( p.32)*

Com o desenvolvimento do pensamento, com a ajuda da linguagem, com a utilização da palavra, a criança passa da forma natural de pensamento[17] para o pensamento cultural. Como aponta Vygotski (1995).

> *"Los experimentos demuestran que los cambios decisivos en el comportamiento infantil se producen cuando el niño, en la prueba eidética de la herramienta, utiliza la palavra – el lenguaje" (p.275)*

Esta relação está no processo de desenvolvimento do pensamento, quando, então, a linguagem influencia decisivamente, levando à sua reorganização e a novas formas de pensar. Ao mesmo tempo a linguagem representa a materialização do pensamento, não de forma íntegra, mas no seu significado partilhado.

Portanto, a linguagem constitui-se no veículo fundamental de transmissão de informação, que Lúria (1991) considera também como o veículo mais importante do pensamento, assegurando a transição do sensorial ao racional na representação do mundo. Para esse autor: *a palavra faz pelo homem o grandioso trabalho de análise e classificação dos objetos que se formou no longo processo da história social* (Lúria, 1991,p.81)

Compreender o pensamento e seu movimento consiste em tarefa complexa, uma vez que a objetivação do pensamento não se dá diretamente pela palavra. A palavra consiste na materialização do pensamento, mas não é o próprio pensamento. É através da palavra que o pensamento se realiza, tendo a linguagem como principal instrumento nesse processo dialético. (Vigotski, 1995)

Nesse sentido, a linguagem não representa a expressão do pensamento, mas, sim, uma unidade complexa, num movimento entre seus aspectos semânticos e físicos, que permite apreender significados constitutivos das palavras, numa dupla interpretação. Segundo Vigotski (2001a), *a linguagem é uma unidade complexa e não homogênea (p.410)*

Em sendo uma unidade complexa, sua relação com o pensamento constitui-se num processo, numa relação mediada, onde um não é o outro, mas não podem ser compreendidos separadamente. Portanto, a apreensão do pensamento passa pela

[17] Conforme já discutimos, Vigotski (1995) chamou de pensamento natural, aquele baseado em propriedades primárias do sistema nervoso e tem como característica a concretude do que se apresenta (despreza representações)

compreensão dos sentidos enquanto constitutivos desta relação, produzidos na interação, na apropriação do mundo externo, reorganizado e expresso de forma mediada pelos signos.

O pensamento, assim como a palavra, surge e se constitui no processo de desenvolvimento histórico da consciência humana, portanto em seu próprio processo de desenvolvimento. O pensamento não se constitui de unidades isoladas como a linguagem, mas integral, sendo maior que uma palavra. Vigotski (2001a) compara o pensamento a uma nuvem parada, que descarrega uma chuva de palavras e explica: *É por isso que o processo de transição do pensamento para a linguagem é um processo sumamente complexo de decomposição do pensamento e sua recriação em palavras (p. 478)*

A palavra é o elemento do discurso que pode ser partilhado em seu significado, mas que também é constituído por outros elementos que podem até mesmo modificá-lo. Esses elementos são os sentidos, entendidos por Vygotski (2001a) como uma formação dinâmica, fluida e complexa, com várias zonas de estabilidade. Na relação entre sentido e significado afirma: *O significado é apenas uma dessas zonas de sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. (2001a, p. 465)*

Uma consideração que se deve fazer quanto à compreensão de sentido e significado refere-se ao entendimento de que ambos são parte do mesmo fenômeno. Compreensão análoga à relação objetividade-subjetividade, ou seja, não estão numa relação dicotômica, mas fazem parte de um processo, numa relação mediada, e, sem perderem sua identidade, se fundem, fazendo-se um pelo outro.

Sentido e significado são partes de um processo e só podem ser compreendidos conjuntamente, diferentemente da relação entre sentido e palavra, que podem ser separados. Para Vigotski (2001a), o sentido pode ser separado e fixado em outra palavra, permitindo substituir uma palavra por outra sem alterar o sentido. Do mesmo modo, uma palavra pode existir sem sentido, e o sentido existir sem palavra. O significado não pode ser separado da palavra, ele é a própria palavra, constituindo-se num traço indispensável, um conceito.

Segundo Vigotski (2001a), *A palavra desprovida de significação não é palavra, é um som vazio (p.398)*, mas tem como aspecto importante o seu desenvolvimento, podendo sofrer mudanças qualitativas e externas, mantendo-se do ponto de vista psicológico. Ou seja, são conceitos partilhados socialmente, que se desenvolvem com o tempo, de acordo com as mudanças socioculturais. Portanto, os significados se desenvolvem com a cultura e com o contexto social.

Os sentidos são pessoais, mas podem e devem ser acessados por meio do significado, elemento partilhado que possibilita a compreensão entre os sujeitos. No entanto, o sentido não é/está indissociável do significado.

Na visão sócio-histórica, os significados podem ser compreendidos como produções históricas e sociais, referindo-se ao que é compartilhado, instituído socialmente, apropriado pelos sujeitos e reorganizado a partir da sua subjetividade, constituindo-se como uma unidade do pensamento. Os sentidos encontram-se mais no plano subjetivo, na unidade dos processos cognitivos, afetivos e biológicos, como afirmam Aguiar e Ozella:

> *O sentido refere-se a necessidades que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade. O sentido deve ser entendido, pois, como um ato do homem mediado socialmente. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída." (*2006, p.227)

Esta relação intrínseca entre significado e sentido é também discutida por Leontiev (1978), para quem os sentidos fazem parte do conteúdo da consciência e parecem entrar na significação objetiva, mas alerta que é o sentido que se exprime nas significações, e não a significação nos sentidos. Por isso, chama a atenção para a necessidade de distingui-los.

> *Quando se distingue sentido pessoal e significação propriamente dito, é indispensável sublinhar que esta definição não concerne a totalidade do conteúdo refletido, mas unicamente com aquilo para que está orientada a atividade do sujeito. Com efeito, o sentido pessoal traduz precisamente a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados. (p.105)*

González Rey (2005c), ao discutir a constituição da subjetividade, denomina de sentidos subjetivos e explica a redundância, dada a importância de demarcar a compreensão da categoria, a qual ele define como:

> *uma unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo. Tais aspectos simbólicos e emocionais se integram recursivamente na delimitação do sentido subjetivo, no qual um evoca o outro sem que um seja a causa do outro. (p.44)*

Compreendendo sentido nesse aspecto, pode-se afirmar ser esta uma categoria histórica que representa uma complexidade e mutabilidade em construção, decorrente das condições concretas de vida dos sujeitos. Portanto, são esses sujeitos e sua

subjetividade fonte importante de conhecimento dos diferentes processos e organização social e particular.

Retomando algumas categorias fundamentais para a compreensão do sujeito, podemos afirmar que o homem é afetado pelo mundo e vivencia essa experiência com muitas possibilidades de sentidos, construindo seu mundo psicológico ao mesmo tempo em que interfere no mundo (atividade), sendo este processo mediado pela linguagem, como aponta Aguiar (2007):

> *A linguagem é, portanto, o instrumento fundamental nesse processo de mediação das relações sociais, no qual o homem se individualiza, se humaniza, apreende e materializa o mundo das significações que é construído no processo social e histórico. (p.104)*

Como já foi apontado por Lúria (1991), a linguagem deve ser considerada como um elemento essencial na formação da consciência (é a atividade da consciência), uma vez que permite a apreensão dos significados e a construção de sentidos, ao mesmo tempo que se configura como a materialização do pensamento, num processo contínuo, volitivo e emocional. Falamos, portanto, da relação intrínseca e dialética entre o pensar, sentir e agir (Sawaia, 1987)

Assim, para uma investigação que pretenda captar os sentidos e o pensamento em seu processo histórico, é necessário utilizar-se da linguagem em sua forma materializada – a palavra, com respaldo nos referenciais da visão sócio-histórica.

Para investigar, analisar, problematizar e compreender o fenômeno em sua totalidade concreta, entendemos como fundamental ir além da palavra, do discurso (verbalizado), da imediaticidade. Compreender o fenômeno de forma dialética significa dizer que a palavra ou a linguagem externa não são meramente reprodução do discurso ou fala interna, mas, sim, a materialização do pensamento, modificado e transformado no processo de externalização do pensamento.

Tratando mais diretamente da apreensão do objeto de estudo, não basta entender as palavras presentes no discurso dos sujeitos, mas, sim, compreender a construção de seus pensamentos e as mudanças que vão se dando no processo de reflexão e reconstrução do pensamento verbalizado (as palavras). A palavra, signo[18] por excelência, consiste na unidade de análise, ponto de partida para a apreensão do processo, da totalidade, das múltiplas determinações que compõem o sentido construído pelo sujeito.

[18] Para Vigotski, o saber está na relação do signo com o objeto, devendo ser este o foco de análise.

Segundo Leontiev (1978), o homem superou a determinação biológica, submetendo-se a leis histórico-sociais, quando modificou a natureza, por meio da atividade (trabalho), e pelo uso de instrumentos, colocando-a a seu favor. Nesse processo, denominado hominização, provocou mudanças, inclusive, na anatomia humana, colocando o desenvolvimento biológico, dependente da produção (resultado da atividade humana), tendo como grande instrumento a linguagem.

## 2. Pressupostos Metodológicos

Um método de pesquisa não consiste num elemento neutro[19] que, utilizado, permitirá a apreensão da realidade e do fenômeno estudado, mas, sim, integra um referencial teórico-metodológico que possibilita um olhar interpretativo e explicativo da realidade concreta. Nesse sentido, o método precisa dar condições de superação do aspecto descritivo e ser coerente com o objeto estudado. Assim, todo método implica uma concepção de homem, de mundo e de conhecimento, como aponta Vigotski: *O método, nestes casos, é ao mesmo tempo premissa e produto, instrumento e resultado da investigação*.(1987, p.51)

A abordagem do real deve contemplar seu caráter histórico e a complexidade do que se pretende investigar, implicando em análise do processo constitutivo do objeto e não sua simples descrição, como um fenômeno estático. Essa compreensão torna indissociável a abordagem metodológica dos pressupostos teóricos e epistêmicos, já que impõe a necessidade de um método capaz de abordar o processo, um fenômeno dinâmico, histórico e multideterminado.

Vigotski (1999b) considera que uma das tarefas mais importantes da investigação é a busca de um novo método para o estudo de problemas novos. Isso significa que, no estudo de processos psíquicos, o método precisa ser capaz de compreender o movimento de constituição e manifestação aparente dos processos individuais e coletivos, em sua totalidade, historicidade e provisoriedade. Para essa tarefa, o autor aponta três aspectos importantes e decisivos que medeiam a análise psicológica, constituindo-se numa forma qualitativamente peculiar, nova e possível de estudar qualquer forma complexa ou superior de desenvolvimento. São eles:

[19] Referência ao modelo positivista (neutralidade como condição para se ter validade científica).

1 - a análise do processo e não do objeto, considerando que a análise do objeto limita-se a decompor as partes, enquanto a análise do processo possibilita investigar os momentos do desenvolvimento do objeto;

2 - a análise psicológica deve superar a descrição, consistindo numa análise explicativa, revelando as relações e nexos dinâmicos causais que constituem o fenômeno;

3 - a análise deve buscar a origem do fenômeno, seu desenvolvimento histórico e não seus processos automatizados e mecanizados – fossilizados (o estado atual do objeto).

Segundo o autor:

> *Estos tres momentos considerados en conjunto, están determinados por la nueva interpretación de la forma psicológica superior, que no es una estructura puramente psíquica, como supone a psicología descriptiva, ni una simple suma de procesos elementales, como afirmaba la psicologia associacionista, sino una forma cualitativamente peculiar, nueva em realidad, que aparece em el proceso del desarrollo.”.... “Los três momentos que nos permiten contraponer decididamente el nuevo análisis psicológico al viejo, pueden ser puesto de manifesto al estudiar cualquer forma compleja o superior de comportamiento. (Vigotski,1995, p. 106)*

Compartilhando esses princípios, Barbosa & Magalhães (2004) lembram que:

> *Evidenciar a contradição entre a aparência e a essência dos fenômenos e da realidade é princípio e condição essencial para superarmos a pesquisa que se assenta em processos fossilizados e que não conseguem apreender a inversão da realidade que se estabelece no processo de representação sobre as relações de produção, as relações sociais e o próprio conhecimento”*. (p. 48)

Na busca de caminhos teórico-metodológicos que dêem conta dessa complexidade, Vigotski (1999b) aponta o método dialético como possibilitador deste movimento, numa perspectiva materialista e histórica, cuja base consiste na superação da dicotomia sujeito-objeto, uma vez que ambos existem concretamente e se relacionam na contradição. A ação do sujeito modifica o objeto e se modifica, sendo necessariamente uma análise do processo, dos momentos do desenvolvimento desse objeto. O homem, portanto, não é um ser passivo em sua relação com a natureza, o que o diferencia substancialmente de outros animais. O mesmo ocorre nos processos de pesquisa, enquanto pesquisador e pesquisado interagem dialeticamente, compartilhando significados e produzindo sentidos.

Assim, o método dialético representa uma opção metodológica de superação da dicotomia sujeito-objeto e, portanto, a necessidade e possibilidade de transformação da sociedade (Gonçalves, 2005).

No trabalho investigativo de compreensão do psiquismo humano, apoiar-se no método materialista histórico-dialético significa evidenciar a construção dos sentidos e significados, como recorte de um movimento, produto da historicidade humana, trazendo o desafio teórico-metodológico de acessar esses processos sem fragmentá-los. Nessa perspectiva, a contradição é posta como constitutiva do processo, e como possibilidade de explicar, compreender e transformar, como bem aponta Gonçalves (2005):

> *As categorias metodológicas da dialética, numa perspectiva materialista, permitem o movimento da aparência para a essência; do empírico e abstrato para o concreto; do singular para o universal, tendo como mediação o particular; permitem tomar as totalidades como contraditórias. Aliadas à noção de que o sujeito ativo, em relação com o objeto, é histórico, tais categorias respondem à necessidade de conhecimento do diverso, das particularidades, do movimento, sem cair no relativismo e sem perder o sujeito, que, assim entendido, é necessariamente integral, pleno. Permitem, ao mesmo tempo, explicar, compreender e transformar. (p.101)*

Sob esse aspecto, mais uma vez Vigotski (2001a) aponta que a palavra consiste na unidade de análise do pensamento verbalizado e, portanto, no elemento privilegiado para se acessar os sentidos, sendo ela a materialização das várias propriedades da totalidade. Seu significado representa um conceito, uma generalização do pensamento.

> *A palavra desempenha o papel central na consciência e não funções isoladas. Na consciência a palavra é precisamente aquilo que, segundo expressão de Feuerbach, é absolutamente impossível para um homem e possível para dois. Ela é a expressão mais direta da natureza histórica da consciência humana. ( 2001a, p. 486)*

Portanto, acessar o sujeito, tendo em vista a construção de conhecimento, a partir da análise de processos objetivos e subjetivos, implica a busca de uma base teórico-metodológica que não fragmente o objeto, mas o entenda como parte do processo de produção de conhecimento. Nessa perspectiva, Vigotski (2001a) aponta a pesquisa qualitativa como peculiar, como a possibilidade de acessar os sentidos pessoais e seu processo de produção, sem fragmentar o objeto, considerado como processual e histórico e sobre o qual se constrói conhecimento teórico.

Nesse sentido, González Rey (2005a), a partir dos pressupostos marxista e apoiado em Vigotski(1999b), procurou facilitar este processo, trazendo para o campo

sócio-histórico um detalhamento de sua compreensão de pesquisa qualitativa, denominado de epistemologia qualitativa. Esta consiste em compreender o qualitativo numa perspectiva epistemológica, na busca de formas diferentes de produção de conhecimento que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana. Ou seja, colocou a questão da pesquisa qualitativa para além da discussão metodológica, estando no campo epistêmico a fundamentação de todo o processo de pesquisa.

Nessa perspectiva, o empírico deixa de ser o lugar onde se buscam informações para a reflexão teórica. Ele é considerado como o lugar de produção de conhecimento, de teorias, numa relação dialética, portanto, superando a visão dicotômica tradicional entre empírico e teórico, ou a vinculação imediata entre ambos. Assim, a pesquisa qualitativa constitui-se como um processo constante de produção de conhecimento, produzido no tensionamento entre o real e o teórico, o pesquisador e o pesquisado, resultando numa unidade entre razão e realidade.

Com base nos pressupostos teóricos e na compreensão de método na psicologia sócio-histórica, utilizaremos também as elaborações presentes na Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2005a), para compreender os processos de construção de sentido, num trabalho de pesquisa empírico.

Importante esclarecer que a Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005a; 2005b) está apoiada em três princípios:

> 1 – no *conhecimento como uma produção construtivo-interpretativa;*
>
> *2- na significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento;*
>
> *3- no caráter interativo do processo de produção do conhecimento.*

O primeiro princípio, compreender o *conhecimento como uma produção construtiva-interpretativa*, tem implicações importantes e está coerente com os princípios definidos por Vigotski, quando indica a superação do caráter descritivo das pesquisas. Neste princípio, está proposto que o processo de análise das informações seja interpretativo, alcançando a necessidade de dar sentido a expressões do sujeito estudado. Para ele:

> *a interpretação é um processo diferenciado que da sentido a diferentes manifestações do estudado e as converte em momentos particulares do processo geral, orientado à construção teórica do sujeito, em sua condição de sujeito social, como pode ser a família, a comunidade, a escola, ou de sujeito individual (2005b, p.32)*

Com este princípio, evidencia-se o caráter qualitativo, estando a metodologia orientada para a construção de conceitos teóricos compreensivos do sujeito pesquisado. Compreendidas, na ótica da epistemologia qualitativa, essas construções teóricas constituem um dos sentidos do processo de produção teórica e abrem espaço para entrar em zonas de sentido não aparentes. Para González Rey (2005b), a compreensão do real ocorre por zona de sentido ou áreas de inteligibilidade, a qual não se esgota no processo investigativo, mas encontra significado nas produções teóricas, e abre espaço para novas zonas de sentido não reveladas no processo, rompendo com a expectativa de que o mundo pode ser conhecido de forma completa e progressiva pela razão humana.

O segundo princípio está diretamente relacionado às produções teóricas, quando sugere a *singularidade como legítima fonte de conhecimento científico*. Partindo do pressuposto sócio-histórico de que a singularidade é constituída pela apropriação da cultura e no processo histórico e social dos sujeitos, ela adquire significação qualitativa coletiva.

Com base nesse princípio, uma construção teórica não se legitima, enquanto pesquisa, com o número de sujeitos investigados e nem pelo instrumento de coleta de dados, mas, sim, pela qualidade da expressão do sujeito que adquire significação. Sendo assim, a legitimação vai se dando pelo seu significado em relação às necessidades do processo de pesquisa. Sobre isso, González Rey afirma que:

> *considerar a pesquisa como produção teórica, entendendo por teórico a construção permanente de modelos de inteligibilidade que lhe dêem consistência a um campo ou um problema na construção do conhecimento, ou seja, o teórico não se reduz a teorias que constituem fontes de saber preexistentes em relação ao processo de pesquisa, mas concerne, muito particularmente, aos processos de construção intelectual que acompanham a pesquisa. (2005a,p.11)*

Pode-se considerar que o empírico se constitui num espaço de produção intelectual, uma vez que integra, de diferentes formas, as idéias do pesquisador na elaboração do conhecimento. Portanto, o processo de pesquisa não tem apenas finalidades teóricas, mas também práticas, atreladas à inteligibilidade do que é pesquisado. Nesse sentido, está-se apontando a implicação do pesquisador com o processo de pesquisa e construção teórica, uma vez que a legitimação passa pelo modelo teórico que este desenvolve no decorrer da pesquisa. Em última análise, fica evidente a impossibilidade de construção teórica sem a mediação do pesquisador, superando definitivamente a idéia de neutralidade.

A implicação intelectual do pesquisador e o processo de construção do conhecimento exigem o que González Rey (2005b) considerou o terceiro princípio, o da *comunicação*, enquanto um processo dialógico.

A comunicação é entendida como uma forma privilegiada para conhecer os processos de sentido que caracterizam os sujeitos individuais e como as formas objetivas de vida afetam as construções de sentido. Ou seja, pela comunicação é possível acessar um nível diferenciado da produção social, indo além de conhecer os diferentes processos simbólicos organizados e recriados na construção dos sentidos, como esclarece o próprio González Rey:

> *Conhecer um evento ou uma condição social, em sua significação subjetiva, poderá ser efetivo apenas por meio do sistema disperso de suas conseqüências sobre a constituição subjetiva para aqueles que a compartilham. (2005a, p. 14)*

Retomando a indicação de Vigotski, ao considerar a palavra/signo como elemento privilegiado para acessar a subjetividade, fica evidente uma outra necessidade, a de compreender o significado da palavra e o pensamento que a produz, como bem ilustra Aguiar (2007)

> *Por meio da palavra, podemos apreender os aspectos cognitivos/afetivos/volitivos constitutivos da subjetividade, sem esquecer que tal subjetividade e, portanto, os sentidos produzidos pelos indivíduos são sociais e históricos. (p.131)*

Mas é importante considerar que a palavra não é suficiente para apreender o processo de constituição do objeto, a sua essência, colocando-se a necessidade de ultrapassar a aparência e acessar os sentidos construídos pelo sujeito. Essa necessidade remete, como caminho possível, ao primeiro princípio citado por González Rey (2005b), o esforço interpretativo e construtivo do conhecimento. Nessa direção, Aguiar (2007) traz uma reflexão importante ao afirmar *que a apreensão do sentido só se dará ao compreendermos as forças fundamentais que o constituíram, ou seja, seus determinantes.* (p.131)

Mais uma vez fica evidente o papel fundamental da teoria, enquanto um instrumento importante em todo o processo interpretativo do pesquisador na relação com o pesquisado, sendo ambos responsáveis pela produção do pensamento e do conhecimento. Não é possível falar em pesquisa qualitativa, desvinculada de pressupostos teórico-metodológicos, pois a compreensão da metodologia e todo o processo de busca e análise de informações estão diretamente embasados nestes referenciais.

A título de síntese, pode-se apontar que a compreensão da pesquisa qualitativa enquanto pressuposto teórico-metodológico e numa perspectiva epistêmica amplia o campo de compreensão do qualitativo, permitindo avanços no processo de construção do conhecimento, ao defini-la como a que pretende *conhecer, esclarecer, entender e interpretar os processos que constituem os fenômenos, objetos de investigação* (Ozella, 2003b, p.122)

### 3. Objetivos da Pesquisa

Pesquisas no campo da saúde, geralmente, buscam se apoiar em dados epidemiológicos, procurando garantir a aplicabilidade para que a ação e intervenção resultantes sejam capazes de atingir o maior número de pessoas possível, fundamentando a elaboração e implantação de políticas públicas. Geralmente, são desenvolvidas por segmentos populacionais (crianças, adolescentes, idosos) ou por agravos à saúde (dengue, aids, e outras doenças que atingem um número grande de pessoas). Nas questões que envolvem o público adolescente/jovem, a lógica tem sido a mesma, focando principalmente o que é considerado problemas de saúde do adolescente (sexualidade, gravidez e uso de drogas).

Pesquisas na área de saúde que considerem o adolescente/jovem como parcela da população objeto de ações de saúde pública são recentes e parecem pouco influenciar na elaboração de políticas públicas voltadas a essa parcela da população, como se verificou no histórico de políticas públicas discutido no capítulo dois.

Diante desse quadro, pesquisadores da área, como Gabriela Calazans (2000), identificam dois caminhos, não excludentes, para a investigação sobre a saúde do adolescente:

> *– estudos que tenham como foco a vivência e a experiência de adolescentes e jovens, em suas mais diversas inserções sociais;*
> *– a realização de estudos do discurso dos adultos sobre os adolescentes e jovens, focalizando a forma como estes vêm sendo tematizados pelos grupos geracionais responsáveis por sua socialização, pela produção de políticas públicas voltadas a eles, pela prestação de serviços nas áreas de saúde, educação, etc. (p. 85)*

O trabalho aqui proposto se insere no segundo foco, buscando apreender a construção dos sentidos de adolescência dos profissionais de saúde que integram a ESF, como uma possibilidade reveladora das concepções que medeiam a prática no contexto da saúde, tanto curativa quanto preventiva ou de educação em saúde. Ou seja, investigar o discurso dos adultos, profissionais de saúde, sobre adolescência, visando compreender

como os sentidos subsidiam as práticas em saúde e como foram/são construídos, considerando a história de vida e de formação profissional dos sujeitos.

Como dado relevante, podemos apontar que os programas propostos pelo Ministério da Saúde, (como o PROSAD[20]) e implementados nos municípios nas duas últimas décadas parecem não garantir um dos direitos fundamentais, que é a condição digna de sobrevivência no seu aspecto biológico, como demonstram os índices de mortalidade entre crianças e adolescentes[21], e os dados do Relatório de Desenvolvimento Juvenil (Waiselfisz, 2007), sobre a *causa-mortis* de adolescentes/jovens. No entanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei 8069/90) prevê a elaboração e implementação de políticas públicas prioritárias que garantam o desenvolvimento integral. Diante desse quadro, legal e real, parecem ser as urgências que constituem os serviços voltados para o público adolescente, com políticas públicas que prezam mais o curativo que o preventivo, mais o biológico que o desenvolvimento integral.

Nesse contexto, surgiram alguns questionamentos que embasaram a elaboração deste trabalho de pesquisa, entre os quais, citamos:

- a forma como são pensados e desenvolvidos os programas/serviços adotados para a população adolescente estaria coerente com a concepção de adolescente proposta pelo ECA, ou seja, concebendo-os como sujeitos de direitos?

- os profissionais de saúde em sua formação têm embasamento teórico-prático para o trabalho com adolescentes na perspectiva colocada pelo ECA?;

- a formação dos profissionais de saúde contempla disciplinas, conteúdos, metodologias que possibilitam a reflexão sobre adolescência? Se tem, quais pressupostos têm norteado essa formação?

- como a formação profissional e em serviço (educação continuada) tem contribuído na construção de sentido de adolescência, de adolescência e saúde; adolescência e educação; educação e saúde?

- Qual(is) compreensão(ões) permeia(m) a prática dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica?

[20] PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) discutido no cap. 2

[21] Em 2004 a média de mortalidade em infantil era de 22,5, e a redução ocorrida no período (2002-2004) foi atribuída à ação do Programa de Saúde da Família. Quanto ao adolescente, não se encontram dados compilados, com exceção de gravidez na adolescência (22% do partos ocorridos em 2003). Fonte: Painel de Indicadores do SUS/MS/2004.

Essas questões constituem-se como referência para o processo investigativo, assim como os pressupostos teórico-metodológicos apresentados anteriormente, na expectativa de compreensão dos sujeitos, em sua totalidade.

Nessa perspectiva, pretende-se analisar o processo de formação dos sentidos de adolescência entre os profissionais de saúde como importante elemento mediador da prática em saúde, principalmente dentro da ESF.

Esta análise resultará também do confronto com nossa compreensão, qual seja, de que a adolescência não pode ser reduzida a um período de crise, mas precisa ser compreendida como uma momento de mudanças qualitativas nas condições de relação com o mundo e de construção de sua subjetividade. Também, por entender ser esta a concepção de adolescência que fundamenta o Estatuto da Criança e do adolescente, quando o coloca como sujeito, em condição peculiar de desenvolvimento.

Compreendendo que as práticas sociais inventam os diferentes sujeitos, objetos e saberes do mundo, compartilhamos com Coimbra (2003) que as práticas cotidianas constituem poderosos instrumentos de reprodução e/ou criação, produzindo efeitos muito diferenciados. Por esse motivo, entendemos ser relevante investigar os sentidos de adolescência para os profissionais de saúde, inseridos na atenção básica, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Como Lane (2003) nos ensina:

> *Entender esses processos como históricos nos permite estudar, no âmbito da psicologia, a relação do homem com seu mundo material: cultural e social. A humanidade é conquista e construção humana que se põe na cultura, nos instrumentos e na linguagem, permitindo que cada homem, ao nascer candidato à humanidade, possa apreender e aprender as formas de ser, sentir e pensar; possa registrar o já criado e possa imaginar e criar o novo, transformando a humanidade" (p. 112).*

## 4 . A Pesquisa Empírica

### 4.1. O contexto da pesquisa

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, aprovada em 2007, em seu texto, indica uma compreensão de adolescência enquanto processo e produto de múltiplas determinações, portanto um fenômeno construído social e historicamente. Segundo o documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, e discutido no capítulo II, esta política consiste numa diretriz, construída a partir do

debate em espaços coletivos, com os atores sociais envolvidos, constituindo-se como eixo central para as ações de saúde no país.

Neste contexto, a pesquisa de campo foi desenvolvida em um município de porte médio, no interior do Estado de São Paulo, cuja implantação do Programa de Saúde da Família - atualmente renomeado como Estratégia de Saúde da Família - teve início no ano de 1997, portanto, com mais de dez anos de experiência de trabalho na perspectiva da Saúde da Família.

No município, não foi possível encontrar dados históricos registrados quanto à implantação do Programa. Como entendíamos ser importante contextualizar historicamente a implantação da ESF como subsídio para uma análise não fragmentada do processo, buscamos pessoas, profissionais da área de saúde e educação da cidade, que participaram desse processo e que aceitaram nos relatar sua experiência e, conseqüentemente, o sentido que teve para cada uma delas.

Desta forma, duas pessoas se dispuseram a conversar sobre o tema: uma da área de saúde, que fez parte da equipe idealizadora do projeto piloto e da condução da implantação das primeiras equipes e, outra, professor universitário, cujo trabalho de pesquisa e extensão na área permitiu-lhe um relato do processo de implantação.

Não podemos deixar de considerar que tais informações são decorrentes da visão pessoal desses sujeitos-fonte de informações, o que pode confrontar com percepções de outras pessoas que também vivenciaram o mesmo processo.

Outra fonte consultada foi a obra de Machado (2007), que pesquisou a história de Saúde do Município. Não se atendo às questões da ESF, esta obra nos possibilitou um panorama geral do contexto das políticas públicas do município e datas de implantação das USF.

Também foi importante nos valermos desses relatos, uma vez que os sujeitos da pesquisa, em sua grande maioria, são novos na cidade e na rede de saúde do município, desconhecendo muitos pontos da história de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de estruturação/organização dos serviços. Este dado nos foi revelado, a partir das entrevistas, indicando que a reestruturação ocorrida nos últimos anos, com o estabelecimento do concurso para médicos e enfermeiros ingressantes no quadro do município, já direcionados para a Estratégia de Saúde da Família, provocou uma grande renovação do quadro.

Dos relatos citados e da obra mencionada, pudemos apreender que a implantação da primeira equipe de PSF no município foi iniciativa da gestão enquanto uma

obrigatoriedade para os profissionais, tendo primordialmente um cunho político-eleitoreiro. Esse processo significou aos profissionais envolvidos a missão de descoberta do que se tratava a proposta do PSF e um imenso esforço na tentativa de elaborar um projeto de implantação mais próximo do que previa o Ministério da Saúde (MS).

Foram, aos poucos, compreendendo melhor a proposta e procurando adequá-la à realidade do município. No final do ano de 1997, foi implantada a primeira equipe do PSF, contando com um profissional médico, uma enfermeira e cinco agentes comunitários de saúde selecionados[22] junto à comunidade e contratados como cargo de confiança do prefeito.

Seu funcionamento se deu, inicialmente, em uma sala da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro. A definição do local não seguiu critérios técnicos, mas sim políticos. O gestor municipal, na época, entendeu que seria melhor optar por um bairro onde as condições sociais não fossem tão críticas, para não ter que lidar com dois problemas ao mesmo tempo (um serviço novo, que ninguém sabia bem como era e as condições sociais do bairro).

Ao mesmo tempo, estava sendo implantado no município o Programa de Internação Domiciliar (PID) com base em uma experiência no município de Santos, dividindo então a equipe (uma parte ficou na Saúde da Família e outra na implantação do PID).

Quanto ao agente comunitário, a forma de contratação abriu a possibilidade de este ser usado, inclusive, como cabo eleitoral, ficando o profissional numa situação muito ruim, caso contrariasse os interesses da gestão, podendo ser demitido. Essa situação permaneceu por aproximadamente quatro anos, modificando-se gradativamente, quando a Promotoria interferiu e abriu um processo contra a gestão.

No cotidiano, a equipe foi criando os caminhos, procurando formas para cadastrar as famílias, sem muita clareza sobre alguns conceitos importantes como território, clientela e dinâmica de trabalho. Com o tempo, a universidade, através de algumas pessoas, foi se aproximando, se interessando pelo potencial da proposta, ampliando o grupo de elaboração das propostas.

O programa foi ganhando notoriedade, o perfil dos profissionais era cuidadosamente definido, no que se referia a características voltadas ao contato com a

[22] A seleção ocorreu por divulgação no bairro, currículo e entrevista.

comunidade, um perfil mais humanizado, garantindo bons profissionais na ESF. A gestão tinha uma posição favorável à implantação, mas não existia apoio técnico. Com o tempo, a equipe foi ganhando experiência, domínio maior da proposta, o que gerou conflitos e, de certa forma, o desmantelamento do grupo inicial.

Em 1998, a equipe conseguiu a inauguração de estrutura própria, se constituindo na primeira Unidade de Saúde da Família (USF). Ao mesmo tempo, a segunda equipe encontrava-se em processo de implantação. Até o final do ano 2000, existiam quatro equipes implantadas.

Em 2001, muda a gestão radicalmente, representando uma outra proposta de governo e de saúde, com um maior comprometimento com o SUS. Nesse contexto, surgiu uma crise em relação aos agentes comunitários, pois eram contratados como cargo de confiança do grupo gestor anterior. Nesse processo, alguns eram realmente cabos eleitorais, mas outros haviam construído um vínculo com a comunidade, desenvolvido um trabalho comprometido com a ESF, sendo necessária uma discussão maior sobre os encaminhamentos a serem tomados.

No ano seguinte, começa a revisão da forma de contratação, passando a ser, como em outros municípios, por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). A partir de 2006, passou-se à realização de concursos, e a modalidade de contratação tem sido só esta, estando em processo de finalização a modalidade anterior. No entanto, ainda existem agentes comunitários contratados pela OSCIP.

Os demais profissionais (médicos e enfermeiros), a partir de 2005/2006 passaram a ser contratados por concursos específicos para Saúde da Família, visando selecionar um perfil considerado mais adequado, recebendo pontuação maior quem tem especialização e/ou residência na área.

A dinâmica de funcionamento das USF foi se modificando com a experiência, o aprendizado das equipes e, principalmente, a partir de 2006, quando passa a coordenar a área de atenção básica uma médica com grande experiência na ESF, cujo currículo trazia o histórico de implantação da ESF em outro município com muitos êxitos.

Segundo análise dos informantes, neste novo cenário, começam a fortalecer-se as políticas básicas, passando as equipes a ter ferramentas ou diretrizes orientadoras do trabalho, mas ficando grande parte da dinâmica cotidiana sob responsabilidade da equipe da USF, com grande autonomia neste processo (os grupos, o processo de trabalho, etc.).

Entretanto, em algumas situações, a administração passou a determinar a implantação de atividades (acolhimento, terapia comunitária, reunião de equipe no mesmo dia, atendimento noturno em um dia da semana) que as equipes, aos poucos, iam assimilando e desenvolvendo. Por exemplo, com relação ao acolhimento, a gestão avaliava que não conseguiria implantar em todas as unidades se deixasse que cada equipe definisse como seria; então determinou que deveria ser feito, e as equipes foram se organizando e agora, em todas as USF, pratica-se o acolhimento. O mesmo ocorreu em relação à Terapia Comunitária, adotada como uma política do município. As equipes passam a se capacitar e a desenvolver o grupo em todas as USF.

Com o estabelecimento da parceria universidade-prefeitura e a implantação do serviço escola e do curso de medicina, a organização da dinâmica das USF também passou a ter que se adequar à demanda dos estudantes.

Portanto, após 2006, as USF trabalham recebendo apoio da universidade, através dos estudantes dos cursos de medicina, enfermagem e das especializações/residência em Saúde da Família. Esta aproximação também possibilita uma formação em serviço, vivenciando o trabalho em equipe.

Em termos numéricos, o município, em 2002, contava com quatro USF; em 2004, com cinco unidades; em 2006, nove USF; e em 2007, havia onze USF e doze equipes, cobrindo 18% da população do município. (Machado, 2007, p. 179)

### 4.1.1. Local da pesquisa:

O município pesquisado possui 213.000 habitantes, está localizado a 250 km da capital, é credenciado junto ao Ministério da Saúde em Gestão Plena[23], e conta com uma rede de atendimento à saúde pública, na atenção básica, composta por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas, uma rural, e 11 Unidades de Saúde da Família.

A população do município, distribuída por idade, configura-se com ¼ na faixa etária de 10 a 29 anos, período que engloba a população considerada pela OMS como adolescente e jovem.

A escolha desse município se pautou no indicador social, por ser um dos mais desenvolvidos do Estado, com um atendimento de referência na área da atenção básica, e por ser o município de residência desta pesquisadora.

[23] Um município em Gestão Plena significa que ele é responsável pelo oferecimento e gestão de todos os serviços públicos em Saúde, recebendo para tanto os repasses financeiros do Governo Federal e Estadual.

Como o município conta com onze USF, todos os profissionais médicos e enfermeiros das equipes foram convidados a participar da pesquisa, primeiramente da entrevista, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II).

4.2. Procedimentos metodológicos

Coerente com nossos pressupostos teórico-metodológicos, a aproximação com o campo, com a realidade, com o objeto de pesquisa implica uma interpretação do pesquisador significando os elementos deste campo. Estas significações, decorrentes da interpretação do pesquisador, são consideradas na perspectiva sócio-histórica, na epistemologia qualitativa, como indicadores na produção da informação.

Essa forma de compreender o campo remete ao lugar e delimitação dos instrumentos de pesquisa, tradicionalmente definidos em fase preliminar da pesquisa. Na perspectiva sócio-histórica, cujo pressuposto teórico metodológico está sendo discutido, a definição ou escolha dos instrumentos está relacionada à interpretação do pesquisador e às necessidades que vão surgindo no decorrer do processo de pesquisar.

Os instrumentos são tomados como ferramentas interativas, sendo suscetíveis a usos diversos dentro do processo investigativo. Em sendo uma ferramenta interativa, envolve o sujeito pesquisado, só tendo sentido dentro do contexto específico do sujeito concreto pesquisado.

Ozella (2003b) reforça essa compreensão ao afirmar que:

> *...quaisquer que sejam os instrumentos utilizados, eles devem atender aos objetivos da investigação, indo de uma análise descritiva, até uma análise interpretativa em profundidade (p.125-6)*

Em sendo a palavra significada o elemento do pensamento que pode ser compartilhado, considerada como a unidade de análise privilegiada para acessar os sentidos, ela precisa ser expressa, cabendo ao pesquisador utilizar o instrumento, ou os instrumentos que provoquem a expressão dos sujeitos, de forma que os indicadores produzidos possibilitem a análise construtiva interpretativa e, conseqüentemente, a elaboração teórica. Ou seja, o instrumento deve ser um meio pelo qual o sujeito se construa na interação com o pesquisador, tendo como referência o terceiro princípio apontado por González Rey,(2005b), o da comunicação. Portanto:

> *o uso de instrumentos representa um momento de uma dinâmica, na qual, para o grupo ou para as pessoas pesquisadas, o espaço social da pesquisa se converteu em um espaço portador de sentido subjetivo. (González Rey, 2005a ,p.45)*

Nesse sentido, o instrumento que tem sido privilegiado, por ser o que mais tem possibilitado atingir os objetivos, é a entrevista. Porém não significa que outros não possam ser utilizados isoladamente ou concomitantemente, no sentido de complementaridade na construção de indicadores.

A entrevista possibilita o que Gonzalez Rey (2005a) chamou de dinâmica conversacional, que tem como objetivo conduzir a pessoa estudada a campos de significados de sua experiência pessoal, capazes de envolvê-la no sentido subjetivo dos diferentes espaços de sua subjetividade individual.

Com base nesses pressupostos, o trabalho consiste numa pesquisa qualitativa, e teve dois momentos de aproximação com o campo e o uso de dois instrumentos de coleta de informações: análise documental e a entrevista individual. Porém, só a entrevista constituiu-se, de fato, em objeto de análise e de compreensão dos sentidos.

Inicialmente, pensávamos na realização do grupo focal como estratégia para se definir os sujeitos das entrevistas. No entanto, esse caminho foi inviabilizado, dada a dinâmica de funcionamento das USF e a disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. Por isso, optamos por entrevistar todos os profissionais e, como descreveremos a seguir, posteriormente selecionamos aqueles cuja análise dos discursos foi aprofundada.

### 4.2.1. Etapas da pesquisa de campo

A primeira etapa da pesquisa consistiu no levantamento dos documentos enviados por universidade públicas, dos cursos de medicina e enfermagem, quais sejam: grade curricular, planos/programas[24] de ensino.

#### Material documental

A escolha das universidades públicas, delimitadas ao Estado de São Paulo baseou-se no pressuposto de que elas seriam referências para a organização dos cursos de universidades e faculdades particulares. Nesse sentido, não se pretendeu qualquer generalização dos resultados, mas entendê-los como indicativos de como tem sido a formação sobre adolescência desses profissionais.

[24] Alguns cursos nomeavam o documento de plano de ensino e outros, o de programa de ensino, motivo pelo qual se optou por manter os dois como sinônimos, plano/programa, apesar de existirem diferenças conceituais, que não cabem discutir neste trabalho.

A definição pelos profissionais médicos e enfermeiros baseou-se no fato de serem os dois, segundo a legislação, obrigatórios nas equipes de Saúde da Família, atual responsável pela atenção básica ao adolescente. Sem dúvida, as equipes podem e devem ser compostas por outros profissionais, mas nesta pesquisa nos limitamos aos dois que, obrigatoriamente, estão presentes.

Foram enviadas aos cursos de medicina e enfermagem, de todas as universidades delimitadas, carta explicativa (anexo III) sobre o projeto de pesquisa, solicitando o fornecimento ou acesso ao material (grade curricular e programas/planos de ensino de disciplinas em que o curso reconhecia trabalhar com a questão da adolescência/puberdade).

Uma universidade (dois cursos) respondeu prontamente, enviando por e-mail a grade curricular e os programas das disciplinas. Outras seguiram um trâmite interno de aprovação ou autorização para a realização da pesquisa junto aos órgãos decisórios, sendo enviado posteriormente o resultado por documento impresso e protocolado. Dois cursos (medicina e enfermagem) de uma mesma universidade responderam que o material estava disponível no site (neste caso, foi encaminhada outra solicitação justificando a importância de o curso indicar quais disciplinas se encaixavam no perfil solicitado). Um deles, o de enfermagem, informou as disciplinas que entendiam estar dentro do perfil, e o outro curso (medicina) não mais se manifestou, mesmo após recorrentes solicitações. Neste caso, entendeu-se que o curso autorizou que o levantamento fosse realizado. Dois cursos de medicina e dois de enfermagem não responderam à solicitação. Um curso de medicina informou não poder participar da pesquisa justificando estarem em implantação.

Após tabulação e organização dos danos coletados, foi ficando evidente a grande disparidade de informações e, principalmente, de contradições entre o que os cursos/universidades apontavam como disciplinas que trabalhavam a questão da adolescência, com o material analisado (planos/programas de ensino). Depois de analisado o material, entendemos que ele não consistia numa base fidedigna para análise ou afirmações quanto à formação desses profissionais de saúde, principalmente pela impossibilidade de contato com os professores responsáveis por tais programas. Por esse motivo, optamos por não utilizar estes dados como fonte de análise, razão pela qual o material não integra este trabalho de pesquisa. Porém, entendemos que da análise desses documentos resultaram um conhecimento, um indicativo do material que nos parece importante conservar, é a evidência documental do não-lugar para a adolescência

na formação do profissional de saúde médico e enfermeiro. A título de esclarecimento e curiosidade, seguem (anexo IV) as tabelas com as disciplinas indicadas pelos cursos de medicina e enfermagem que abordam a questão da adolescência.

Entrevistas Individuais

Foi realizada entrevista individual (roteiro anexo I) com todos os profissionais médicos e enfermeiros que compõem as 12 equipes de Saúde da Família existentes do município naquele momento. Com o conhecimento dos sujeitos, passamos a definir aqueles cuja análise seria realizada e, caso necessário, recorreríamos a uma nova entrevista, visando aprofundar a compreensão sobre o mesmo. Os critérios de seleção serão apresentados a seguir.

A opção pela utilização da entrevista baseou-se no objetivo da pesquisa e, por se entender ser este o instrumento que possibilita estabelecer o diálogo com os sujeitos participantes na reconstrução do caminho de formação de seus sentidos, produzindo indicadores importantes. Também, por compartilharmos com Minayo (2000), segundo a qual, a fala consiste num meio de acessar o sujeito e suas determinações, ou seja:

> *..a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas(109-10).*

Optamos pela entrevista semi-estruturada, por entender que esta forma possibilita captar a diversidade, imprescindível numa análise qualitativa, além do pesquisador ter um contato mais próximo e direto com o entrevistado, facilitando a apreensão dos conteúdos qualitativos do discurso. Por outro lado, segundo Honningmann (1954, apud Minayo, 2000), *a entrevista semi-estruturada possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (p.108).*

Das 12 equipes de Saúde da Família, uma encontrava-se desfalcada por problemas de saúde do profissional médico, que não tinha previsão de retorno ao trabalho. Ao estabelecer o contato com os profissionais, apenas um se recusou a participar da pesquisa, alegando falta de interesse.

Realizamos 22 entrevistas (10 médicos e 12 enfermeiros) entre os meses de janeiro e março, e a dificuldade maior foi encontrar espaço de uma hora na agenda desses profissionais. Todos se mostraram muito receptivos e foram, aos poucos,

conseguindo o agendamento. Dois profissionais não permitiram a gravação, sendo as informações registradas manualmente.

Após a transcrição das entrevistas gravadas (20), passamos à leitura atenta e à definição daquelas que seriam analisadas em profundidade, considerando como critérios:

1º. O conteúdo da entrevista o mais completo possível em termos de informações, ou seja, o profissional colocou-se de forma detalhada nos pontos principais, considerados a partir dos objetivos de pesquisa;

2º. As entrevistas que representavam os dois principais grupos de profissionais evidenciados: profissionais que tiveram uma formação tradicional e uma experiência profissional maior, e que recentemente passaram a integram a ESF; o segundo grupo: profissionais com formação recente, já com um direcionamento a partir da graduação para ESF, e experiência profissional focada na ESF. Este critério não existia anteriormente, mas foi utilizado após a constatação deste quadro durante as entrevistas, como algo que caracteriza a situação atual no município pesquisado;

Diante desses critérios chegamos ao número de quatro entrevistas (anexo V) a serem analisadas em profundidade, procurando compreender os sentidos de adolescência construídos pelos profissionais entrevistados: dois médicos (M5 e M6) e duas enfermeiras (Enf. C e Enf J), e, através de seus discursos, de suas histórias de vida pessoal, profissional e de formação, entender o processo.

### 4.3. O processo de análise

O pesquisador, ao interagir com a pessoa, a partir de um tema, abre espaço para que ela desenvolva e limite sua expressão, de acordo com seu interesse, construindo assim, conjuntamente com o pesquisador, os indicadores que darão continuidade no processo de análise.

Esses indicadores vão possibilitando identificar zonas de sentido, conforme a inteligibilidade da pesquisa pelo pesquisador, ou seja, sua compreensão do que é importante, do que faz sentido no estudo realizado.

Segundo Aguiar e Ozella (2006), a apreensão dos sentidos ocorre por meio da construção dos indicadores da forma de ser do sujeito, enquanto um processo vivo e dinâmico. Os autores sugerem três etapas da apreensão da constituição dos sentidos, conforme apresentaremos a seguir:

A primeira consiste numa leitura flutuante, em que o pesquisador organiza o material, ao mesmo tempo em que se apropria do texto transcrito. Nesse momento, emergem palavras significadas que lhe parecem ser importantes, resultando numa lista de pré-indicadores, que poderão se constituir em construções de indicadores e de núcleos de sentido;

A etapa seguinte consiste em aglutinar os pré-indicadores por similaridade, complementaridade ou contraposição, diminuindo a sua diversidade, para a constituição dos indicadores, caminhando para a construção dos núcleos de sentido.

Nesse processo, está implicada uma análise do pesquisador totalmente apoiado no teórico, mas ainda não se constitui numa construção teórica, por não ser ainda interpretativa, como discutido na epistemologia qualitativa.

A terceira etapa envolve dois momentos importantes na construção do conhecimento, sendo o primeiro a construção dos núcleos de sentido, com a articulação dos indicadores, que possibilitam acesso aos conteúdos. O segundo momento consiste na análise interpretativa, avançando do empírico para núcleos resultantes que expressem os pontos centrais e fundamentais que têm implicações para o sujeito, revelando suas determinações e emoções constitutivas.

A análise dos núcleos se inicia pelo intranúcleo e depois para uma articulação internúcleo, apontando contradições e semelhanças no movimento constitutivo do sujeito. Porém, essa análise deve também se articular com o histórico de vida e com o contexto histórico social do sujeito, permitindo sua apreensão na totalidade.

Essa análise dos núcleos de sentido possibilitará compreender o subtexto, o que ficou oculto na fala, bem como as emoções envolvidas, o processo afetivo volitivo.

Com base nesses referenciais, é que se pretende confrontar, analisar, interpretar e compreender o discurso dos profissionais de saúde sobre adolescência, saúde, Estratégia de Saúde da Família e de trabalho na área. Nesse processo, captar a construção dos sentidos, adentrando em seu histórico de vida pessoal e profissional, contextualizando com a realidade do município e da Unidade de Saúde onde está alocado.

## Capítulo IV - Desvelando os Sujeitos: Análise dos Núcleos de Sentido

A aproximação com o campo, o contato com a realidade e com os sujeitos, seja de forma direta, seja através de documentos, possibilitam o movimento reflexivo e de reconstrução teórica e interpretativa dos processos de significação humana.

Neste capítulo, trataremos da análise do material resultante de nossa entrada no campo (descrito no capítulo anterior) e da interpretação a partir do referencial teórico metodológico.

Conforme metodologia também já descrita, passamos à leitura atenta, porém flutuante, de cada entrevista com o objetivo de levantar os pré-indicadores. Estes consistem em expressões significativas do discurso, seja pelo conteúdo, repetição, entonação, seja por outras formas possíveis de se evidenciar uma significância para o sujeito, mas ainda sem qualquer pretensão de análise. Em muitos momentos, são até repetitivos.

Para cada entrevista, foram realizadas de quatro a cinco leituras, resultando no levantamento de 100 a 140 pré-indicadores, dependendo do conteúdo trazido por cada um dos sujeitos.

Procuramos agrupá-los pelo que indicavam, de forma a organizá-los como indicativos de um sentido, chegando, em média, a 15 indicadores, em alguns casos muito próximos, porém com sentidos próprios para cada sujeito.

Como terceiro momento, e início de análise propriamente dito, agrupamos os indicadores por núcleos de sentido, organizando-os de maneira que nos possibilitasse compreender os sentidos construídos pelos sujeitos, de forma a não fragmentar a construção do pensamento.

Os núcleos versam sobre a compreensão de saúde, de trabalho na área, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, principalmente, sobre a construção de sentido de adolescência e de trabalho com esta população e, ainda, sobre formação profissional.

Neste momento, temos, a partir da fala dos sujeitos, uma organização dos seus núcleos de pensamento, buscamos captar os sentidos produzidos por eles sobre o objeto de pesquisa neste trabalho. Com os núcleos de sentido organizados, passamos à análise interpretativa intra e internúcleos.

## 1. Organização e Análise das Entrevistas

### 1.1. Médico 6

A – Caracterização

O Médico 6 (M6) é casado, têm 49 anos, exerce a medicina há 20 anos. É formado por uma universidade privada, fez residência em pediatria e, recentemente, especialização em saúde da família. Trabalha há um ano na Unidade de Saúde da Família (USF).

B - Organização do material

Os quadros a seguir apresentam a organização dos pré-indicadores e indicadores; indicadores e núcleos de sentido, construídos a partir da entrevista do Médico 6 (M6), conforme procedimento descrito no capítulo teórico-metodológico:

| PRÉ-INDICADORES MÉDICO 6 | INDICADORES |
|---|---|
| 1- doença é relativa;<br>2- doença é mais do que aparenta<br>3- saúde é o equilíbrio multifatorial e não só do organismo<br>4- saúde e doença são mal interpretadas | 1 – ENTENDIMENTO DE SAÚDE E DE DOENÇA |
| 5- Promoção – medicina preventiva<br>6- tratamento – medicina curativa<br>7- doentes – vítimas da falta de prevenção - promoção<br>8- população adoece por falta de prevenção<br>9- por índole, por personalidade foi mudando a forma de olhar o serviço de saúde e os usuários | 2- TRABALHO NA SAÚDE |
| 10- contexto<br>11- não centrado no médico<br>12- educar a população<br>13- trabalho com grupos<br>14- acolhedor e cuidador<br>15- usuário ainda pouco orientado | 3– SENTIDO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA |
| 15- usuário ainda pouco orientado<br>16- prevenção e tratamento<br>17- não só prevenção<br>18- promovendo saúde e apagando incêndio<br>19- plano individual de trabalho com o usuário<br>20- predomínio da cultura médico centrado/medicalizante<br>21- acolhimento: trabalho técnico e afetivo<br>22- prioridade para as urgências<br>23- consultas médicas e de enfermagem: trabalho rotineiro<br>24- visitas domiciliares são prioridade para acamados e idosos<br>25- os agentes comunitários têm o contato direto com as famílias<br>26- visita domiciliar também aos pacientes mais arredios: alcoolistas e drogados<br>27- dez grupos ( inclui grupo com adolescentes)<br>28- equipe matricial<br>29- a adesão ao grupo se faz pelo boca a boca<br>30- grupo de adolescentes: missão de inclusão social<br>31- grupo de adolescentes: participação de toda equipe alternadamente<br>32- trabalho não é centrado no médico<br>33- esforço de trabalho em equipe | 4 – FOCO DO TRABALHO COTIDIANO NA USF |
| 34- direciona a demanda<br>35-responsável pelas visitas domiciliares | 5 – AGENTE COMUNITÁRIO E A USF |

| | |
|---|---|
| 36- é quem conhece o cotidiano das famílias | |
| 37- fase terrível<br>38- absoluto desnorteio: família e adolescente<br>39- fase de dificuldade e desencontro: adolescente e família<br>40- confusão<br>41- fase delicada e vulnerável do ponto de vista da formação da personalidade, do comportamento e da saúde<br>42- fase que sofre influência social<br>43- franqueza e liberdade de expressão<br>44- uma das fases mais complicadas da vida,<br>45- criatura que ninguém quer olhar<br>46- dificuldade de auto compreensão e insegurança<br>47- fase de pouco equilíbrio<br>48- fase pouco compreendida pelos pais | 6 – SENTIDO DE ADOLESCÊNCIA |
| 49- cresceu ouvindo: adolescente é baderneiro e sem afeto<br>50- o tempo mudou a percepção sobre a adolescência<br>51- compreendeu com a experiência: menino rebelde x garoto frágil<br>52- experiência negativa de familiares<br>53- tem facilidade com adolescentes fora do trânsito profissional<br>54- experiência com adolescentes vizinhos<br>55- aprendeu que os adolescentes não se entenderem<br>56- se pode esperar muito equilíbrio<br>57- havia conservado o adolescente que foi | 7 - CONSTRUÇÃO DO SENTIDO DE ADOLESCÊNCIA - HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL |
| 58- mudou sua visão com a experiência de trabalho<br>59- pediatria com algumas experiências<br>60- o serviço público: pediatra não atende adolescente<br>61- teve uma experiência riquíssima no serviço público<br>62- pediatria pode atender até 20 anos<br>63- experiência profissional pequena com adolescentes<br>64- a consulta deve ser em dois momentos: com os pais e sem<br>65- questões de sexualidade e de uso de drogas são proeminentes<br>66- aprendeu que é preciso respeitar o tempo do adolescente<br>67- a figura profissional dificulta a aproximação | 8 - CONSTRUÇÃO DO SENTIDO DE ADOLESCÊNCIA - HISTÓRIA DE VIDA PROFISSIONAL |
| 68- experiência com grupo: os participantes não são os que tem muitas dificuldades<br>69- o rebelde, complicado e difícil ainda não é atingido pelo PSF<br>70- não tem trabalho real<br>71- o foco no bebê, criança, mulher, hipertensos e diabéticos | 9 – ADOLESCÊNCIA E ESF |
| 72- o adolescente vê o profissional como estranho<br>73- criar vínculo e a confiança<br>74- baixa escolaridade do adolescente<br>75- vulnerabilidade causada pela ambientação da rua<br>76- as instituições de ensino, recreação e esportes não absorver os adolescentes<br>77- o Estado não oferece opções interessantes ao adolescente<br>78- falta de capacitação do profissional<br>79- o peso do papel social do profissional<br>80- dificuldade de encontro com o adolescente<br>81- o uso de drogas: entrave para o profissional<br>82- ausência de prevenção com pré-adolescentes | 10 – DIFICULDADES PARA O PROFISSIONAL TRABALHAR SAÚDE DO ADOLESCENTE |
| 83- uso de drogas<br>84- não procurar a unidade<br>85- obesidade<br>86- problemas diferenciados: questões de gênero | 11- PROBLEMAS/DIFICULDADES DE SAÚDE DO ADOLESCENTE |
| 87- manter a clínica médica tradicional<br>88- estratégia: trabalho com grupos<br>89- orientação sexual como foco<br>90- focar a obesidade<br>91- questão do conflito dentro de casa:<br>92- fora da USF | 12 – CONCEPÇÃO DE TRABALHO COM ADOLESCENTES NA ESF |
| 93- A.C.: responsáveis pela demanda encaminhada a USF<br>94- A.C. não estão preparados<br>95- falta estrutura e capacitação<br>96- são leigos e os profissionais não têm oferecido a qualificação | 13 – ADOLESCÊNCIA E O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE |
| 97- especialidades não se sentem responsáveis pelo adolescente<br>98- clínico geral: é criança<br>99- o pediatra: é um adulto | 14 – ADOLESCÊNCIA E A PRÁTICA MÉDICA |

| | |
|---|---|
| 100- as escolas não preparam para o trabalho | |
| 101- são os preceitos do SUS<br>102- estratégia de mudança e resgate do SUS<br>103- o profissional é um "cuidador"<br>104- cuidado mais amplo<br>105- prática médica ampliada<br>106- é desafio<br>107- disposição para o novo<br>108- atendimento humanizado | 15 – SIGNIFICADO DA ESF PARA O PROFISSIONAL |
| 109- realização profissional<br>110- denso, potente e gratificante<br>111- resgate de ideais antigos | 16 - FAZER PARTE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA |
| 112- a maioria dos médicos ainda não entendem a ESF<br>113- novas gerações podem ser melhores até como especialistas<br>114 - dedicação exclusiva<br>115- vocação<br>116- contraria ao sonho de enriquecer | 17 – PAPEL DO MÉDICO NA ESF |
| 117- graduação fragmentada<br>118- nada sobre adolescência na graduação<br>119- aprendeu que a parte emocional é bobagem<br>120- na residência teve aulas com hebiatras<br>começou a mudar, teve aulas com mestres da herbiatria<br>121- formação de graduação retirou o lado humano da profissão<br>122- profissional muito técnico<br>123- especialização em Saúde da Família: resgate do amor pela medicina<br>124- a escola médica deveria ser fundamental no preparo para o trabalho com adolescentes<br>125- especialização em saúde da família: discussão de casos | 18- FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E ADOLESCÊNCIA |
| 127- foi médico centrada<br>128- formação fragmentada, sem visão de contexto e ambientação do paciente<br>129- centrada na medicina curativa<br>130- técnica: medicar e operar<br>131- tratar do órgão<br>132- na especialização trabalharam: saúde da mulher, do adolescente, criança, adulto, trabalhador, questões depressivas | 19 – FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E ESF |
| 133- vitalidade orgânica<br>134- menos vulnerável às doenças orgânicas<br>135- problemas de saúde mental/emocional<br>136- fisicamente saudável e psicologicamente doente | 20 - PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E ADOLESCÊNCIA: SENTIDOS CONSTRUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS |

## Indicadores e Núcleos de Sentido de M6

| INDICADORES MÉDICO 6 | NÚCLEOS |
|---|---|
| 1- Entendimento de saúde e de doença | NÚCLEO 1 – O TRABALHO NA ÁREA DE SAÚDE ARTICULADO/DESARTICULADO COM A COMPREENSÃO DE SAÚDE E DOENÇA |
| 2- Trabalho na saúde | |
| 16- Fazer parte da equipe de saúde da família | |
| 17- Papel do médico na ESF | |
| 19- Formação do profissional de saúde e ESF | |
| 2- Trabalho na saúde | NÚCLEO 2 - SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA E RESGATE DO SUS |
| 3- Sentido de trabalho na saúde da família | |
| 4- Foco do trabalho cotidiano na USF | |
| 5- Agente Comunitário e a USF<br>15- Significado da ESF para o profissional | |
| 16- Fazer parte da equipe de saúde da família | |
| 17- Papel do médico na ESF | |
| 19- Formação do profissional de saúde e ESF | |
| 1- Entendimento de saúde e de doença | NÚCLEO 3 – ADOLESCÊNCIA NATURALIZADA, UNIVERSAL E PATOLÓGICA: CONTRADIÇÕES NA CONCEPÇÃO, FORMAÇÃO, EXPERIÊNCIA E FAZER MÉDICO. |
| 6- Sentido de adolescência | |
| 7- Construção do sentido de adolescência - história de vida pessoal | |
| 8- Construção do sentido de adolescência - história de vida profissional | |
| 9- Adolescência e ESF | |
| 10- Dificuldades para o profissional trabalhar saúde do adolescente | |

| | |
|---|---|
| 11- Problemas/dificuldades de saúde do adolescente | |
| 12- Concepção de trabalho com adolescentes na ESF | |
| 13- Adolescência e o agente comunitário de saúde | |
| 14- Adolescência e a prática médica | |
| 18- Formação do profissional de saúde e adolescência | |
| 20- Processo saúde-doença e adolescência: sentidos construídos pelos profissionais | |
| 1- Entendimento de saúde e de doença | 4 – A FORMAÇÃO MÉDICA FRAGMENTADA E O NÃO LUGAR DA ADOLESCÊNCIA |
| 2- Trabalho na saúde | |
| 6- Sentido de adolescência | |
| 10- Dificuldades para o profissional trabalhar saúde do adolescente | |
| 14- Adolescência e a prática médica | |
| 17- Papel do médico na ESF | |
| 18- Formação do profissional de saúde e adolescência | |
| 19- Formação do profissional de saúde e ESF | |

C- Análise dos Núcleos de Sentido - M 6

NÚCLEO I – O TRABALHO NA ÁREA DE SAÚDE ARTICULADO/DESARTICULADO COM A COMPREENSÃO DE SAÚDE E DOENÇA

A percepção de saúde e doença historicamente vem se modificando, principalmente após a Organização Mundial de Saúde (OMS) definir saúde como o bem estar físico, mental e social, de forma integral. Antes, se resumia à ausência de doença, marcadamente representada pelo entendimento apenas em seu aspecto biológico. Ainda assim, o conceito continuou dentro dessa perspectiva, porém abrindo espaço para se pensar outras possibilidades.

É o que se pode perceber na análise da compreensão de saúde e doença construída pelo profissional médico, sujeito nesta pesquisa, que denominaremos M6 ( Médico 6). O entendimento que subsidia as ações das pessoas no campo da saúde é construído no seu processo de formação e de trabalho, existindo muitas controvérsias e entendimentos diferenciados, uma vez que a história de vida de cada um interfere no modo como vivencia as situações cotidianas. Neste sentido, podemos ver que M6 traz em seu discurso uma compreensão de saúde e doença que vai além da definição da OMS, relativizando-a e utilizando como parâmetro o equilíbrio multifatorial, entendendo inclusive que depende de como cada sujeito vivencia a sua saúde e doença.

> *Eu gosto muito da antiga citação da Organização Mundial da Saúde quando dizia que saúde é ausência de doença. Porque hoje, graças a Deus, nós derrubamos essa tese, essa famigerada tese que dizia que eu estou saudável se eu não tenho doença, e ali a doença entendida, mesmo, do ponto-de-vista orgânico, físico. Então, a doença é muito mais do que aparenta, ela não é necessariamente física, ela não é apenas detectável com exames, com a chamada tecnologia pesada, dura e nem com a leve-dura, e sim com a tecnologia leve, a*

> *conversação, o diálogo, o acolhimento contínuo. Então, doença, portanto, é muito mais do que essas letrinhas expressas.*

Amparados na concepção marxista de homem e de mundo, podemos entender que este profissional compreende o sujeito que adoece como um ser ativo, social e histórico, já que indica que a saúde depende de um equilíbrio de aspectos sociais, relacionais, emocionais e outros da dinâmica de vida das pessoas, como muito bem nos ilustra o trecho a seguir:

> *No meu modo de entender, eu estou saudável se eu estou, do ponto-de-vista emocional, equilibrado, se eu tenho a minha inclusão social aceitável dentro do meu padrão, se eu percebo que minha família está equilibrada. A saúde, no meu modo de entender, não é a saúde do organismo só, é a mente, é minha profissão, eu estou feliz no meu casamento, eu estou equilibrado, então eu estou saudável. Eu posso até ter uma deficienciazinha orgânica, mas eu vou corrigir de maneira muito equilibrada, mas eu estou saudável.*

Socialmente, a prática médica é sempre mais valorizada quando amparada por tecnologias de ponta, (a denominada tecnologia pesada/dura), que possibilitam exames, diagnósticos e tratamentos cada vez mais precisos. No entanto, M6 nos mostra uma compreensão um pouco diferenciada, valorando mais o que nomeou de tecnologia leve, qual seja, a conversação, o diálogo e o acolhimento contínuo. Aqui parece evidente o que apontamos teoricamente, apoiando-nos em Aguiar (2007), sobre o homem ser afetado pelo mundo e vivenciar essa experiência com muitas possibilidades de sentido, construindo, assim, seu mundo psicológico, ao mesmo tempo em que age sobre este, num processo mediado pela linguagem. Para M6 a doença é mais do que aparenta ser, levando- nos a entender que para ele um órgão sadio ou doente não é suficiente para nomearmos um sujeito como sadio ou doente, já que esta nomeação depende muito mais do como a pessoa vivencia esta situação. Ou seja, ele pode ter um órgão com algum problema, porém pode estar bem equilibrado, sem sofrimento, encarando o tratamento com otimismo, bom humor e, portanto, não estaria doente. Este sentido de saúde e doença parece ser decorrente do como M6 foi afetado e vivenciou esta(s) experiência(s), tanto pela sua atividade como em seu discurso, demonstrando contradições constitutivas desse sentido em constante processo de reconstrução.

Evidenciamos nas palavras do sujeito a materialização do pensamento construído em sua história de trabalho na saúde e de como o sentido vai além do significado partilhado socialmente, constituindo-se também de outros elementos que podem até mesmo modificá-lo: uma formação dinâmica, fluida e complexa, com várias zonas de estabilidade (Vigotski, 2001a). Sem dúvida, é o significado que nos permite

compreendê-lo, e ir além: a sua verbalização nos permite acessar a sua consciência e captar o sentido. É o que podemos constatar com a autocrítica à categoria médica, na qual se inclui, não apontando simplesmente para os outros como responsáveis por um mau entendimento do que seja saúde e doença.

> *Eu acho que saúde e doença são muito mal interpretadas do ponto-de-vista nosso, médico, principalmente".*

A palavra exerce uma função importante, sendo constitutiva da consciência. Como denominou Vigotski *a palavra consciente é o microcosmo da consciência humana(*2001a, p.486). Apoiando-nos neste pressuposto, podemos destacar que as palavras significadas de M6 apontam que ele desenvolveu uma consciência crítica sobre sua profissão, ao afirmar que os médicos têm uma má interpretação do processo saúde e doença.

Parece-nos que esse profissional vivencia um processo constante de transformação, sendo capaz de olhar a realidade, o contexto e refletir sobre eles, incluindo sua própria prática profissional.

O sentido de saúde referenciada por M6 está presente na forma como pensa o trabalho na área de saúde. Demonstra grande preocupação em não fragmentar o trabalho e, principalmente, ter um cuidado com o paciente, quando nos aponta que é preciso trabalhar nas duas pontas, ou seja, na prevenção e promoção, bem como no curativo, já que existe uma população que adoece por conseqüência da falta de prevenção e que deve ser cuidada com toda atenção.

> *Não podemos deixar de ser curativos porque nós temos os nossos doentes que foram vítimas da falta, exatamente, de prevenção, de promoção. Então nós temos uma população que adoece e nós precisamos olhar para essa população. Não podemos ficar muito só querendo fazer promoção ou prevenção, nós temos que acudir as duas pontas. Ir prevenindo, promovendo saúde e apagando o incêndio.*

Indica sua preocupação com o outro, com o qual convive e que precisa de atenção, mas que para ele não foi sempre assim: foi mudando a sua forma de olhar o serviço de saúde e o usuário. Neste caminho, notamos como a história de vida e a construção de sentidos se da de forma dialética e histórica, num movimento constante de reflexão e ação.

Portanto, encontramos a organização do psiquismo, tal como nos aponta Vigotski (1995), como uma ação transformadora, decorrente de um processo de apropriação e

superação, mediado pela atividade e pela linguagem. Ou seja, em seu processo histórico pessoal e de trabalho, M6 foi construindo e reconstruindo um sentido de trabalho na área de saúde, mediado pela sua prática enquanto médico pediatra e pela reflexão, podendo ser evidenciado o processo em sua linguagem, ao mencionar que não foi sempre assim, que foi mudando sua forma de olhar o serviço e o usuário. Ao discursar, suas palavras nos possibilitam apreender uma construção de sentido processual, como fica evidente nesta frase:

> *Então era uma visão diferente, mas, ao longo do tempo, talvez por índole, por personalidade, não sei, eu fui mudando essa forma de olhar em relação a minha prática médica. Depois com o tempo, nesses últimos anos aqui em ....., a aproximação de novo com a Academia, ....., o convívio com os professores, isso foi resgatando em mim aquele antigo amor pela outra forma que era o ideal de antes da faculdade.*

Para um sujeito cuja formação, como veremos posteriormente, o fez perder sua humanidade, transformando-o em técnico, esta forma de compreender saúde nos solidifica a idéia de que este é sempre um processo, sobre o qual o sujeito tem toda possibilidade de autonomia, mediada pelas condições concretas de sobrevivência, sejam elas físicas, psíquicas, emocionais, econômicas ou sociais.

Fica evidente em suas palavras um sentido de trabalho na área da saúde que foca a prevenção, a promoção e também o tratamento, de forma comprometida com as necessidades da população que adoece, coerente com o que preconiza a política de saúde nacional através do SUS e também da Estratégia de Saúde da Família, observada no trecho a seguir,

> *Não podemos deixar de ser curativos porque nós temos os nossos doentes que foram vítimas da falta, exatamente, de prevenção, de promoção. Então nós temos uma população que adoece e nós precisamos olhar para essa população. Não podemos ficar muito só querendo fazer promoção ou prevenção, nós temos que acudir as duas pontas. Ir prevenindo, promovendo saúde e apagando o incêndio.*

Assim, parece que este profissional construiu um sentido de saúde mediado pela sua experiência profissional e também pela apropriação da política nacional, mas não como mera reprodução do discurso oficial. O sentido construído é mediado pela forma como entende saúde e doença e como concebe os sujeitos, geralmente denominados pacientes.

Fazer parte da equipe de saúde da família para ele tem um sentido de realização pessoal, pois enxerga uma possibilidade de resgate de ideais antigos do ser médico, de

trabalhar por uma saúde integral. Ou seja, vivencia a profissão de forma emocionada. Leontiev (1978) vincula a consciência aos afetos, pelo fato de esta ser atravessada por motivos e necessidades, mesmo quando o sujeito não se dá conta do que o impulsiona à ação, ou seja, do emocional. Lane (1995) afirma que:

> *emoção, linguagem e pensamento são mediações que levam à ação, portanto somos as atividades que desenvolvemos, somos a consciência que reflete o mundo e somos afetividade que ama e odeia este mundo, e com esta bagagem nos identificamos e somos identificados por aqueles que nos cercam. (p. 62)*

Por este olhar, podemos apontar que a consciência de M6 é afetada por uma emoção que o mobiliza para a ação, para o projeto da ESF, tendo como motivo a busca de ser médico nos moldes de sua concepção de saúde e doença, e seu pai como modelo identificatório dessa prática, possibilitando-lhe olhar o "paciente" em todos os seus aspectos, fugindo da tradição médica biologizante.

> *Então, eu hoje, se eu viajar hoje, se eu partir hoje, eu parto feliz porque eu finalmente consegui fazer a medicina que o meu pai e o meu avô lá em Salvador, na Bahia, preconizaram. Eram médico das antigas que eles falavam: "Você é médico de antigamente", como eu ouço hoje alguns colegas de maneira muito depreciativa se referindo a Saúde da Família, que nós somos saudosistas, que nós queremos trazer a medicina do passado. Mas, para mim, é a realização. Eu agradeço muito a Deus por ter me permitido, nessa passagem aqui, ter resgatado esse aspecto.*

Como nos lembra Aguiar (2007):

> *o processo de produção de sentidos, é importante frisar, pode conter elementos contraditórios, gerando assim sentidos subjetivos contraditórios, que incluem emoções e afetos como prazer e desprazer, gostar e não gostar, por exemplo."* (p.105)

Parece-nos que a busca pela ESF é motivada pela concepção de saúde e doença de M6 e decorrente de uma necessidade, que se revela no subtexto, no sentido colocado por Vigotski (2001a)

> *O próprio pensamento não nasce de outro pensamento mas do campo da nossa consciência que o motiva, que abrange os nossos pendores e necessidades, os nossos interesses e motivações, os nossos afetos e emoções. Por trás do pensamento existe uma tendência afetiva e volitiva (p.479)*

A sua fala sobre o papel do médico dentro da ESF mais uma vez evidencia o envolvimento e o sentido que ela propõe para ele; indica ser um trabalho de dedicação exclusiva, retoma a crítica à sua categoria profissional e aponta que a maioria dos médicos ainda não entende a proposta. Ou seja, M6 é movido por uma necessidade que

ele não evidencia nos demais, pois seus motivos estão atrelados à sua história de vida e de trabalho, complementada por sua crença religiosa, também evidenciada em seu discurso, qual seja... “se eu partir hoje, parto feliz.....”, referindo-se à morte.

NÚCLEO II – SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA E RESGATE DO SUS

A Estratégia de Saúde da Família ainda é muito nova na história das políticas de saúde do país, significando que poucos profissionais tiveram até então a oportunidade de vivenciar este trabalho, seja por opção, seja por única possibilidade de trabalho. No contato com as unidades e com profissionais de saúde, é comum ouvir que os profissionais médicos, num primeiro momento, optam pela ESF pelo incentivo salarial. Alguns verbalizaram nas entrevistas este aspecto. No entanto, quando analisamos o discurso de M6, esse fator não parece ter sido relevante na sua escolha, em sua opção pela ESF.

M6 elabora seu discurso mostrando-nos que foi seduzido pela proposta, ao buscar conhecer a ESF a partir da afinidade que os outros colegas informaram ter com ela seu perfil. Procurou vivenciar a experiência de ser médico de família antes de optar, fazendo uma espécie de estágio, e posteriormente se submeteu à formação específica, com a especialização em saúde da família.

Parece uma postura muito interessante para um profissional que tinha seu espaço de trabalho garantido, com um acúmulo de experiência na pediatria de 20 anos, rever sua forma de trabalho e buscar, como ele mesmo aponta, um novo desafio. Nessa trajetória, podemos captar o sentido construído a partir dessa experiência, ou seja, o sentido que tem para ele a ESF, atrelada à sua concepção de saúde e doença e do que significa o trabalho cotidiano em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Inicialmente, podemos perceber que ele vincula a ESF ao SUS, em seus princípios fundamentais, ao dizer que saúde da família é uma estratégia de mudança e de resgate do SUS e, desta forma, consiste num desafio que exige, principalmente do profissional de saúde engajado no processo, uma disposição para o novo. Entende que o profissional tem papel fundamental enquanto um cuidador. Nessa direção, M6 parece falar do cuidado na perspectiva proposta por Ayres (2007)

> *O cuidado ocorre se, e sempre que, cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogam acerca do como e quanto assumem responsabilidades na busca dos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são partícipes desses compromissos (p.138)*

O sentido de cuidador para M6 parece estar sendo modificado e construído com sua vivência na ESF, efetivando mudanças em seu modo de agir cotidianamente no atendimento às pessoas. Essa mudança e construção de um novo sentido para o cuidado pode ser exemplificada com o trecho seguinte:

> *Então eu vejo nesse sentido, mas vejo que o estratégia Saúde da Família ele aproveitou tudo o que um primeiro projeto tinha de bom e ele ampliou muito isso. Essa questão do cuidado porque hoje nós vemos a saúde não mais aquela questão: "Eu vou tratar". Não, não, eu não sou um curandeiro, eu não sou só um cientista, eu não sou só um... eu sou um cuidador! E eu quero que o meu paciente também seja um auto-cuidador e quem ele precise cuidar, ele faça isso com competência, com qualidade, com capacidade. Eu acho que o Saúde da Família é um sistema de saúde em que eu vejo, em que eu tenho para meu usuário, meu paciente, o cuidado. E quem faz, quem escreve uma coisa linda sobre isso, é o Ayres..... o José Ricardo Ayres, termina um dos artigos dele dizendo que ele espera que a prática médica, cada vez mais possa se chamar cuidado, "que minha prática médica, cada vez mais, possa chamar-se cuidado". Eu demorei para entender um pouco isso, "mas eu trato tão bem meus pacientes, eu sou gentil, eu sou atencioso, eu procuro me informar, eu acho que eu tenho competência, saber", mas não é só isso. O cuidado é muito mais do que isso."*

Além de ampliar sua compreensão de cuidado, a vivência de trabalho na ESF parece ter-se modificado e evoluir para um novo sentido do que seja a prática médica e do cuidar da família. Isso pode ser captado nas falas onde indica que a saúde da família é a prática médica ampliada, cujo entendimento é que o trabalho do médico está em compreender de maneira mais ampla o paciente e, principalmente, não tratar de forma fragmentada o sofrimento.

> *Nós temos uma clínica médica que nós chamamos de Clínica Médica Ampliada porque ela encontra, ela olha, ela tem um olhar do contexto no usuário, que ele não é uma doença que está aqui, ele não é um órgão doente a ser curado ou extirpado, mas ele é um indivíduo pleno, que está num contexto de vida, com necessidades de saúde, que nós precisamos fazer o máximo possível para, nessa avaliação, e na avaliação daqui, ter essa percepção.*

Encontramos no subtexto desse discurso uma visão de homem mais integral, com uma história de vida e de saúde, e membro de uma família e comunidade. Esse jeito de ver a prática médica, segundo ele, não é bem vista por outros profissionais da área, ao afirmarem que prática médica só tem uma. No entanto, M6 consegue entender e vislumbrar mudanças nessa prática médica tradicional, apontando que a mudança

aparece quando o profissional consegue ver além da queixa, não ficando só na doença e, principalmente, tendo como ponto focal o atendimento humanizado.

O atendimento humanizado é entendido por ele como fundamental na ESF e reflete que as oportunidades que teve no trabalho dos últimos anos o ajudaram a desenvolver um perfil adequado a ESF. Acredita que nem todos têm esse perfil, o que provoca uma rotatividade grande nas equipes, já que o profissional não se adapta com esse novo jeito de fazer a prática médica. As falas que seguem indicam o processo de aproximação com este novo fazer:

> *Com o passar do tempo, eu comecei a ouvir coisas assim: "..... você tem o perfil para médico de família". Eu fiz a pediatria desde que me formei e achava graça nisso, pensava: "O que será que eu tenho de diferente, será que eu sou gordinho, barrigudo, esse é o perfil do médico de família?"*
>
> *Eu pensei bastante porque mudar completamente de setor, de área, não é a mesma coisa. Eu não tinha mais vivência com a clínica médica, com a ginecologia, então eram preocupações pertinentes que eu tinha que colocar na mesa e pensar bastante. Mas eu comecei a visitar algumas Unidades. Eu queria vivenciar um pouco isso.*
>
> *E fui visitar e fiquei lá durante três meses, uma vez por semana, lá no .... com a Dra. ...., que é um talento, uma criatura vocacionada para o que faz, muito jovem, mas um talento. E convivi com a .... 90 dias, três meses ali. E a partir daquilo, eu tive certeza que eu iria para o Saúde da Família, me encantei com a visificação da visita domiciliar, lá no .... é uma realidade muito diferente do que aqui do ...., é uma população muito mais sofrida, um ambiente muito mais mesclado com o tráfico de drogas, de modo que é uma população bem mais carente do ponto de vista social, socioeconômico do que a do ..... Mas eu me encantei com o trabalho, e então confirmei com a ..., que eu provavelmente iria, sim, fazer o concurso quando surgisse".*
>
> *Eu aqui devo muito a ..... e à Secretaria de Saúde e nesses últimos anos, nesses 8 anos, praticamente, investiu demais na capacitação. Na capacitação e na humanização do atendimento. Então eu acho que isso... O Saúde da Família prima por isso, tanto que o profissional que não tem esse perfil, ele fica um período, mas ele acaba não continuando porque ele não se encontra no ambiente, ele acha que isso aqui é alguma coisa que não casa com ele.*

Neste contexto, e a partir das falas, podemos inferir que este profissional está vivenciando mudanças radicais nos últimos tempos, quanto à sua maneira de entender e compreender a prática médica, conseqüência de um repensar o que significa promover saúde. Recorrendo a Vigotski (1995), percebemos o desenvolvimento humano de M6 como um processo revolucionário, que fundamenta a constituição de seu psiquismo expresso por meio de palavras, a construção de seu pensamento. Ou seja, ele indica não apenas um crescendo em sua compreensão de saúde e de trabalho, mas mudanças qualitativas, substancialmente diferentes. O mesmo parece não ocorrer com os demais

profissionais de saúde mencionados por M6, que não se comprometem, por não ser uma necessidade para eles, e não terem um sentido humanizado em suas práticas.

Os sentidos são construções do sujeito, mediadas socialmente e que vão ao encontro de necessidades que o mobilizam. Nesta perspectiva, podemos apontar que M6, a partir da vivência desse novo chamado ESF, foi modificando suas necessidades, as quais o mobilizam para a ação, para novas experiências, para a busca de novos conhecimentos, para a reflexão sobre seu trabalho na saúde, seu modo de viver e ser médico. Vejamos um exemplo dessa configuração na expressão do sujeito:

> *Quando eu fui fazer especialização em Saúde da Família, um colega ligou para mim: Nossa, você vai voltar para banco de escola, você está louco! Pelo amor de Deus!" Mas eu me senti tão bem, eu gosto desse tipo de coisa, mas às vezes eu não vejo num jovem colega, a disposição. Essas coisas são trabalhosas, mas porque são desafiadoras.*

Podemos também observar que M6, ao falar do sentido de trabalho na saúde da família, aponta problemas relacionados à compreensão do que significa a ESF, principalmente pelos usuários. Ao mesmo tempo, assinala que o trabalho tem que ser feito nas duas pontas: tratamento e prevenção. Nesse sentido, entende que o olhar sobre o usuário deve ser contextualizado, compreendendo a doença física como um dos elementos do processo de adoecimento, o que implica um trabalho não centralizado no médico, mas na equipe. Porém, apesar dessa compreensão, fala, em outros momentos, que na maior parte do tempo fica na unidade em atendimento de consultas, culpabilizando, em grande parte, a demanda.

A contradição evidenciada no discurso de M6 está, para nós, intrinsecamente relacionada à construção do pensamento e da linguagem, assim como todas as categorias fundamentais do psiquismo humano, que Vigotski (1995) aponta como um processo dialético que envolve conflito, contradição e rupturas, e que pode levar a um salto qualitativo na estruturação do pensamento, da linguagem e da atividade.

Parece-nos que ainda existe uma dificuldade não só por parte da população, mas também dos profissionais de saúde, em especial do médico, de romper com este modelo médico-centralizado. Podemos ver, a partir da fala desse sujeito, uma compreensão do que seria prioritário focar na ESF, mas ele ainda não consegue um grande desprendimento do lócus de trabalho e de segurança do profissional de saúde.

> *A primeira impressão é a que fica em qualquer setor, especialmente na saúde. Acolhido para a recepção ele é acolhido ali, literalmente por um colega de equipe, eventualmente eu faço o acolhimento, mas no mais das vezes são as enfermeiras, as agentes, o pessoal, as*

> *colegas da odonto (.....) Então, feito esse acolhimento, ouvido o paciente num primeiro momento, ele é direcionado segundo a necessidade de saúde que ele apresentou, ou que a despeito daquela e apesar daquela, que o acolhedor percebeu além da fala do usuário. E aqui, então, esse paciente é direcionado: ou aqui já para a consulta médica, um serviço de Odontologia. Se for uma questão de saúde da mulher, a enfermeira, ela é capacitada para isso, para poder fazer um papanicolau, verificar um corrimento, medicações. Ele é direcionado... Nós não temos aqui o serviço médico centrado.*

Os profissionais inseridos na ESF correspondem muito a este modelo, talvez por ainda não terem conseguido construir uma outra prática, o que nos indica, no caso do médico aqui analisado, um processo de mudança ainda em curso, que criou essa necessidade, mas ainda não o mobilizou suficientemente para a transformação do cotidiano da USF. Sem dúvida que a demanda é grande e que a população, em sua maioria, ainda busca esta forma de atendimento, pois até pouco tempo era essa a política de atenção à saúde predominante. Aspectos culturais não são modificados rapidamente.

Para melhor compreender este quadro, observamos um movimento parecido nos profissionais de saúde que participaram do estudo realizado por Campos (2007) em relação à capacidade de reestruturação do modelo assistencial do SUS:

> *... foi possível apreender que o momento é de transição entre modelos assistenciais, iniciando um processo, ainda que tímido, de retirada da centralidade da atenção na abordagem curativa para uma abordagem que tende, ainda que fragmentada, a propiciar uma assistência integral, incorporando à oferta de ações curativas, ainda hegemônicas, ações programáticas em construção.(p.227)*

Ainda, em sua análise, aponta: *a existência de uma tensão constante entre o entendimento teórico dos profissionais e suas narrativas da prática, apontando para dificuldades no cotidiano de implantação do PSF. (p.226)*

A contradição apontada, assim como o estudo citado, consiste em indicativo de como os sentidos são construídos pelos sujeitos, principalmente ao se deparar com a realidade sócio-cultural-institucional, havendo a cobrança de um trabalho em série, para "dar conta" da demanda que se apresenta; ao mesmo tempo, o sujeito visualiza uma nova prática, mas ainda sem recursos emocionais, sociais, estruturais para modificá-la, de forma ampla e irrestrita. Também, é preciso considerar as condições concretas de trabalho nas USF, apontadas por vários profissionais em estudos relacionados à ESF.

Entretanto, não podemos deixar de considerar alguns avanços nesse processo, por exemplo, quando M6 aponta que existe uma preocupação em elaborar um plano individual de trabalho com o usuário, a preocupação com o acolhimento que, além de técnico (priorizar as necessidades), deve ser acima de tudo afetivo. Ele nos mostra

também o encantamento emocionado pela visita domiciliar, nomeando como um momento fantástico. Contraditoriamente, pouco de sua prática cotidiana está voltada a esta atividade.

> *nosso trabalho, nesse sentido, é incessante para que o acolhimento seja bastante técnico, no sentido de priorizar a urgência, a situação de maior gravidade, mas mais afetivo. A primeira impressão é a que fica em qualquer setor, especialmente na Saúde.*

> *Eu valorizo muito, eu tenho um encantamento muito grande pela visita domiciliar, eu acho que esse diferencial de Saúde da Família é fantástico.*

Evidencia-se, no discurso do médico analisado, uma valorização de práticas de saúde que atendam a necessidades dos usuários de forma coletiva e menos medicalizantes, o que nos mostra que o sentido humanizado e de ampliação na compreensão do processo saúde doença é de fato percebido pelo sujeito, como veremos com a descrição do trabalho cotidiano da USF.

No entanto, na sua fala, percebemos elementos da consciência, expressos em palavras significadas e constitutivas de um sentido construído para a compreensão da demanda e dos usuários do serviço de saúde, que pouco reconhece o usuário do serviço como sujeito nas ações em saúde.

> *Essa população tem uma cultura imensa de que tratar a saúde é vir ao posto de saúde, ao serviço de saúde e pegar um remedinho, um comprimidinho, uma injeção e ponto. Ele não quer conversar muito, ele não quer fazer parte de grupo (....)Aqui dentro da Unidade nós temos uma filosofia assim que nem sempre o paciente vem aqui em busca de um comprimido. Muitas vezes, e talvez até na maior parte das vezes, ele vem aqui em busca de um ombro amigo. E nós precisamos ter duas coisas funcionando bem aqui: a cabeça - o intelecto - e o ombro, o ombro para ser acolhedor, para ouvir porque não é só medicalizar.*

A linguagem, enquanto instrumento importante na construção do pensamento e com função mediadora na estruturação das funções psicológicas superiores (Molon, 2003), nos possibilita apreender os elementos contraditórios do pensar e, conseqüentemente, da atividade do médico analisado, que anuncia primeiramente que a população não quer conversar, mas, sim, o medicamento, e aponta uma prática que pretende romper com esta cultura, mas não indica a presença do sujeito usuário como parte desse processo que ele considera humanização do trabalho em saúde, em que o diálogo é fundamental. Ou seja, a equipe deve ouvir e “emprestar” o ombro, mas onde está o sujeito usuário neste enunciado? Pergunta-se: O diálogo não inclui duas pessoas?

Sobre este aspecto, Bakhtin (1988) considera o enunciado como um diálogo que se dá necessariamente entre duas pessoas, dentro de um contexto social, sendo a palavra determinante na consciência: *A consciência adquire forma e existência nos signos criados por um grupo organizado no curso de suas relações sociai s(p.35).* Nesse sentido, Vigotski (2001a) nos aponta que o pensamento e a linguagem mantêm uma estreita aproximação com a palavra: esta não é o próprio pensamento, mas através dela o pensamento se realiza, num processo dialético, o que nos permite entender que as palavras de M6 não parecem conseguir expressar seu pensamento integralmente, apontando uma fragmentação entre sua concepção de trabalho em saúde da família e seu discurso sobre a prática cotidiana e usuários do serviço de saúde.

Falando sobre o trabalho com grupos, M6 considera-o primordial, com bons resultados, mas de difícil adesão pela população. Na mesma ótica do que foi discutido anteriormente, porém, considera positivo que quem deve ficar com a responsabilidade por esses grupos sejam os profissionais/ alunos da equipe matricial e não ele próprio ou a enfermeira. Indica a existência de 10 grupos, nomeia sete deles, falando de forma superficial sobre o trabalho desenvolvido pelos outros profissionais nesses grupos e, diretamente não se coloca responsável por nenhum deles, como ilustra o trecho abaixo:

> *...paralelo a esse atendimento mais rotineiro, vamos chamar assim, então nós temos os grupos de trabalho, que nós começamos a dividir. Hoje nós temos 10 grupos de trabalho, chegamos a um número muito bom, de 10 grupos, envolvendo bastante a chamada "equipe matricial.*

Num primeiro momento, parece contraditório o posicionamento do médico, mas nos parece que o profissional tem um entendimento de que o seu papel é mais de retaguarda desse trabalho de grupo, contribuindo pontualmente. Podemos, assim, inferir que a compreensão do processo saúde doença e da prática médica se ampliou, mas ainda não conseguiu superar a noção hierárquica socialmente construída de que o médico é o profissional com um saber que deve ser buscado quando necessário, o que indiretamente aponta para uma superioridade da profissão, não cabendo a ele "perder tempo" com atividades que podem ser realizadas por outros.

O mesmo verificamos na sua compreensão sobre quem deve fazer o acolhimento, como demonstra a fala abaixo e foi analisado anteriormente:

> *Então, o trabalho, ele é feito muito nesse sentido: o paciente chega na unidade, são cadastrados na área de abrangência, ele já é acolhido na recepção, nosso trabalho, nesse sentido, é incessante para que o acolhimento seja bastante técnico, no sentido de priorizar*

> *a urgência, a situação de maior gravidade, mas mais afetivo. A primeira impressão é a que fica em qualquer setor, especialmente na saúde. Acolhido para a recepção ele é acolhido ali, literalmente por um colega de equipe, eventualmente eu faço o acolhimento, mas no mais das vezes são as enfermeiras, as agentes, o pessoal, as colegas da odonto.*

Quanto à visita domiciliar, entende que o trabalho é função primordial do agente comunitário, correspondendo à definição dos papéis/funções de cada profissional na equipe. Neste aspecto, vários estudos (Azeredt e Cotta, 2007; Pedrosa e Teles, 2001; Levy et al., 2004) apontam que o trabalho dos agentes comunitários de saúde têm contribuído para a modificação de índices importantes na área, como a redução da mortalidade infantil, saúde-materno-infantil, do adulto e, também, a satisfação dos usuários .

No entanto, M6 denota um posicionamento contraditório, ao dizer que o agente não está preparado, ao mesmo tempo que é o responsável pela triagem, utilizando como critério de priorização: os acamados e idosos, coleta de exames e pacientes arredios (alcoolistas e drogados). Se considerarmos que a visita realizada pelo médico é definida pela triagem feita pelo agente comunitário, seria o agente que, de forma indireta, define e prioriza o trabalho do médico, o que não parece claro ao sujeito analisado. A contradição fica mais evidente, quando M6, em seu discurso, considera a visita domiciliar um momento fantástico, parecendo ter construído um sentido para este momento desvinculado dessa realidade que ele mesmo analisa, ou seja, ele desqualifica o agente comunitário ao considerá-lo despreparado e não percebe que é este quem está definindo o seu trabalho de visita domiciliar, o qual considera um momento fantástico. Vejamos como pensa a demanda para a visitação:

> *Então nós procuramos... o paciente mais arredio, que não vem para cá, os alcoolistas, os drogados. Essa clientela é uma clientela que não vem para a Unidade com muita facilidade. Então no primeiro momento nós vamos até eles, aí quebramos o gelo, nos fazermos conhecer, criamos um vínculo que é fundamental e aí ele passa a vir.*

Esta contradição aparente nos remete à compreensão dos sentidos construídos por M6, na perspectiva apontada por Leontiev (1978) de que esses se exprimem nas significações e não as significações nos sentidos, distinguindo que a definição de ambos não concerne à totalidade do conteúdo refletido, mas unicamente àquilo para que a atividade do sujeito está orientada. Em suas palavras: *o sentido pessoal traduz precisamente a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados* (p.105). Estamos apontando que M6, ao falar dos agentes comunitários (AC), se apóia no sentido que construiu, em sua

relação objetiva cotidiana com eles, indicando um desconhecimento da relação dos AC com a população/comunidade. Por outro lado, o sentido de visita domiciliar é mediado por sua experiência de visitação, desconsiderando, em parte, que esta chegada à população foi e é mediada pelo agente comunitário.

Assim, inferimos que o médico analisado, apesar de todo esforço para uma prática mais humanizada e compreensão do trabalho na ESF no sentido da integralidade, ainda desconhece aspectos do cotidiano desta prática, fundamentalmente sobre o trabalho do agente comunitário, que, muito provavelmente, se fossemos considerar seu discurso, apontaria para a visita domiciliar com sentidos diferenciados dos que M6 vislumbra, por exemplo, caracterizando a visita domiciliar como um momento difícil, que causa impotência no profissional diante de tantas necessidades da população. Essas considerações devem ser entendidas na perspectiva de sentido como uma construção pessoal, que se encontra mais no plano subjetivo e envolve processos cognitivos, afetivos e biológicos, mas, também, dialeticamente influenciados pelo lugar social ocupado pelos sujeitos e suas experiências cotidianas. Portanto, ao falarmos de sentidos diferenciados dos AC e do médico, estamos também nos referindo a uma construção apoiada nas condições concretas de existência, no lugar social e profissional ocupado e na cultura que medeiam a construção do pensamento e da linguagem desses sujeitos.

Azeredt e Cotta. (2007) reforçam, na conclusão de seu estudo sobre a visita domiciliar, o papel potencial do agente comunitário como identificador de fatores determinantes do processo saúde-doença, percebidos no ambiente em que vivem as famílias e como promotor da saúde mediante a perspectiva da educação em saúde. Esse aspecto não captamos no subtexto do discurso de M6, evidenciando um distanciamento entre sua prática e a do AC. No entanto, ao falar de trabalho em equipe, compreende existir um esforço grande em sua USF.

Quanto ao trabalho em equipe na USF, reafirma não ser um trabalho médico centrado, mas um esforço de trabalho em equipe, com retaguarda da equipe matricial. Nota-se uma certa preocupação em não centralizar, mas utilizar o saber e o potencial das demais profissões. Entretanto, o discurso não indica que de fato tenha superado a compreensão de que o médico é quem direciona as ações, mas sim de que ele deve cuidar para não centralizar e aproveitar o potencial dos demais, como vemos no trecho a seguir:

> *Ele é direcionado... Nós não temos aqui o serviço médico centrado. É um trabalho de equipe, nosso esforço contínuo é nesse sentido, de usar a competência, o saber, a possibilidade de cada profissional. Porque senão eu centralizo aqui e tudo é aqui. E não é assim. Então, no momento do acolhimento, o paciente é direcionado. Ninguém pode sair da Unidade e ninguém sai da Unidade sem um direcionamento, não necessariamente a consulta com o médico porque muitas vezes, na cabeça do usuário, ele acha que vai solucionar a questão".*

> *De vez em quando em casa eu começo a escrever algumas coisas, às vezes eu converso com o pessoal, mas eu não encontro, a não ser lá com a direção, mas às vezes eu não encontro muito, entre os meus pares aqui, muita animação para seguir. Eu vou fazer 50 anos em outubro, mas eu sempre digo que eu não tenho, definitivamente, 50 anos. Eu devo ter muito menos, meu espírito deve ser bem mais jovem, o que contrapõe com minha crença espírita que eu entendo que eu sou secular, milenar. Mas eu digo assim, eu gosto do desafio.*

Segundo o entendimento de Araújo e Rocha (2007), com o qual concordamos, o trabalho em equipe constitui um dos pilares básicos da proposta de mudança e construção de novas práticas na Estratégia de Saúde da Família. Parece-nos evidente que esta compreensão também está presente na construção de sentido da ESF para M6, mas ainda não se materializou na prática cotidiana, sendo atravessada por elementos constitutivos do psiquismo humano e de condições concretas de trabalho dos profissionais envolvidos, ao indicar que existe um esforço para que o trabalho seja em equipe, ou seja, o esforço parece denotar não ser tarefa fácil e tranqüila para eles.

O princípio da integralidade traz para o campo da saúde a necessidade da ação interdisciplinar, descentralizando a figura do médico e favorecendo o diálogo como caminho para a busca do consenso, mas é preciso considerar os sujeitos e como construíram e constroem seus sentidos de trabalho e representação sobre seus saberes e profissão, entendendo que estes atravessam indelevelmente o cotidiano das equipes na ESF, mas são constantemente negados, atribuindo-se ao outro a dificuldade de trabalho em equipe. A frase a seguir ilustra o que indicamos como sentido:

> *É um trabalho de equipe, nosso esforço contínuo é nesse sentido, de usar a competência, o saber, a possibilidade de cada profissional. Porque senão eu centralizo aqui e tudo é aqui.*

Quanto à construção de sentido sobre a ESF, percebemos um resgate de princípios norteadores da escolha profissional de M6, principalmente pela influência familiar. Este sentido, para o médico, é permeado por valores e atitudes em mudança, principalmente como decorrência da mediação social, representada no cotidiano de trabalho na USF. Podemos ainda inferir que a construção do sentido de ESF passa por um contentamento, ainda em construção, mas que leva o sujeito à redescoberta de ideais e de motivações para atitudes criativas e de mudança. Ou seja, a ESF está carregada de sentidos,

construídos e atrelados à história pessoal do sujeito e de possibilidades de resgate de princípios esquecidos, adormecidos, construídos na relação com o próprio pai e avô, sobre a medicina. Este sentido de ESF é permeado de emoções, de afetividade e está manifesto principalmente no seguinte trecho:

> *"Eu nunca fui, Débora, tão feliz em toda a minha vida, nos meus quase 50 anos como eu sou feliz hoje, o quanto eu sou realizado. Olha que aqui, como em todas as Unidades, o trabalho é intenso, ele é denso. Mas, ele é potente no sentido de gratificar cada profissional. Nós terminamos, cada dia aqui, às 5 da tarde, na quarta-feira, às 9 da noite fisicamente moídos, mas o nosso coração, o nosso astral, o nosso espírito, a nossa alma, está festiva porque nós temos certeza que nós procuramos e tentamos fazer o melhor possível. Então, eu hoje, se eu viajar hoje, se eu partir hoje, eu parto feliz porque eu finalmente consegui fazer a Medicina que o meu pai e o meu avô lá em Salvador, na Bahia, preconizaram. Eram médico das antigas que eles falavam: "Você é médico de antigamente", como eu ouço hoje alguns colegas de maneira muito depreciativa se referindo a saúde da família, que nós somos saudosistas, que nós queremos trazer a Medicina do passado. Mas, para mim, é a realização. Eu agradeço muito a Deus por ter me permitido, nessa passagem aqui, ter resgatado esse aspecto.*

Encontramos aqui uma das teses centrais do materialismo histórico dialético, que consiste na unidade dos contraditórios, na indissociabilidade entre pensamento e afeto, entre simbólico e emocional, considerando, segundo Aguiar e Ozella (2006), que todas as expressões humanas são cognitivas e afetivas.

Esta realização pessoal também evidencia como M6 entende o papel de sua profissão na ESF, tal como ele parece vivenciar, com dedicação exclusiva. Neste aspecto, considera que as novas gerações de médicos já serão diferentes. Mesmo que não optem por serem um médico de família generalista, também serão melhores como especialistas, pois entende que esta formação possibilita outra referência de como fazer saúde e pensar a prática médica, ficando evidente no trecho abaixo:

> *A não ser essa geração que está sendo formada, um pouco mais direcionada para o serviço público, a importância da saúde pública, ele pode transformar-se amanhã num especialista, mas ele vai ser um especialista melhor se ele teve ao longo do curso essa sensibilização, essa orientação do cuidado, da importância da saúde pública, do papel que representa a saúde pública.*

Assim, podemos indicar que para este profissional (M6) o sentido de mudança é processual e que a formação tem um peso importante no como será a prática médica, ao mesmo tempo em que suas crenças o induzem a colocar a vocação como um elemento importante, entendido como características pessoais e de personalidade que podem ser fundamentais na definição de como cada médico será no seu exercício profissional.

Concomitantemente, ele se coloca no lugar de vocacionado, de certa forma, negando sua história de mudanças mediadas pela realidade concreta de trabalho e de vida pessoal. O trecho abaixo demonstra claramente este entendimento e o que apontamos como unidade contraditória existente na relação entre o simbólico e o emocional:

> *Então eu acho que o profissional hoje, salvo - eu repito - as exceções maravilhosas que nós temos, aí colegas com quem eu convivo, com quem eu aprendo demais, mas nós ainda temos um grupo de pessoas que ainda - os profissionais, colegas - que não só médicos, da equipe toda, que ainda não compreenderam bem o que é o exercício, o trabalho de saúde da família. Eu digo sempre que é um vocacionado, um profissional que é vocacionado para isso porque ele não vai ganhar fortuna, ele tem que ter dedicação exclusiva, portanto ele não pode ser um profissional que pense lá no consultório, que queira ter sua iniciativa privada, sua atividade de iniciativa privada porque se for um sonho desse colega manter sua clínica, ter lá o seu nome na fachada, ele não vai ser feliz no saúde da família porque aqui ele precisa se dedicar em tempo integral".*

No decorrer deste núcleo de sentido, fica evidente uma articulação e desarticulação com a compreensão do processo saúde e doença, evidenciando contradições e unidades de contrários mediando a constituição do psiquismo de M6. Sua consciência, seu pensamento e sua linguagem, expressam os sentidos construídos pela sua história de vida e de trabalho, bem como os motivos e necessidades que permeiam todo a aproximação, internalização e simbolização da ESF em sua prática cotidiana.

## NÚCLEO III – ADOLESCÊNCIA NATURALIZADA, UNIVERSAL E PATOLÓGICA: CONTRADIÇÕES NA CONCEPÇÃO, FORMAÇÃO, EXPERIÊNCIA E FAZER MÉDICO.

Na revisão de literatura realizada no início deste trabalho, ficou evidente o predomínio de uma visão naturalizada desse momento de vida chamado adolescência, atrelada à idéia de um desenvolvimento humano natural, que segue uma maturação biológica por ciclos de vida. Também evidenciamos um olhar universalizante, entendendo que as mudanças biológicas são comuns em todas as culturas, impingindo, necessariamente, a vivência desta fase em todas elas. Ou seja, desconsidera-se que cada cultura poderá ter vivências de adolescência diferenciadas ou, mesmo, não tê-las, passando a criança diretamente para a vida adulta. E por último, também ficou clara, em muitos trabalhos, uma perspectiva patológica sobre a adolescência, muita influenciado pelos estudos psicanalíticos e, também, os decorrentes da área médica, onde a crise da

adolescência traz em si um certo grau de patologia normal, ou, como foi nomeada, síndrome normal da adolescência (Aberastury e Nobel, 1989).

Percebemos, portanto, que nas diversas áreas de conhecimento a compreensão de adolescência é hegemônica, sendo transversalmente marcada por constructos influenciados pela concepção de homem, de mundo e desenvolvimento que permeiam a prática. Nesse sentido, consideramos importante compreender o sentido de adolescência para os profissionais de saúde integrantes desta pesquisa, fundamentalmente pela sua inserção na ESF, atualmente entendida como responsável pela saúde integral de adolescente, na atenção básica.

Ao analisarmos as falas de M6, a adolescência fica entendida como uma fase de desnorteio, dificuldades, desencontros, confusão e vulnerabilidade, correspondendo ao modelo de adolescência social e culturalmente predominante, o que nomeamos de visão universalizada, já que em nenhum momento ele indica uma compreensão de que a adolescência possa ser diferente para cada sujeito, em cada cultura. Assim, universaliza como uma fase que, sinteticamente, podemos nomear de conflituosa, em toda e qualquer cultura.

> *A minha compreensão de adolescência, eu sempre vivi isso aqui, sempre que tenho a oportunidade, é uma fase terrível de absoluto desnorteio tanto da família quanto do adolescente! O adolescente não é mais criança, mas ele também não é adulto. Então a mãe fala: "Você não pode fazer isso, rapaz, porque você não é adulto ainda". Daqui a pouco ele toma outra atitude: "Mas você não pode, você não é mais criança". Na cabeça desse adolescente, é um festival de confusão.*

Coloca no adolescente algumas características, as quais generaliza, indicando um entendimento de que elas são naturais, responsáveis pelo conflito vivenciado, como insegurança, auto-incompreensão, desequilíbrio e vulnerabilidade.

> *Então, eu acho que no meu modo de entender é a fase mais delicada, mais vulnerável do ponto-de-vista da formação da personalidade, de focos na vida(....) Eu, se pudesse definir, eu diria que adolescência é a fase mais vulnerável do indivíduo, do ponto de vista do comportamento, da saúde. É a fase vulnerável do indivíduo no meu modo de entender.*
>
> *Na verdade, temeroso de avançar para a fase adulta, não querendo mais voltar a ser criança, e aí que eu acho que eles ficam vulneráveis, por isso, porque eles não se entendem. E se eles próprios não se entendem, não conseguem compreender em que terreno eles estão pisando, então não posso esperar muito equilíbrio, atitudes muito ponderadas.*

É bem presente no discurso do médico a idéia de fase, o que nos indica que ele parece ter construído o sentido de adolescência tendo como referência ciclos de vida,

concepção marcada por uma idéia de desenvolvimento natural, num crescendo de aquisição de recursos físico, cognitivos e emocionais, que habilitam o adolescente à entrada em outras fases (ciclos de vida). A essa compreensão Vigotski (2006) teceu críticas, considerando-a biologizante. Para esse autor, o que marca a adolescência não é um processo natural de desenvolvimento, mas, sim, as mudanças radicais em seus interesses, num movimento dialético de crise e síntese, desencadeado pela vivência concreta do sujeito e também pelas mudanças biológicas orgânicas. É quando emergem novas necessidades, desenvolve-se a autoconsciência e, consequentemente, uma autonomia, decorrente da revolução nos processos psíquicos.

Ao falar sobre adolescência, M6 apresenta a família como quem também se desorganiza com a presença do adolescente e nem sempre é compreendida. Ao mesmo tempo, aponta a dificuldade de compreensão dos pais aos adolescentes.

> *Eu acho que até é uma fase, sem dúvida, de maior dificuldade, de maior desencontro tanto do adolescente quanto da família. Eu sempre gosto de focar os dois lados: a gente toca muito o adolescente, mas não dá para dissociar essas duas coisas, a mãe e o pai entram em parafuso tanto quanto o adolescente.*

> *Eu pensaria nessa questão e a questão do conflito do adolescente dentro da casa. Quer dizer, que papel esse adolescente representa e que disparadores ele promove dentro da família. Então são três coisas que eu gostaria muito: como é que a família entende, que olhar a família tem para esse adolescente? E a partir desse olhar, que atitudes toma, que comportamento tem? E a volta: que olhar o adolescente tem da família?*

Parece interessante essa perspectiva apontada pelo médico, que nos leva a considerar um indicativo de sua implicação com a ESF, uma vez que poucos estudos apontam a questão familiar como algo a ser considerado nas ações voltadas ao adolescente. Alguns estudos (Dantas et al., 2001; Formigli et al., 2000; Ventura e Correa, 2006 e outros) que avaliaram os serviços de saúde voltados para adolescentes e atrelados à ESF, discutem vários aspectos, a despeito de práticas interessantes e dificuldades. Nenhum deles fez qualquer menção a esta necessidade, sempre apontando para questões de acessibilidade, cobertura, ações de promoção e prevenção, a falta de conhecimento sobre os serviços e, os problemas que afetam os adolescentes: sexualidade, gravidez, uso de drogas, e outros. Nesta perspectiva, M6 parece ter construído o sentido de adolescência na prática em saúde sobre os preceitos da integralidade, compreendendo-a dentro de uma dinâmica familiar. Evidencia-se a dialética da unidade dos contrários, quando a concebe de forma naturalizada e

universal, ao mesmo tempo em que contextualiza a vivência dos conflitos da adolescência, ampliando o foco da atenção e de cuidado.

Em sua maneira de compreender a adolescência, considera a influência social e o modo como a sociedade tem tratado a questão, como demonstra a seguinte fala:

> *...no meu entender, a adolescência é uma das fases mais complicadas da vida, de extrema vulnerabilidade e é uma criatura que ninguém quer olhar.*

Parece-nos que M6 foi construindo o sentido de adolescência considerando vários aspectos, entre os quais o entendimento do que seja o adolescente em si, da família, do contexto de vida e da sociedade. Porém manteve uma vinculação grande com a idéia naturalizada da adolescência, do sentido construído em sua história de vida, como sendo uma fase natural e universal.

> *Ao longo do tempo, percebendo essas situações, eu fui entendendo... Porque a opinião, o que me passavam sempre, era: "Olha, a pior raça do mundo é adolescente, gente baderneira, não tem afeto a ninguém". Eu cresci, um pouco, escutando isso, sempre acontecia alguma coisa: quebrava uma vidraça. Então quando a gente via um adolescente, a gente já logo ficava um pouco com o pé atrás.*

Entendemos como distinta a forma como constrói sua compreensão de adolescência, considerando vários aspectos, mas, por lado, ainda não conseguiu superar a idéia naturalizada de adolescência, construída socialmente e que muito influencia os sujeitos em seu cotidiano de vida pessoal e profissional. Verificamos claramente a fundamentação desse sentido natural e universal na história de vida de M6 quando indica que cresceu ouvindo que "... *adolescente é a pior raça do mundo...*".

> *Então por que será que fazem essas coisas tão terríveis, pelo menos é o que dizem que fazem, a família diz que faz. Isso que me despertou. Então quando acontecia de eu me aproximar, começar a conversar, eu descobri uma outra figura ali dentro. Às vezes até meio mascarada, querendo até mostrar medo exteriormente, uma figura truculenta "bad boy" da vida, mas que na verdade, ele era um menino tão frágil quanto qualquer outro.*

Por outro ângulo, analisando o trecho abaixo, percebemos que M6 aponta como algo positivo a franqueza e liberdade de expressão do adolescente, sendo para ele uma descoberta surpreendente.

> *Eu me surpreendi com a franqueza dessa faixa etária, com a liberdade de expressão, eu não acreditava, às vezes, no que eu estava ouvindo de algumas pessoas porque na minha cabeça eu tinha conservado o adolescente que eu fui. Pelo menos, eu estou para fazer 50, há 30 anos atrás.*

Esta vivência foi entendida por ele na perspectiva de apontar mudanças de como os adolescentes têm se comportado, ao comparar com sua própria adolescência. Ele percebe mudanças na forma de ser adolescente em cada tempo. Nesse sentido, Vigotski (2001a) nos lembra que internalizamos não os gestos como materialidade, mas a significação da atividade, com o poder de transformar o natural em cultural. É o que parece ter ocorrido com o sujeito: a internalização do significado dessas mudanças, transformado num conteúdo com sentido atrelado à sua história de vida (o adolescente que foi), resultando na surpresa e justificativa social, como fica claro no trecho de fala destacado. Entretanto, mesmo considerando historicamente mudanças na forma de os adolescentes se comportarem, não parece compreendê-las como decorrente de uma construção social diferenciada pela história de vida de cada sujeito. Permanece predominante o entendimento de que a adolescência mudou historicamente, dada a influência das mudanças sociais, mas que todos os adolescentes a vivenciarão dentro das mesmas características, por decorrência da naturalização presente em sua concepção.

M6 parece não perceber que as mudanças sofridas pelos adolescentes são decorrentes das mudanças sócio-históricas, mas também da revolução pela qual este passa, com o desenvolvimento da autoconsciência e autonomia. Olhando na perspectiva sócio-histórica, na idade de transição, o homem passa a recorrer a diversas denominações verbais em seus atos psíquicos, tomando consciência de si e transformando seu comportamento para si. Assim, a mudança que ocorre na adolescência é qualitativa e não uma evolução natural do desenvolvimento, com a alteração na estruturação psíquica, principalmente no conteúdo e na forma de estruturação do pensamento.

Ponderamos a existência de contradições entre o pensar e a materialização desse pensamento em palavras, no sentido apontado por Aguiar (2007) *de que o processo de produção de sentidos pode conter elementos contraditórios, gerando sentidos subjetivos contraditórios, que incluem emoções e afetos* (p.105), já que M6 considera valiosas a franqueza e a liberdade de expressão dos adolescentes, mas não as compreende como decorrente do processo de cada sujeito, na tomada de consciência sobre seu comportamento e sobre seu domínio, desenvolvendo uma autonomia em relação ao social, que lhe é constitutivo, com uma dimensão subjetiva própria.

Também aparece o sentido universal ao falar da adolescência e de adolescentes de grupos sociais economicamente diferentes, não apontando qualquer ressalva na forma

de vê-la, não considerando, por exemplo, que existem diferenças na vivência da adolescência e que alguns podem até mesmo não vivenciá-la, como decorrência da entrada precoce no mercado de trabalho, e outros, de retardar responsabilidades econômicas, continuando na dependência dos pais e dedicando-se aos estudos. Os índices do Relatório de Desenvolvimento Juvenil (Waiselfisz, 2007) apontam claramente as diferenças culturais, sociais e econômicas que atingem a adolescência/juventude brasileira, mas pouco consideradas nos serviços de saúde e pelos profissionais. Essas são formas diferenciadas de se viver a adolescência em nossa cultura, ou até mesmo de não vivenciá-la, passando diretamente da infância para a vida adulta, uma vez que compreendemos, segundo Vigotski (2006), que o que caracteriza a adolescência é a mudança qualitativa nas funções psicológicas superiores - nos interesses, na autoconsciência, no desenvolvimento da autonomia e não apenas nas mudanças biológicas.

A história de vida pessoal de M6 nos aponta uma construção de sentido pautada por elementos diferenciados. Na infância, foi muito permeada por valores morais fortemente embasados no comportamento e, posteriormente, na vida adulta e de profissional, ele foi descobrindo que os adolescentes não eram exatamente como pensava e ouvia na infância.

> *... o que me passavam sempre, era: "Olha, a pior raça do mundo é adolescente, gente baderneira, não tem afeto a ninguém". Eu cresci, um pouco, escutando isso, sempre acontecia alguma coisa: quebrava uma vidraça(...)Mas com o passar do tempo eu comecei a perceber que na verdade não era (...) Então quando acontecia de eu me aproximar, começar a conversar, eu descobri uma outra figura ali dentro. Às vezes até meio mascarada, querendo até mostrar medo exteriormente, uma figura truculenta "bad boy" da vida, mas que na verdade, ele era um menino tão frágil quanto qualquer outro. Na verdade, temeroso de avançar para a fase adulta, não querendo mais voltar a ser criança, e aí que eu acho que eles ficam vulneráveis, por isso, porque eles não se entendem.*

Ele nos mostra que sua experiência lhe permitiu descobrir, por trás do garoto mau, um menino frágil, temeroso de avançar para a fase adulta e que não queria mais ser criança. Assim, compreende que o conflito, a insegurança desta fase vulnerabilizam o adolescente.

A questão da vulnerabilidade do adolescente, muito relatada e utilizada como parâmetro nas ações de saúde voltadas para adolescente, precisa ser mais bem entendida, uma vez que o discurso de M6 aponta, em vários momentos, como uma fase de vulnerabilidade, e no último trecho atribui esta condição a aspectos considerados por ele naturais da adolescência.

Ayres e França Jr. (2000) nos advertem que esse critério não pode ser determinado *a priori*, sob o risco de se *delimitar preocupações e proposições gerais e abstratas, sempre as mesmas e para todos os adolescentes (p.70-1),* entendendo que o que está em jogo nas atividades programáticas aplicadas à adolescência *não são as condições biológicas ou ambientais, mas experiências humanas, desenvolvimento de sujeitos* (p.71), não devendo estar o critério vulnerabilidade associado a preocupações com os efeitos da intervenção, mas permeado e modificado pela fecundidade dela. Assim, os autores sugerem que o adolescente não seja tomado como objeto da intervenção, mas como sujeito que se constitui nas ações e, portanto, participante ativo do processo, não como mero objeto de intervenção com o objetivo de reduzir o que se considera condições de vulnerabilidade simplesmente, sem ouvir os próprios adolescentes. Nesse sentido, a fecundidade das atividades para os autores é considerada:

> *Essa fecundidade mostra-se ainda maior quando nos dirigimos aos adolescentes de grupos socialmente subprivilegiado, pela quase completa carência desses estímulos, dado que mesmo a sociabilidade primária desses adolescentes- a familiar- é extremamente pobre, quando não destrutiva, para o seu processo de individuação. Some-se a isso as condições das escolas e ambientes a que esses adolescentes têm acesso e teremos um quadro de verdadeira "mutilação" social, à qual os serviços de saúde não podem das as costas, embora, claro, sem querer assumir a prepotente e estéril tutela exclusiva sobre o problema. Ayres; França Jr.,(p.72)*

Desta forma, fica evidente que ações preventivas e educativas são possíveis no campo da saúde, desde que se consiga ampliar a perspectiva de saúde e abordar os problemas de maneira interdisciplinar e a muitas mãos, com os vários atores sociais. M6 parece ter este olhar, mas ainda não se constituiu em atividade transformadora, como podemos captar no trecho abaixo:

> *Eu saio por aí fazendo visita, encontro muito adolescente pela esquina, soltando pipa, conversando, grupinhos, fumando e eu acho que esse é um caminho muito perigoso, é uma ambientação que vulnerabiliza mais ainda. Por outro lado, nesse sentido, eu acho que o Estado precisaria absorver um pouco mais esse pessoal, criando situações atrativas, até recreativas, mas colocando também a questão educacional, as oficinas, essa questão da informática, coisas pelas quais eles se sentem atraídos. Nesse sentido eu noto um pouco essa lacuna em termos de Estado, em trazer o adolescente para dentro de instituições de ensino, de recreação, de teatro, de cinema, enfim, ofertar coisas culturais, mas que também tenham um certo brilho, um certo chamariz sem o que eles não se aproximam. Por outro lado, acho que nós, profissionais da saúde, deixamos muito a desejar, precisamos ainda de uma capacitação, de treinamento, de um aperfeiçoamento para falar o linguajar do adolescente, para nos aproximarmos mais dele através de programas especiais, não de uma coisa muito fechada, enquadrar em caixinhas, não, uma coisa bem com a cara do adolescente.*

Ainda sobre a vulnerabilidade, em princípio, não entendemos que M6 patologize a adolescência, pois a coloca na condição de vulnerável mas não com sintomas típicos da adolescência como descritos por Aberastury e Knobel (1989). Porém, se analisarmos em profundidade, podemos inferir que essa vulnerabilidade aparece no discurso do sujeito atrelada a questões sociais, mas também a suas características inerentes, tais como insegurança, auto-incompreensão e desequilíbrio.

Entendemos que M6 não construiu uma idéia predominantemente patológica de adolescência, já que coloca sua facilidade em lidar com adolescente, em especial quando não está no papel de médico. No entanto, em seu discurso sobre a adolescência, não consegue desvincular-se de uma possível visão patológica, já que admite a impossibilidade de equilíbrio no adolescente.

> *Meu trânsito sempre foi muito bom, agora quando eu me colocava como profissional, aí eu me sentia um pouco - não digo inseguro - , mas mais truncado, eu tinha mais dedos para ficar pisando em ovos, eu tinha um pouco de medo da figura do profissional atrapalhar. Eu sempre procurei conversar ali, sentadinho, como eu deveria estar fazendo com você e estou aqui. Então minha experiência nesse sentido é muito boa, de ter bom trânsito com eles.*

Talvez a contradição entre o sentido de adolescência e como pensa a vulnerabilidade possa ser entendida com a análise de sua história de vida profissional e de formação, nas quais menciona pouca experiência com adolescentes em seu exercício profissional da medicina, como pediatra, e em seu curso de graduação, mas indica que as poucas que teve foram muito significativas, ricas em aprendizado, como nos relata no trecho abaixo:

> *Isso foi feito durante um tempo, e foi um tempo riquíssimo porque eu passei a conviver com uma faixa etária que eu não tinha experiência nenhuma praticamente, a não ser no meu tempo de graduação, já há muitos anos.*

Esta experiência rica a que se refere trata-se do prolongamento da faixa etária a ser atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde atendia como pediatra. Esse prolongamento se deu até os 19 anos, ou seja, ele como pediatra podia atender crianças e adolescentes até esta idade, o qual julga ser o limite de atendimento da pediatria.

Essa compreensão e o aprendizado com as experiências foram construindo o sentido de trabalho médico com adolescentes na direção do respeito ao tempo do adolescente e de ele mesmo deve ser ouvido em dois momentos, junto com os pais e sozinho.

> *Diante dos pais, a consulta sempre feita em dois momentos, com o pai e com o responsável ao lado, e com o adolescente sozinho. Mas nos dois momentos, a presença do pai e da mãe não devia em nada, uma franqueza, uma liberdade, uma sede de saber, de questionar tudo.*

Parece-nos que o respeito ao adolescente foi construído processualmente, sendo compreendido pelo sujeito depois de várias experiências, algumas bem sucedidas e outras não. Os relatos de M6 nos indicam que ele teve que superar o adolescente que havia conservado de sua experiência de vida como adolescente e incorporar os avanços históricos de como o adolescente modificou seu comportamento em sociedade. Esse processo possibilitou ao sujeito uma construção de sentido mais comprometida com o momento histórico e com a realidade concreta de existência dos adolescentes com os quais convive, e dele próprio, no sentido de se conhecer e ter consciência de seu trabalho, controlando ansiedades e angústias que poderiam atrapalhar o processo do outro. Este processo é o que Vigotski (1995) nos lembra sobre a linguagem ser um instrumento fundamental de mediação das relações sociais, quando em sua interação, foi sendo afetado pela relações estabelecidas e, por meio da linguagem, desenvolvendo uma consciência sobre esses sujeito e sobre seu trabalho, suas próprias ansiedades e angústias, desencadeando uma práxis de respeito ao adolescente. Aguiar (2007) aponta que o pensamento é sempre emocionado, assim como a linguagem, e, portanto, o mundo interno participa da produção de sentido. Para González Rey (1997) *As configurações se constituem no plano psicológico, mas simultaneamente são expressões das diferentes atividades e relações sociais desenvolvidas pelo sujeito. (p.119)*

Ou seja, foi aos poucos se conscientizando de que não poderia apressar o processo do adolescente, mas que era necessário construir uma relação, um vínculo de confiança para conseguir que este pudesse se abrir e de fato receber ajuda, orientação, como bem exemplifica o trecho abaixo:

> *Mas eu comecei a aprender que para lidar com adolescente eu preciso respeitar o tempo do adolescente, por mais ansioso que eu esteja em tentar ajudar. A minha ajuda pode ser um desastre se ela não respeitar o tempo dele, que não é o meu. A minha cabeça não é a do adolescente. Então, eu tive situações em que eu já tinha certeza absoluta, pelo andar da carruagem, pela conversação, da opção sexual ou do uso ou não de entorpecente, mas eu precisava me conter e esperar ele se abrir. As vezes que eu atropelei a situação, não deu certo. Eu aprendi isso: ele tem um tempo e ele é arredio como um passarinho, tem que deixar ele vir, tranqüilizar, se ele não adquirir confiança, não adianta, se eu me precipitar, eu atrapalho porque aí eu fico tão adolescente quanto ele. Mas só que eu conservo dentro de mim todas as idades, mas naquele momento eu preciso frear meu adolescente porque senão... Mas foi uma experiência riquíssima nesse sentido, de entender essa cabeça tão fantástica.*

Atrelado a esse entendimento, M6 aponta como dificuldade que se coloca para o profissional a aproximação com o adolescente, considerando que este papel social que representa, em princípio, entendido como o que facilitaria, principalmente pelo conhecimento que teoricamente têm, acaba dificultando. Segundo ele, o adolescente não confia no profissional, e o profissional se sente com uma responsabilidade muito grande em relação ao adolescente, quando neste lugar de profissional de saúde, ou seja, "com o peso da farda". Isso mostra como a construção de sentido do ser médico carrega o peso da responsabilidade de ter que saber tudo, e conseqüentemente, dificulta o trabalho cotidiano, principalmente quando se fala de pensar outras possibilidades de fazer saúde, como na ESF, que exige formas criativas de promoção e prevenção de saúde. Interessante notarmos, a partir do estudo de Assis et al. (2003), que os adolescentes têm uma visão mais positiva sobre si próprios a despeito dos adultos, sendo apontados pelos autores que:

> *cabe a nós profissionais encarregados de promover a saúde dos adolescentes, aprender a utilizar a visão positiva de si que eles possuem, tendo como meta subsidiá-los na aceitação de seus potenciais e limites e na capacidade de ousar a vida, pois somente assim se alcança a aceitação do outro e a transformação da sociedade (p.679)*

Consideramos importante contrapormos este posicionamento com o discurso de M6, que aponta a dificuldade de os profissionais de saúde se aproximarem dos adolescentes, e, como podemos captar de sua fala, a visão que esses profissionais têm não lhes permite vislumbrar qualquer proposta efetiva de trabalho com este grupo. Pergunta-se: Como os profissionais podem aprender a trabalhar com a visão positiva que os adolescentes têm de si mesmos, se eles próprios não a têm?

Encontramos uma forte contradição entre o pensar e o fazer, entre como M6 pensa a adolescência, o trabalho com esta população e como se refere ao fazer, indicando uma dificuldade, não apenas sua, de que a aproximação com o adolescente é difícil. Entretanto, a contradição posta nos remete ao processo de construção de sentidos e ao desenvolvimento da consciência que contêm em si a contradição como elemento fundante, bem como a unidade dos contrários, onde consciência, atividade e afetividade se encadeiam e se determinam mutuamente, como nos aponta Sawaia (1995)

> *Pensamento não é autônomo, descolado do empírico. É no seu encadeamento com as condições materiais de existência que se vislumbram possibilidades de saltos qualitativos, em direção à consciência crítica. Sem avançar a ação, gera-se uma forma de alienação, talvez mais perigosa, que separa a consciência da atividade e o pensar do fazer e do sentir. Mas não basta a ação avançar para que automaticamente a consciência se transforme. A ação tem de ser refletida e ser sentida para ser incorporada à subjetividade" (p.167)*

Nesse sentido, a contradição entre o discurso de M6 e como pensa a prática deve ser contextualizada, lembrando que o lócus da saúde é sempre um espaço heterogêneo, onde múltiplas influências derivadas dos vários campos de conhecimento se embatem, bem como o confronto de subjetividades de pessoas com histórias de vida e experiências profissionais diferenciadas, procurando trabalhar com pessoas que adoecem, com uma diversidade de entendimentos, para as quais são chamados a apresentar soluções rápidas e efetivas. Ainda, o aspecto político a ser considerado como um elemento que impulsiona práticas em saúde com interesses, muitas vezes, difusos. Como lembra Lane (1995)

> *O discurso que fala da representação do mundo de algum indivíduo e das ações e operações que ele realiza deve ser analisado no contexto social em que ele é produzido, detectando-se os conteúdos ideológicos e as contradições entre o discurso e a prática que nos permitirão dizer se se trata de uma consciência fragmentada ou se ele tem clareza das condições históricas e sociais em que vive. Esses conteúdos são elaborados, fundamentalmente , pela linguagem e pelo pensamento. (p.75)*

A experiência parece ter possibilitado a M6 um olhar crítico sobre a realidade de trabalho e da profissão médica, principalmente no serviço público, tendo em vista as limitações de atendimento ao adolescente. Primeiramente, quanto ao serviço público, entende que a limitação de até 12 anos para atendimento ao adolescente pelo pediatra é ruim, pois este profissional tem toda condição e deveria atender até os 20 anos. Nessa perspectiva, aponta uma outra conseqüência, ou melhor, um círculo vicioso e uma distorção de entendimento sobre a adolescência, ao mencionar que essa população fica carente de serviços de saúde, já que o pediatra entende que depois dos 12 anos ele já é adulto, ao passo que o clínico geral entende que ainda é criança; portanto, não cabe a eles o atendimento. Essa dificuldade de entendimento sobre quem deve atender o adolescente ele atribui à formação que não prepara o médico para trabalhar com essa faixa etária.

Podemos constatar que as dificuldades de ações junto aos adolescentes perpassam o campo do atendimento e pouco têm sido tratadas do ponto de vista da formação e educação continuada (educação em serviço). M6 tem clareza desse aspecto. Sua compreensão de adolescência, construída em seu processo histórico pessoal e profissional, possibilitou-lhe um olhar mais amplo e crítico sobre a realidade, chegando a romper com algumas idéias conservadoras presentes em sua formação pessoal e profissional, além da construção de pensamentos mais reflexivos. Mas se depara com

questões do cotidiano que ainda tem dificuldades de articular com sua compreensão mais ampla, o que é indicativo de que a naturalização, universalização e patologização ainda exercem grande influência sobre sua prática.

Nesse sentido, atribui ao serviço de saúde a dificuldade de atendimento de adolescentes na saúde, mas também à própria profissão, pela incompreensão da adolescência como uma fase vulnerável e que necessita de atenção.

Um outro aspecto a ser analisado, que emergiu da fala de M6, refere-se a como a adolescência tem sido compreendida no cotidiano da saúde. O entendimento de saúde e doença tem se modificado com o tempo e isso nos foi mostrado no primeiro núcleo, quando analisamos que a concepção de saúde considerada por ele é relativizada, tendo como parâmetro o equilíbrio multifatorial. Essa mesma compreensão parece ser pressuposto para olhar o adolescente no contexto da saúde. No entanto, com um elemento diferenciador, construiu a idéia de que o adolescente tem muita vitalidade e, portanto, não adoece organicamente, alegando que, se chegaram a esta idade, é porque passaram pela seleção natural. Considera que doença no adolescente geralmente é de ordem emocional.

> *O que eu consideraria no adolescente é que nele, por uma questão até da vitalidade orgânica da idade, ele, do ponto-de-vista orgânico, ele é menos vulnerável às doenças tradicionais, ele já passou a geração da infância, a fase mais crítica ele já venceu. Se ele chegou à adolescência ele provou que a seleção natural foi boa, ele deve ter tido cuidados com relação a doenças de infância e tal. . Mas eu acho que nele, é a saúde mental, o emocional dele que muitas vezes não está bom.*

Apesar do entendimento de saúde e doença de forma mais ampla, ao falar de saúde e doença no adolescente, M6 se deixa permear por toda uma construção histórica da compreensão da adolescência, como já citado anteriormente, ou seja, um sentido universal que o faz entender que a doença no adolescente só pode ser emocional, fruto dos conflitos, do desequilíbrio, circunstância, segundo ele, natural na adolescência. Sua construção de sentido ainda tem alguns elementos constitutivos permeados pela noção biologicista decorrente de sua formação, quando aponta uma seleção natural que possibilitou esses seres humanos chegarem à adolescência, negando toda a história dos sujeitos e as condições concretas de vida. Em nossa perspectiva não negamos o biológico, mas, como Ozella (2002) coloca:

> *Reconhecemos, no entanto, que há um corpo se desenvolvendo e que tem suas características próprias, mas, nenhum elemento biológico ou fisiológico tem expressão direta na subjetividade. As características fisiológicas aparecem e recebem significados dos adultos e da sociedade (p. 21)*

M6 nos permite entender que, para ele, existe um desenvolvimento natural orgânico e que, por decorrência disso, alguns sobrevivem e outros não, atrelando a noção darwiniana de seleção natural das espécies. A naturalização da adolescência fica bastante evidente nesse discurso, em contraposição a outros momentos em que M6 indicava uma visão mais ampla e contextualizada.

Percebemos também uma compreensão de adolescência patologizada, ao apontar que aquilo que uma sociedade espera do menino ou menina que vivenciam a chamada adolescência, a fase dos conflitos como ele mesmo conceitua, acaba sendo compreendida como doença, como diferencial dos outros momentos da vida, como deixa claro no trecho abaixo:

> *ele pode estar fisicamente hígido, mas emocionalmente, psicologicamente falando, completamente vulnerável e doente, aí diferencia.*

Entendemos como importante a abordagem dos aspectos emocionais como alvo de atenção no adolescente. Entretanto, a desvinculação com os demais aspectos que produzem saúde e doença acaba colocando neste grupo um elemento patológico como diferenciador dos demais momentos da vida. Preocupa-nos esta idéia, se pensarmos que estar emocionalmente, psicologicamente abalado pode ocorrer em qualquer momento da vida, e que este aspecto afeta também o corpo físico. Tratar como um elemento separado transforma a adolescência num “fenômeno patológico” diante de uma sociedade que adoece cotidianamente, dadas as condições concretas de existência da população, seja pelas questões socioeconômicas, seja pela violência em todas as suas formas. Considerar esse aspecto como o diferencial de saúde e doença pode implicar uma prática em saúde distorcida e, em alguns casos, perigosa à medicalização. O sujeito analisado parece estar construindo e reconstruindo sua compreensão de adolescência, mas ainda muito permeada por valores de sua formação médica e pessoal. No entanto, a prática, a vivência na ESF parecem ser um elemento significativo neste momento de reformulação, demonstrando uma abertura por parte do profissional para rever e avançar neste processo, como ele bem indica em vários momentos de seu discurso, no trecho abaixo e quando fala dos problemas e dificuldades relacionados à saúde do adolescente como veremos a seguir.

> *Mas eu acho que nós ainda deixamos muito a desejar. Acho que não só na Saúde da Família, mas no sistema de saúde, eu acho que nós ainda não temos - salvo honrosas exceções -, um trabalho que realmente vá ao encontro para resgatar essa população de adolescentes que mais precisam, que estão nas periferias e também os que estão nas mansões, nos Parques "Fehr" da vida, a gente acha que porque eles estão lá eles estão bem servidos, cercados e cuidados, mas na verdade não estão, na maioria dos casos não é muito assim, mas eu acho que nós ainda estamos devendo muito. E nesse sentido, eu fiquei muito feliz com o seu trabalho porque isso vai nos despertar, a toda a equipe e por onde você tem passado...*

M6 aponta como um dos problemas principais relacionados à saúde do adolescente o uso de drogas, que para ele significa um entrave, principalmente por entender que a prevenção precisa ser feita com os pré-adolescentes, pois para aqueles que já estão consumindo, o tratamento deve ser de outro tipo. Também identifica como problemas aqueles relacionados à sexualidade, sendo diferenciadas as necessidades de meninos e meninas. Para ele, as meninas, quando procuram a unidade, o fazem por questões ligadas à prevenção quanto a gravidez e DSTs, enquanto os meninos, por questões mais comportamentais, por exemplo a depressão. E, como terceiro ponto, a questão da obesidade como geradora de outros problemas no adolescente, como a hipertensão.

A questão do uso de drogas parece ser um problema cujo enfrentamento o médico não se sente totalmente preparado, mas que entende ser uma prioridade na saúde e trabalhado em conjunto na equipe, já que afeta a vida familiar como um todo, como demonstra o trecho a seguir:

> *Eu acho que esse é um outro trabalho que junto com Saúde da Família, uma equipe, um outro grupo poderia trabalhar junto com a gente aqui essa questão: de esclarecimento, de prevenção, de cuidado. Eu sinto falta disso porque eu tenho pacientes aqui cujo envolvimento com a droga é enorme, é imenso, a ponto de precisar de vez em quando fugir de casa, se esconder por conta das brigas entre quadrilhas, prisões aqui na nossa vizinhança, de encostar o camburão e levar todo mundo: o pai, a mãe, o filho. Então eu acho que a droga é uma coisa que está... se não é uma solução concreta, não vamos querer ser muito utópicos, mas eu acho que nós precisamos trabalhar muito, trabalhar o pré-adolescente, geralmente as famílias são grandes, então eu tenho lá o adolescente, mas eu tenho um outro ali com 9, 8 anos. Hoje um garoto com 10 anos ele sabe da vida muito mais do que eu sabia aos 15, é uma outra geração. Então, a promoção, a prevenção precisa ser feita nesse sentido.*

No entanto, aponta como empecilho para o profissional de saúde o despreparo, a falta de capacitação que dificulta, por exemplo, a aproximação com o adolescente, a criação de vínculo, o qual para ele é fundamental para se conseguir trabalhar com ele. Tece críticas aos profissionais de saúde, mais uma vez se incluindo, como fez em vários

outros momentos de seu discurso. O despreparo dos profissionais foi também uma das conclusões do estudo realizado por Marcelo (2001):

> *Os maiores entraves apontados pelos profissionais para o desenvolvimento de ações voltadas especificamente para adolescentes são a sua própria formação inadequada e a falta de capacitação e treinamento em serviço com tal propósito. (p.175)*

Parece-nos que para M6 ainda existe um caminho a percorrer, para que o adolescente seja visto como uma prioridade na saúde, como aponta o trecho a seguir:

> *Por outro lado, acho que nós, profissionais da saúde, deixamos muito a desejar, precisamos ainda de uma capacitação, de treinamento, de um aperfeiçoamento para falar o linguajar do adolescente, para nos aproximarmos mais dele através de programas especiais, não de uma coisa muito fechada, enquadrar em caixinhas, não, uma coisa bem com a cara do adolescente. Programações variadas em que o profissional, psicólogo, médico, enfermeira, estivessem ali convivendo de uma forma mais leve, sem o peso da farda, sem o peso do ambiente. Eu acho que é esse movimento ao encontro do adolescente que poderia ser feito.*

Atrelado a esse despreparo, aponta a desconfiança do adolescente, que vê o profissional de saúde como um estranho. Também considera como dificuldade a formação escolar deficitária do adolescente, atribuindo ao fato de ele passar muito tempo na rua, uma das causas que vulnerabilizam ainda mais. Analisa que essa situação também é de competência do Estado, das instituições de ensino que não conseguem levá-los para dentro de suas propostas, não oferecem opções que sejam de fato interessantes aos adolescentes.

Desta forma, M6 tece críticas à ESF, considerando que não existe de fato um trabalho pertinente, ou seja, o adolescente não é o foco, apesar da experiência de sua unidade com grupos deles. Entende que os que têm participado não são os que mais precisam, mas, sim, os que já estão dispostos, mais abertos, ou como ele nomeia, “os bonzinhos”. Para ele, a ESF precisa buscar os rebeldes, os complicados, ou os “mauzinhos”. Nesse sentido, evidenciamos que M6 fala de formas diferenciadas de vivenciar a adolescência, e aponta para a necessidade de se pensar e buscar estratégias para que a saúde possa intervir nos processos de adoecimento do adolescente.

> *Uma tentativa de inclusão social desse grupo, então essa é a missão do grupo. Mas, eu acho que nós ainda estamos longe, longe de ter alcançado... porque o grupo que participa, é o grupo com quem eu não vou ter muita dificuldade, ele foi aberto, ele foi ao encontro do grupo, ao encontro da proposta. Mas o rebelde, o complicado, o difícil, esse nós ainda não atingimos. Nós precisamos muito dele, nós precisamos sim dos bonzinhos, mas os mauzinhos, eles são os que mais precisam. Aquela história de que quem precisa de médico é o doente, não o saudável, nós mudamos isso. Mas isso é bíblico, né? Cristo disse isso,*

> *"Eu vim para os doentes", espiritualmente falando. E nós precisamos dos sadios, nós precisamos multiplicá-los cada vez mais*

No entanto, parece existir, juntamente com essa diferenciação, um certo julgamento moral ao nomeá-los como “bonzinhos” e “mauzinhos”, palavras que trazem em seu bojo um sentido de natureza, predeterminação, como se fosse algo que eles carregassem a priori. Apesar desse sentido pessoal de adolescência, aponta para questões sociais importantes, principalmente para as instituições formadoras, como responsáveis pela deficiência na formação e exclusão do adolescente que não se encaixa nos padrões sociais moralistas. Nesse sentido, podemos nos apoiar nas considerações de Ozella (2002) ao discutir as concepções predominantes na psicologia, para entender o discurso de M6:

> *As concepções presentes (...)apesar de considerarem a adolescência como um fenômeno psicossocial, ora enfatizando os aspectos biológicos, ora os aspectos ambientais e sociais não conseguindo superar visões dicotomizantes ou fragmentadas. Dessa forma, os fatores sociais são encarados de forma abstrata e genérica, e a influência do meio torna-se difusa e descaracterizada contextualmente, agindo apenas como um pano de fundo no processo de desenvolvimento já previsto no adolescente. (Ozella, 2002, p.20)*

Podemos, assim, inferir que M6 traz arraigado à sua concepção de adolescência o pressuposto de uma natureza humana predeterminada, principalmente em seu aspecto evolutivo desenvolvimentista, considerando-a uma fase da vida conflituosa, tal como tem sido tomada por vários autores, citados no inicio deste núcleo. Entretanto, compreende que essa é uma condição que pode ser, em alguma medida, alterada, responsabilizando a sociedade, principalmente as instituições de ensino e de saúde pelo trabalho com eles. No trecho a seguir, podemos entender melhor o pensamento materializado em palavras, ao qual atribuímos o sentido acima exposto.

> *Acho que não só na Saúde da Família, mas no sistema de saúde, eu acho que nós ainda não temos - salvo honrosas exceções -, um trabalho que realmente vá ao encontro para resgatar essa população de adolescentes que mais precisam, que estão nas periferias e também os que estão nas mansões, nos Parques "Fer" da vida, a gente acha que porque eles estão lá eles estão bem servidos, cercados e cuidados, mas na verdade não estão, na maioria dos casos não é muito assim, mas eu acho que nós ainda estamos devendo muito. E nesse sentido, eu fiquei muito feliz com o seu trabalho porque isso vai nos despertar, a toda a equipe e por onde você tem passado...*

Vislumbramos que M6 corresponde ao que Ozella encontrou em sua pesquisa sobre como a adolescência é vista na área de saúde:

> *Os profissionais de saúde (instituições hospitalares) encaram a adolescência como um processo de transição e tendem, parcialmente, a perceber a adolescência como uma construção social que se caracteriza mais pela prática proposta. De qualquer maneira, a visão deste profissional é permeada por bastante ambigüidade (2003, p.33)*

Percebe-se que M6 ao pensar em como deveria ser o trabalho voltado para adolescentes na ESF, traz à tona a sua compreensão de saúde e doença, colocando que a clínica tradicional deve ser mantida, mas que a estratégia deve ser o trabalho em grupo, focando problemas relacionados à orientação sexual, à obesidade e aos conflitos do adolescente dentro de casa, como indica os trecho abaixo:

> *A saúde regular, a clínica médica tradicional, sem dúvida. Mas além disso, eu focaria a orientação sexual com os meninos, com as meninas isso é mais complicado, mas com os meninos eu tenho tido muita abertura com relação à homossexualidade e à prática insegura de sexo, sem preservativo, ele não sabe o que transmite o quê. Que tipo de prática transmite, que tipo de prática não transmite. É um número considerável. Para mim, eu fico até surpreso.(...)Então eu incluiria orientação sexual porque eu noto, assim, que há uma tendência a esquecer dos cuidados. Como a AIDS, agora com os esquemas terapêuticos, os coquetéis da vida, eles se mantêm bem, eles estão achando que não tem mais problema, que eles vão ficar muito bem: "preservativo é bobagem, tira o prazer, chupar bala com papel", eu ouço bem essas expressões aqui. Eu focaria muito isso: a orientação sexual ampla, ampla, geral e irrestrita. E eu gostaria muito também, se fosse possível, a questão, junto com a nutricionista, a questão do obeso: controlar muito isso porque eles são desesperadamente esfomeados e nisso estaria a família toda e esse cuidado acabaria virando para a família toda. Eu pensaria nessa questão e a questão do conflito do adolescente dentro da casa.*

Outro aspecto interessante em sua proposta é a sugestão de que o trabalho ocorra fora da unidade, por entender esta como não sendo o ambiente de que o adolescente gosta. Assim, sugere que o trabalho ocorra juntamente com a comunidade, sendo coerente com a concepção de trabalho pressuposta na ESF.

> *O menos possível na Unidade porque não é o ambiente que o adolescente gosta. Essa coisa formal, eu de branco(...). Fora daqui é que nós faríamos realmente o grande trabalho, indo ao encontro, promovendo grupos, criando ambiente, situações, festas, enfim... situações muito próximas, porque eu não posso criar um sarau, eu não posso montar um sarau para convidados. Eu preciso criar coisas atrativas para ele e usar o ambiente, fazer mais ou menos o que o SENAI, o SENAC faz com o "brincando na praça"...*

A perspectiva de trabalho na comunidade aparece como um elemento importante no discurso de M6, mas nos parece ainda pouco praticado, como destacamos anteriormente quanto à visita domiciliar. Porém, é interessante notarmos que ele indica a comunidade como o espaço privilegiado para ações integrais de saúde voltadas ao adolescente. Neste sentido Sawaia (1995a) nos lembra que:

> *A prática em comunidade atua, especialmente, no isolamento social, na convivência e na comunicação, dando existência social e individual às pessoas, trabalhando com o sentimento de ser útil a outros, de reconhecer o outro e a si mesmo como gente, através de lutas coletivas, sentidas como necessidades individuais (p.166).*

Encontramos, assim, um médico que já internalizou e construiu um sentido pessoal para a ESF, mas que constrói o que significa a prática e o cotidiano de trabalho, que viabilize esta compreensão de saúde em mudança, e que priorize o humano, o acolhimento, a escuta, o contexto e o sujeito no processo e em comunidade. Neste sentido Martins (2005) lembra que usuários e profissionais da equipe de saúde carregam em sua prática sua história individual e social, concepções e pré-concepções já cristalizadas, que podem dificultar mudanças, considerando: *importante relembrar que o cotidiano é o espaço de maior expressão da alienação, sem muita reflexão(p.150)*

Observamos um sujeito em processo, em construção de sentidos a partir do partilhamento de significados de uma prática cotidiana de saúde da família. A adolescência parecia não ser um tema pensado por ele, mas que durante a entrevista de pesquisa foi sendo pensado, refletido e, ao mesmo tempo, criando-lhe necessidades. Assim, recorremos novamente a Sawaia (1995b) para entender a conscientização de M6:

> *A consciência deve ser considerada em sua forma de conhecimento explicativo, como também no seu aspecto intuitivo-emocional, e o processo de conscientização deve contemplar desejos, necessidades e emoções individuais e coletivas(p. 50)*

Entendemos, assim, que individualmente M6 convive com o desejo, com necessidades de mudanças que vão ao encontro de necessidades coletivas e possibilitam transformações neste cotidiano. Como ele sintetiza neste trecho:

> *Eu vou fazer 50 anos em outubro, mas eu sempre digo que eu não tenho, definitivamente, 50 anos. Eu devo ter muito menos, meu espírito deve ser bem mais jovem, o que contrapõe com minha crença espírita que eu entendo que eu sou secular, milenar. Mas eu digo assim, eu gosto do desafio. Quando eu fui fazer especialização em Saúde da Família, um colega ligou para mim: "Nossa, você vai voltar para banco de escola, você está louco! Pelo amor de Deus!" Mas eu me senti tão bem, eu gosto desse tipo de coisa, mas às vezes eu não vejo num jovem colega, a disposição. Essas coisas são trabalhosas, mas porque são que são desafiadoras.*

Ainda nesse ponto, quando M6 reflete sobre o agente comunitário (A.C.), mostra despreparo e, por isso, considera que estes também não percebem o adolescente como usuário da saúde. Porém a crítica traz junto uma responsabilização dos profissionais - se incluindo - pela forma leiga como os A.C. têm trabalhado o tema. Aponta um círculo

vicioso, onde o profissional despreparado para abordar a adolescência não prepara o agente comunitário e este, conseqüentemente, quando em contato com a comunidade, não percebe o adolescente como um usuário da saúde, mas, sim, como um problema quando está envolvido com uso de drogas ou com outros “problemas” atribuídos socialmente à adolescência. Assim, o médico analisado nos mostra mais uma vez seu processo de conscientização, de afetação que o implica com a questão e o desenvolvimento de necessidades de mudança na prática. Entretanto, permanece a concepção naturalizada, universal e patológica como mediadora do processo.

Quanto à prática médica no geral e ao modo de avaliá-la, observamos uma peculiaridade da medicina em relação à adolescência, como decorrência da fragmentação da profissão, ao constituir-se por especialidade, quando ele nos aponta como a idéia de adolescência foi sendo construída na prática médica e, conseqüentemente, nos serviços de saúde. Para ele, nenhuma das especialidades médicas tradicionais se sente responsável pelo adolescente. Recentemente surgiu a hebeatria, mas esta especialidade ainda não está presente nos serviços de saúde.

> *O clínico não gosta muito porque ele acha que é criança, tem uma porção de queixas ainda de crianças. O pediatra já acha que ele é um adulto: "Não, eu não trato mais, eu só trato de criança".*

Desta forma, o adolescente tem como saída procurar um especialista para uma queixa específica. Como, no geral, os adolescentes pouco procuram as unidades e, quando o fazem, nem sempre têm clareza de sua queixa, acabam por ser mal atendidos ou vistos sempre pela ótica da compreensão de adolescência do profissional que o atende. Se o profissional tem uma compreensão naturalizada, universal e patológica da adolescência, seu encaminhamento penderá para a questão da naturalização, qual seja, de considerar que o adolescente não tem qualquer problema a ser tratado na unidade, sendo os sintomas próprios da idade. O trecho a seguir evidencia este não-lugar do adolescente na prática médica:

> *Então ele fica meio sem amparo no serviço de saúde. É comum a gente ouvir isso, que pediatra não gosta muito de tratar de adolescente, eles são muito complicados, eles são muito instáveis, fantasiam demais. E por sua vez, o clínico pensa a mesma coisa e joga para o pediatra.*

M6 atribui as dificuldades da prática médica em reconhecer o adolescente enquanto um sujeito ao qual se deve pensar um atendimento com especificidades, à falta

de preparo por parte das escolas médicas. Dessa forma, fica evidente que o médico aqui analisado tem uma visão diferenciada da que aponta em relação aos demais pediatras, pois afirmou anteriormente que a pediatria deveria e poderia atender até os 20 anos. Como atribui à formação o despreparo para este entendimento, podemos inferir que ele foi construindo sua compreensão de pediatria em sua experiência de vida pessoal e profissional, ao se deparar com adolescentes que o confrontaram com uma realidade de não-lugar na saúde. Porém, M6 aponta que esse processo não ocorre com todos os médicos, gerando a dificuldade de compreensão do responsável pelo atendimento.

## NÚCLEO IV - A FORMAÇÃO MÉDICA FRAGMENTADA E O NÃO LUGAR DA ADOLESCÊNCIA

A formação médica tem sido, nas últimas décadas, alvo de críticas, principalmente por não corresponder ao modelo de saúde implantado no país. Ou seja, que as escolas de medicina não têm preparado o médico para trabalhar com o Sistema Único de Saúde (SUS), acarretando uma má compreensão e uma prática incompatível com as necessidades de saúde pública e com o contexto da maioria da população brasileira. (Silva, 2001; Duarte et al., 2005; Turazi, 2007; Ciampo e Ricco, 2003; Ronzani e Ribeiro, 2003; Arias, 2001; e outros). Também por decorrência da superespecialização envidada durante o século XX, na qual, segundo Ronzani e Ribeiro (2003) *Inicia-se uma especialização excessiva, por meio da busca desordenada do avanço tecnológico, e uma consequente desumanização do ensino e da prática profissional (p. 231)*

Com a discussão e aprovação, em 2001, das novas diretrizes curriculares pelo Ministério da Educação para os cursos de medicina, algumas mudanças começam a ocorrer, principalmente com relação à necessidade de incorporar ao currículo conteúdos e discussões sobre um novo perfil para os profissionais de saúde (generalista, humanista, crítico e reflexivo), numa nova organização do cuidado, visando ampliar a concepção de saúde-doença (na perspectiva da integralidade social) que envolva ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (individual e coletivamente), sobretudo nos níveis primários e secundários de atendimento.

Diante desse contexto, passamos a observar, nas falas de M6, sua visão sobre a formação do médico e o sentido construído sobre sua própria formação em graduação e pós-graduação.

M6, ao falar de sua graduação, traz como ponto fundamental a compreensão de que esta foi muito ruim no que se refere à formação humana, dada a fragmentação e desvalorização do que era emocional. Compreende que sua graduação não o preparou para o trabalho nem com adolescentes e, menos ainda, para compreender o contexto de vida do paciente como é necessário na ESF, como bem exemplificam os trechos abaixo:

> *Eu me lembro muitas vezes de que ao longo do curso, o professor me chamava, chamava o grupo de colegas e dizia assim: "Olha, eu quero mostrar para vocês lá na enfermaria 5 um fígado". "Ah, está bem". Então dava a impressão de que nós iríamos lá e íamos encontrar um fígado em cima da mesa, tamanha a fragmentação do paciente que se tinha*

> *Esses profissionais, então, nos despertaram o interesse já pela adolescência, mas minha formação posso dizer que foi no sentido, mesmo, da Medicina Curativa, nada de se envolver com outras questões, as questões psicológicas, "a psique do paciente é para o psicólogo resolver, para o psiquiatra tratar. Nós vamos tratar é do órgão, da saúde, é da doença, do organismo, então está bom*

> *O paciente chegava no ambulatório estressado e tal, a gente dizia que ele estava dando um baita "piti", que era uma bobagem, que não era doença coisa nenhuma.*

Nesse sentido, podemos perceber que, para M6, sua formação foi muito técnica e médico-centrada: aprendia-se a tratar o órgão doente e não pessoas. Entretanto, nos indica que foi recuperando o lado humano em sua história de vida pessoal e profissional, e atribui a mudança a dois fatores: primeiro sua própria índole, personalidade e segundo pela reaproximação com a academia, principalmente quando fez a residência em saúde da família. Em suas palavras, foi reconstruindo o sentido de ser médico que existia para ele antes da faculdade, como demonstra o trecho a seguir:

> *Então era uma visão diferente, mas, ao longo do tempo, talvez por índole, por personalidade, não sei, eu fui mudando essa forma de olhar em relação a minha prática médica. Depois com o tempo, nesses últimos anos aqui em São Carlos, a aproximação de novo com a Academia, com a Federal, o convívio com os professores, isso foi resgatando em mim aquele antigo amor pela outra forma que era o ideal de antes da faculdade. Quem vai para a escola médica, para qualquer curso, tem muitos ideais, de servir, tudo. Uma vez ingressado a gente começa a ficar muito técnico, muito científico, só. Eu aqui devo muito a ..... e à Secretaria de Saúde e nesses últimos anos, nesses 8 anos, praticamente, investiu demais na capacitação. Na capacitação e na humanização do atendimento.*

Segundo Troncon (1996), os cursos de graduação em medicina devem constituir-se no ambiente ideal para o desenvolvimento de características pessoais e atitudes baseadas em valores humanos, já que é uma profissão que lida com problemas da pessoa humana. Considerando o adolescente como uma pessoa e, portanto, cidadão a quem cabe atenção nos serviços de saúde, e observando a grade curricular dos cursos de

medicina, de forma geral, verificamos o não-lugar da adolescência, pois eles não trazem disciplinas específicas para tratar de questões pertinentes a ela. Mesmo, com a nova perspectiva de metodologia de ensino nos cursos mais recentes, esta situação parece persistir.

Em uma análise prévia desse material (conforme citado no cap. III), foi possível constatar que mesmo aquelas disciplinas das quais se esperaria uma abordagem sobre adolescência não o fazem. O discurso de M6 vem referendar essa análise, demonstrando que nos cursos tradicionais não havia espaço para a adolescência, o que repercute na prática médica atual: o pediatra e o clínico geral não se reconhecem como preparados e responsáveis pelo atendimento desse grupo.

> *Então, em questão de olhar o adolescente de forma diferente, não só o adolescente, a nossa formação foi feita para ser rigorosamente técnica: medicar, operar. Mas na residência eu já comecei a mudar um pouco esse olhar e tive o privilégio de contar com grandes mestres, ligados inclusive à adolescência, à hebiatria. Esses profissionais, então, nos despertaram o interesse já pela adolescência, mas minha formação posso dizer que foi no sentido, mesmo, da Medicina Curativa...*

Quanto à residência em pediatria, M6 afirma ter tido aulas com hebiatras, porém não aprofunda no sentido de afirmar que tenham sido suficientes para compreender a adolescência. Pelo contrário, sua fala durante toda a entrevista sugere que ele não se sente preparado para trabalhar com adolescentes e culpabiliza, em parte, a sua formação.

> *Então, os serviços de saúde, os serviços de orientação, isso não está muito presente. Nisso, a escola médica precisa ser fundamental, precisa encucar isso no profissional.*

Com relação à especialização em saúde da família, os temas mais abordados foram: saúde da criança, adolescente, mulher, adulto, trabalhador e questões depressivas. Considera que adolescência foi abordada de maneira positiva, por meio de discussão de casos e textos, o que, segundo ele, trouxe a questão do conflito familiar como um elemento importante para se pensar  a saúde do adolescente.

> *Você recebia um texto com esse título(...Adolescência: fase de produção de ruído...s) e era um caso, uma situação. A partir daquela situação, nós íamos debater, pesquisar e depois voltava na semana seguinte, depois abria, a narrativa era feita, cada um fazia a sua, era discutido, uma síntese provisória, uma síntese final, um desfecho daquele tema. Nós tivemos algumas ocasiões exatamente de adolescentes.*

M6 também atribui ao modelo de ensino adotado em alguns cursos, que têm embasamento na integração serviço-escola e adotam o PBL como metodologia[25], uma importante mudança no processo ensino-aprendizagem na área de saúde, com a inclusão da discussão de casos, por exemplo, sobre adolescência.

> *É o que a nossa querida ..... está fazendo hoje, tem um trabalho fantástico.(.....)Tivemos, nós tivemos um determinado módulo do curso que a gente chama de situações-problema e algumas situações foram dirigidas ao adolescente. Eu me lembro do título de uma que era "Adolescência: fase de produção de ruídos", "período de produção de ruídos", uma coisa assim. Você recebia um texto com esse título e era um caso, uma situação. A partir daquela situação, nós íamos debater, pesquisar e depois voltava na semana seguinte, depois abria, a narrativa era feita, cada um fazia a sua, era discutido, uma síntese provisória, uma síntese final, um desfecho daquele tema. Nós tivemos algumas ocasiões exatamente de adolescentes(...). Nós podemos discutir muito, alguns pais ali na mesa, vivenciando aquelas situações, e nesse caso tinha gravidez na adolescência, que foi um dos temas, e a droga. E outro caso era o conflito familiar, que me agradou muito, era um adolescente sem problemas maiores, mas o conflito familiar, ele desestruturava o restante do ritmo da casa e o ritmo da casa desestruturava o adolescente.*

Mas, se contrapusermos essa formação ao que M6 apontou nos demais núcleos sobre as dificuldades de implementação de ações integrais voltados à saúde do adolescente na ESF, mais especificamente aos problemas por ele evidenciados (uso de drogas, sexualidade, conflito familiar e falta de capacitação do profissional de saúde), entenderemos que esta formação ainda é muito superficial e tênue, no sentido de contribuir para repensar as concepções de adolescência. Como vimos, as concepções são, no geral, naturalizadas, patológicas e universais, e não contribuem para o planejamento e desenvolvimento de ações que integrem o adolescente em todos o seu processo e os considerem como sujeitos e não como público-alvo.

Em muitos momentos, nos demais núcleos a questão da formação apareceu como pano de fundo, evidenciando um despreparo do profissional médico para propor, desenvolver e avaliar ações de saúde voltadas para o adolescente, seja no preparo do agente comunitário, na discussão com a equipe de saúde da família, seja nas atividades extra-consultório médico.

Verificamos também que, na história de M6, sua formação pouco contribuiu para uma perspectiva de trabalho voltado para a comunidade, para a compreensão do

[25] A metodologia do PBL apresenta como características principais o fato de ser centrada no aluno, de se desenvolver em pequenos grupos tutoriais, apresentar problemas em contexto clínico, ser um processo ativo, cooperativo, integrado e interdisciplinar e orientada para a aprendizagem do adulto. O PBL (*Problem Based Learning) é bastante* consagrado em outros países, mas ainda é novidade Brasil. Além de seu objetivo principal, também contribui para a humanização das relações entre médicos e pacientes. Em 1997, a FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília) foi uma das pioneiras a implementar tal método na graduação. Atualmente também é aplicado em universidades como a UEL (Universidade Estadual de Londrina), a UFC (Universidade Federal do Ceará), e no recém criado curso de medicina da UFSCar (Universidade Federal de São Carlos)

humano de forma integral e humanizada, e, evidenciamos o não-lugar da adolescência na formação e nos espaços por onde o pediatra (M6) passou e, atualmente, na saúde da família. No entanto, o curso de especialização parece ter contribuído para algumas transformações ocorridas com ele, fundamentalmente, quanto ao cuidado em saúde e práticas humanizadas.

> *Eu me fazia essa pergunta. Meu trabalho de conclusão de curso ele versa um pouco sobre isso: eu ali indago, questiono o profissional, o que levou aquele profissional ao encontro do Programa Saúde da Família e o que ele pensa, o que ela acha que é o que deveria ser, o meu TCC é um pouco disso. Na minha visão, e é o que o Ministério também preconiza, o estratégia de Saúde da Família, como o nome já diz, tenta e busca resgatar a qualidade do cuidado que nós, infelizmente, deixamos para trás.*

Assim, procuramos uma interpretação dos sentidos construídos por M6 sobre saúde, doença, adolescência, prática, médica, formação e ESF, em seu processo histórico de vida pessoal, profissional e nas contradições que possibilitaram avanços e retrocessos em sua prática em saúde.

D - Considerações Gerais Sobre os Sentidos Construídos por M6

De forma sintética, podemos apontar que M6 vivencia mudanças constantes, elaborando e reelaborando seu pensar sobre saúde, doença, adolescência, práticas em saúde, formação e ESF. Nesse processo, a contradição aparece como elemento estável, sendo compreendida na perspectiva materialista histórico-dialética, a unidade dos contrários, propiciada pela história de vida pessoal e profissional, por suas várias inserções no campo da saúde e por suas crenças pessoais, presentes na constituição do psiquismo humano. Portanto, na construção do pensamento, no desenvolvimento da consciência e na produção de sentidos pessoais, ressaltando ser este um processo dialético, cuja materialidade se encontra na dinâmica de internalização da realidade externa, que vai sendo significada e simbolizada pelos sujeitos.

Nessa perspectiva de análise, evidenciamos que o sentido de saúde e doença para M6 é relativizada, adotando como parâmetro para pensar a prática profissional, o como cada um vivencia sua saúde e doença. Assim, parece ter construído um sentido mais amplo que o definido pela OMS, perpassado, como vimos no primeiro núcleo, por sua história de vida pessoal, de formação profissional, de exercício da pediatria e pela experiência atual na ESF.

Nesse processo, evidenciamos mudanças processuais no sentido construído para a prática médica, passando a valorizar a conversação, o diálogo e o acolhimento. Esse modo de pensar é por nós considerado como muito implicado com os princípios do SUS, na perspectiva da atenção integral, primando pelo cuidado em saúde e partilhando da compreensão proposta por Ayres (2007) sobre o sentido de cuidado, que permite a integralidade.

Percebemos o estabelecimento de uma consciência crítica sobre sua profissão, indicando que os médicos têm má interpretação do processo saúde-doença e, conseqüentemente, uma prática pouco comprometida com o cuidado, com a prevenção e promoção de saúde. Percebemos, no subtexto, que M6 tem a humanização do atendimento como um princípio que foi adquirindo no seu repensar a prática médica e, mais recentemente, na aproximação com a proposta da Estratégia de Saúde da Família.

A inserção na ESF e o pertencimento à equipe, parecem estar passando pelo mesmo processo, com um sentido de realização pessoal e de possibilidade de resgate de ideais antigos. O desenvolvimento da consciência de M6 é afetado por emoções decorrentes de sua história de vida. Assim, vivencia mudanças radicais quanto à sua maneira de entender e compreender a prática médica, conseqüência do repensar o significado de ações integrais em saúde. Estamos nos referindo à consciência não apenas como uma atividade intelectual, mas também como uma unidade dialética que envolve conhecimento, sentimento e ação. (Sawaia, 1987)

O sentido de adolescência é atravessado por sua história pessoal e de trabalho, aparecendo, em alguns momentos, contradições quanto à naturalização e possibilidades de intervenção que modifiquem a condição dos adolescentes. Em alguns momentos, ela parece ser naturalizada e universal; em outros, como constituída de aspectos sociais e históricos. Bock e Gonçalves (2003) nos lembram que a relação entre atividade e consciência não é mecânica, mas, sim, atravessada por mediações que devem ser consideradas, incluindo a reflexão do sujeito sobre sua ação.

Portanto, as contradições apontadas fazem parte do processo de construção da consciência, ainda cindida quanto ao fazer e atravessada por um sentido de adolescência natural, universal e patológico. Entretanto, podemos captar um processo de reconstrução de sentido de adolescência, mediada pela prática médica pediátrica e pela inserção na ESF, quando relata estar aprendendo e ter desenvolvido a consciência de que não poderia apressar o processo dos adolescentes.

Sua formação é entendida como predominantemente técnica, desumanizada, pouco valorizando outros aspectos para além do biológico. Quanto à adolescência, evidencia um não-lugar na formação.

## 1.2 Médico 5

A – Caracterização

O Médico 5 (M5) é desquitado, têm 31 anos, exerce a medicina há 3 anos. É formado por uma universidade privada, fez residência e especialização em saúde da família. Trabalha há 7 meses na Unidade de Saúde da Família (USF).

B - Organização do material

Os quadros a seguir apresentam a organização dos pré-indicadores e indicadores; indicadores e núcleos de sentido, construídos a partir da entrevista do Médico 5 (M5), conforme procedimento descrito no capítulo teórico-metodológico:

| PRÉ-INDICADORES MÉDICO 5 | INDICADORES |
|---|---|
| 1- definições incompletas<br>2- ausência de doença<br>3- bem estar bio-psico-social e espiritual<br>3- doença: distúrbios emocionais<br>4- doente quando ela se sente doente<br>5- equilíbrio emocional<br>6- doença mental<br>7- doença: aprendizado com os pacientes<br>8- visão diferenciada | 1 – CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA |
| 9- prazer no trabalho<br>10- processo de transformação<br>11- técnico em medicina ou médico<br>12- despreparo do médico<br>13- predomínio da indústria curativa/ modelo hospitalocêntrico<br>14- SUS: busca pessoal de conhecimento | 2 – O TRABALHO NA SAÚDE |
| 15- ESF ataca os pontos onde se tem mais problemas:<br>16- foco dos problemas de saúde: mulheres (gravidez) e crianças até 2 anos<br>17- médico deve ter uma visão diferente<br>18- despreparo para o trabalho<br>19- aumento nas especializações: expectativa de mudança<br>20- profissionais da saúde da família: fragilidade e quantidade pequena<br>21- esforço político | 3– O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA |
| 22- trabalho em equipe é difícil de administrar<br>23- a diversidade gera conflito<br>24- formação da equipe: processo lento<br>25- equipes incompletas:<br>26- suporte da equipe matricial: fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nutricionista, educadora física, outros. | 4 – TRABALHO EM EQUIPE NA USF: |
| 27- dinâmica complicada<br>25- equipes incompletas:<br>28- trabalho de cadastramento<br>29- o preconizado pelo Ministério da Saúde<br>30- consultas/atendimentos centrados no médico e enfermeira<br>31- dificuldades com visitas domiciliares | 5 – O TRABALHO DA USF COM A COMUNIDADE |

| | |
|---|---|
| 32- grande demanda<br>33- atribuições ligadas aos estudantes/residentes<br>34- muito a melhorar | |
| 35- formação inadequada<br>36- Ministério da Saúde: formação ruim<br>37- comprometimento pessoal<br>38 - a maioria trabalha pelo salário | 6 – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE |
| 39- própria vida<br>40- faz porque gosta<br>41- escolha baseada na história de vida<br>42- técnicos em medicina: o não comprometimento dos médicos<br>42- defesa da ESF<br>43- comprometimento pessoal: único médico criado para Saúde da Família<br>44- escolha desde formação<br>45- sempre trabalhou em Saúde da Família | 7-COMPREENSÃO PESSOAL DA ESF |
| 46- fase do conflito<br>47- perda de privilégios da infância<br>48- fase de transição<br>49- finalização da formação da personalidade<br>50- influenciada pelo contexto<br>51- desestrutura familiar<br>52- onipotência: síndrome de super-herói<br>53- linguagem própria<br>54- turma/grupo dos igual<br>55- São desconfiados<br>56- sexualidade aflorada e uso de drogas | 8 – ADOLESCÊNCIA |
| 57- experiência muito boa<br>58- identificação<br>59- adolescência descontraída<br>60- crítico/questionador<br>61- observação de pessoas e comparações de atitudes<br>62- escolheu seus caminhos<br>63- a vivência com os adolescentes: compreensão e avaliação de erros<br>64- experiência familiar<br>65- engajado em movimento estudantil e de igreja<br>66- a experiência significativa como professor<br>67- a experiência de vida é a base para o atendimento de adolescentes | 9 - ADOLESCÊNCIA - HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL |
| 68- experiência como professor: muito aprendizado<br>69- experiência de trabalho com sexualidade na periferia<br>70- importante a forma e o conteúdo<br>71- conseguir a confiança<br>72- experiência muito pequena na ESF(graduação) | 10 - ADOLESCÊNCIA - HISTÓRIA DE VIDA PROFISSIONAL |
| 73- ter os adolescentes perto<br>74- problemáticas diferenciadas: gênero<br>75- chegam com queixa física: problemas ligados à ansiedade e depressão<br>76- síndrome de inadaptação<br>52- onipotência: síndrome de super-herói<br>77- no. de adolescentes atendidos é pequeno | 11 – DIFICULDADES PARA TRABALHAR SAÚDE DO ADOLESCENTE |
| 78- maior dificuldade: conseguirem chegar à USF<br>79- ausência de trabalho na Saúde da Família<br>80- não é prioridade na ESF (tem-se problemas de maior grandeza)<br>81- ESF ataca problemas de maior grandeza (patologias crônicas, hipertensão, diabetes,) que causam comprometimentos, seqüelas e morte<br>82- ausência de espaço/oportunidades<br>83- desconhece trabalhos com adolescentes que funcionam<br>84- trabalhos não tem uma amostra significativa<br>85- ausência de trabalhos em lugares mais avançados da ESF (ex:Ceará, R.G. do Sul, Uberlândia)<br>86- USF não é referência | 12 - ADOLESCÊNCIA E ESF |
| 87- doença: ausência de coisas materiais<br>88- doença: questões emocionais - área do conflito<br>89- a doença física não é doença<br>90- o conflito: causa doenças | 13 - SAÚDE E DOENÇA NA ADOLESCÊNCIA |
| 91- questões mais imediatas: sexualidade, gravidez e drogas<br>92- juntamente com a escola<br>93- levantamento das necessidades/ tratamento adequado | 14 – COMPREENSÃO DE TRABALHO COM ADOLESCENTES NA ESF |

| | |
|---|---|
| 94- o médico de saúde da família tem visão melhor<br>95- questão pessoal<br>96- dificuldades de lidar com queixas inespecíficas<br>97- necessários trabalhos científicos | 15 - PROFISSIONAL DE SAÚDE MÉDICO E A ADOLESCÊNCIA |
| 98 - a formação não tem adolescência<br>99- no papel: coisas muito vagas<br>100 - interesse próprio<br>101- formação carente nos currículos mais modernos<br>102- inexistência de adolescência no currículo<br>104- serviços de saúde: papel de formador | 16 – FORMAÇÃO E ADOLESCÊNCIA |
| 105- currículo/ método PBL<br>106 - estudo de casos reais<br>107- formação foi muito boa<br>108- formação melhorando com a ESF | 17– FORMAÇÃO E ESF |

## Indicadores e Núcleos de Sentido de M5

| INDICADORES MÉDICO 5 | NÚCLEOS |
|---|---|
| 1- concepção de saúde e doença | 1- A DEFESA INTRANSIGENTE DA ESF E AS CONTRADIÇÕES DO COTIDIANO: UM SENTIDO EM CONSTRUÇÃO E UMA PRÁTICA CONFLITIVA. |
| 2 - o trabalho na saúde | |
| 7- compreensão pessoal da ESF | |
| 3- o trabalho na estratégia de saúde da família | |
| 5- o trabalho da USF com a comunidade | |
| 4- trabalho em equipe na USF | |
| 6- o agente comunitário de saúde | |
| 17- formação e ESF | |
| 8- adolescência | 2 – ADOLESCÊNCIA NATURALIZADA, UNIVERSAL E PATOLÓGICA: CONSTRUÇÃO DE SENTIDO MEDIADA PELA HISTÓRIA DE VIDA E DE TRABALHO NA SAÚDE |
| 9- adolescência - história de vida pessoal | |
| 10- adolescência - história de vida profissional | |
| 13- saúde e doença na adolescência | |
| 11- dificuldades para trabalhar saúde do adolescente | |
| 12- adolescência e ESF | |
| 14- compreensão de trabalho com adolescentes na ESF | |
| 15- profissional de saúde médico e a adolescência | |
| 1- concepção de saúde e doença | |
| 5- o trabalho da USF com a comunidade | |
| 16- formação e adolescência | |
| 17- formação e ESF | |
| 16- formação e adolescência | 3 – FORMAÇÃO DO MÉDICO COM FOCO NAS PESSOAS E ADOLESCÊNCIA ESTUDADA ATRAVÉS DE CASOS NO “PAPEL” |
| 17- formação e ESF | |
| 7- compreensão pessoal da ESF | |
| 1- concepção de saúde e doença | |
| 3- o trabalho na estratégia de saúde da família | |
| 8- adolescência | |
| 13- saúde e doença na adolescência | |
| 10- adolescência - história de vida profissional | |
| 15- profissional de saúde médico e a adolescência | |

C-Análise dos Núcleos de Sentido M 5

NÚCLEO I- A DEFESA INTRANSIGENTE DA ESF E AS CONTRADIÇÕES DO COTIDIANO: UM SENTIDO EM CONSTRUÇÃO E UMA PRÁTICA CONFLITIVA.

O conceito de saúde e de doença definido pela Organização Mundial de Saúde tornou-se uma referência para toda a área, mas para o médico aqui analisado, o qual denominaremos M5, são definições incompletas, como a ausência de doença, bem-estar bio-psico-social e espiritual. Para ele doença e saúde dependem da pessoa, de como ela se sente. Em sua compreensão, uma pessoa está doente quando ela se sente doente, considerando a dimensão subjetiva do sujeito que adoece e, atualmente, entende que o grande mal da humanidade são os distúrbios emocionais.

> *Então, aí você tem as definições incompletas, que é a ausência de doença, que é o bem-estar bio-psico-social, espiritual, não sei o quê. (...). Eu acho que assim, a pessoa, na verdade, ela está doente quando ela se sente doente. Eu acho que o mal da humanidade, a doença da humanidade são os distúrbios emocionais. Esse é o pior mal da humanidade, não é AIDS, não é pressão alta, não é diabetes, não é nada dessas coisas, não. O emocional é a pior coisa. Então, quando a pessoa está doente emocionalmente, ferida emocionalmente, independente se é filho, se é marido, se é questões outras familiares maiores, se é trabalho, se é meio social onde vive.*

M5 parece ter uma compreensão de saúde e doença vista, com bastante ênfase, sob o prisma emocional, já que indica que a maior doença que a pessoa pode ter é a doença mental. Este profissional se considera com uma visão diferenciada e construiu um sentido de que este olhar mais integral contribui para diagnósticos e acompanhamento maior dos pacientes. O aspecto subjetivo prepondera na análise de M5, indicando que, no processo de internalização do que é saúde e doença, ocorreu a apropriação de palavras e significados não muito comuns na formação médica, mas que, na história do sujeito, encontraram motivos relacionados à sua percepção de atendimento aos usuários do SUS. Por ser ele também um usuário e com necessidades de mudança de uma prática médica, construiu um sentido mediado por emoções e interesses que adentraram no universo da consciência, do pensamento e da linguagem. Estamos nos referindo a necessidades que ainda não se realizaram mas que impulsionam para a ação (Aguiar e Ozella, 2006) e que possibilitam o desenvolvimento de uma consciência crítica. Como aponta Vigotski (2001a) *Por trás do pensamento existe uma tendência afetiva e volitiva*(p.479)

A experiência profissional parece ter uma grande influência em como M5 construiu sua compreensão de saúde. Segundo ele, aprendeu muito com os pacientes e relata um caso para exemplificar:

> *Porque, é... eu acabei aprendendo com pacientes que me ensinaram muito nessa pouca jornada minha como médico. Eu lembro muito de uma senhora que chama Lourdes ....., de .....uma senhora hoje com 68 anos, hipertensa, diabética, hipotiroidismo, obesa, na época, quase mórbida, perda de visão por causa de hipertensão e diabetes 70%, vida familiar atribulada. Mas quando a equipe de saúde da família chegou lá, ela começou a entrar nos grupos, ela começou a participar. Teve a parte médica, que eu melhorei a pressão, melhorei diabetes, controlei a tireóide. Mas quando ela conseguiu se inserir e resgatou amor, carinho, importância que ela poderia trabalhar e divulgar os conhecimentos dela nos grupos que a gente trabalhava, ela, apesar de ter todas essas doenças crônicas e provavelmente vai morrer de uma delas, ela falava: "Dr, o senhor me curou"... Ela não estava doente, ela tomava um monte de remédio por dia, tomava insulina, mas a alegria dela de viver, era uma coisa impressionante! É um dos pacientes que mais me marca na minha vida. Uma mulher que mal andava, eu saí de lá, no grupo de caminhada, ela já estava andando 2,5km em meia hora."*

Em nossa perspectiva de análise, a apreensão dos sentidos está pautada no entendimento de que o empírico deve ser o ponto de partida, mas é necessário ir além das aparências, procurando explicar o processo de constituição do psiquismo, buscando captar as mediações que o determinam (Aguiar e Ozella, 2006; Martins, 2005). Assim, entendemos a subjetividade como um conjunto de experiências dos indivíduos constituída na relação dialética entre pensamento, linguagem, atividade e emoção, ou seja, nas ações e interações sociais. Nessa perspectiva, observamos que M5 não arrisca uma definição e, talvez não a tenha construído ainda, de forma fechada, mas demonstra que o sentido de saúde e doença foi construído em sua história de vida pessoal e profissional, quando em outro momento relata sua história de vida, inclusive como usuário do SUS, apontando sua indignação sobre como as pessoas são atendidas nos serviços de saúde.

Ou seja, a ampliação do conceito de saúde e doença, que considera o sujeito como o definidor de seu processo, vai ao encontro do que Sawaia (1995) indica como sendo uma dimensão ético-afetiva do processo saúde-doença, significando que:

> *...é preciso colocar no centro da reflexão sobre adoecer a idéia de humanidade e, como temática, o individuo e a maneira pela qual ele se relaciona consigo mesmo e com o mundo social a que pertence (grupos, família, comunidade, sociedade mais ampla, compreendendo: como ser de razão que trabalha, como ser ético que compartilha e se comunica, como ser afetivo que experimenta e se reproduz, como um corpo que, além de ser determinado pelo universalismo do biológico, é antes uma realidade simbólica (p.157)*

Portanto, a concepção de saúde e doença indica o quanto M5 foi afetado pela realidade que viveu (pessoal e de trabalho). Desenvolveu emoções e transformou-as em ações no campo da saúde, num encadeamento recíproco de consciência, atividade e afetividade. (Sawaia, 1995)

Também fica evidente que o profissional recebeu influência da área psicológica, ao valorizar a dimensão emocional em detrimento da biológica. Podemos entender que a construção de sentido de saúde e doença foi ao extremo oposto do que normalmente se espera de um médico, porém, ao relatar o caso, não nega a parte que considera médica (controle da hipertensão, tireóide, outros), atribuindo à equipe de saúde da família os demais avanços que ocorreram na saúde da pessoa. O sentido pessoal construído por M5 é constituído pela emoção - afetação, o sentir junto com os usuários do SUS -; razão - compreensão de saúde ampliada, que supera a dimensão biológica sem negá-la -; e pela atividade - pensar a prática em saúde integral e multiprofissional. Estamos nos referindo a sentido pessoal (Leontiev, 1978) ou subjetivo (González Rey, 2005c), como:

> *Uma unidade dos aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo. Tais aspectos simbólicos e emocionais se integram recursivamente na delimitação do sentido subjetivo, no qual um evoca o outro sem que um seja a causa do outro. Gonzalez Rey,2005c,p. 44)*

Percebe-se aqui uma compreensão na qual perpassam a superação da definição da OMS e a apropriação de novos elementos, e que considera saúde não só fisicamente: mesmo estando com problemas físicos, biológicos, uma pessoa pode estar bem, saudável mentalmente.

O sentido de saúde e doença parece evidente na forma como M5 concebe o trabalho na área, ao indicar que está ocorrendo um processo de transformação no campo, apesar de ainda haver muitos problemas.

> *É... Na verdade, assim, eu acho que a gente está num processo de transformação da saúde, da maneira de encarar a saúde, da maneira de oferecer serviços de saúde para a população, existe uma batalha muito grande ainda, nós somos muito pequenos - os profissionais de Saúde da Família - para esse grande monstro da indústria curativa e hospitalocêntrica que aqui a gente tem.*

Analisa criticamente como o sistema de saúde funciona, atribuindo grande parte dos problemas na área ao predomínio da indústria curativa e ao modelo hospitalocêntrico e, também, à má formação do médico. Sua consciência crítica parece ser decorrente de uma formação em serviço (método PBL), mas também de uma busca

pessoal (necessidade) arraigada à sua história de vida, como usuário dos serviços de saúde SUS).

Também, tece considerações importantes sobre sua construção de sentido em relação à medicina e à atuação do médico, apontando que existem muitos técnicos em medicina e não médicos.

> *Mas eu acho assim, sem medo de errar: mais de 90% não está preparado para lidar com coisa nenhuma, ele só sabe lidar com doença. Quando ele vai lá e vê uma pessoa com queixas inespecíficas: "meu coração está disparando, eu sinto uma angústia no peito, formiga meu braço, não estou dormindo à noite, não consigo comer, estou comendo demais, não estou me sentindo bem, estou tendo tontura, estou tendo, às vezes, desmaio", não sabe lidar com isso. Por que? Vai lá, pede eletro, hemograma, um monte de exame de sangue, não sei o quê, vem tudo normal. "Esse não tem nada", fala para o paciente:*
>
> *na verdade falta médico! Tem muito técnico em medicina! Técnico em medicina, que foi lá e estudou para ser marceneiro, ferramenteiro, serralheiro, tem um monte. Agora, médico, que está afim de chegar dentro da pessoa, ver o que ela está precisando, jogar junto com ela, viver um pouco com ela e tentar ajudá-la é muito pouco.*

Aqui, também, entendemos que a crítica está fundamentada em sua experiência de vida como aluno de medicina e como usuário do SUS. Mais uma vez, deparamo-nos com o desenvolvimento da consciência, de forma crítica, constituída e mediada pela linguagem e pela atividade. Leontiev (1978) lembra que a consciência não é imutável, devendo ser considerada em seu processo de desenvolvimento, depende das condições concretas de existência do sujeito (modo de vida e relações sociais existentes), que consistem em transformações qualitativas no pensamento, o que Vigotski (1995) nomeou de função psicológica superior.

No movimento de construção da consciência crítica, podemos captar no discurso de M5 o seu convencimento e justificativa da diferença mencionada anteriormente, já que compreende que médico é aquele que está preocupado realmente com as necessidades das pessoas, que vivencia junto com ela a dificuldade. Os demais são considerados por ele como técnicos em medicina, tal como um marceneiro, ferramenteiro, e outros. O trecho abaixo explicita esta percepção:

> *Eu sou de família pobre, eu tive muita dificuldade para estudar, eu tive que lutar muito para entrar na faculdade. Eu vi muitos descasos, mandos, desmandos quando eu era paciente, quando eu era estudante, e eu acho que assim, é... na verdade falta médico! Tem muito técnico em medicina! Técnico em medicina, que foi lá e estudou para ser marceneiro, ferramenteiro, serralheiro, tem um monte. Agora, médico, que está a fim de chegar dentro da pessoa, ver o que ela está precisando, jogar junto com ela, viver um pouco com ela e tentar ajudá-la é muito pouco.*

Ainda sobre a atuação médica, aponta uma compreensão de que a maioria está preparada para lidar apenas com a doença e que, portanto, não sabe lidar com outras questões que aparecem, inclusive com a promoção e prevenção de saúde. Neste mesmo sentido, Kahhale (2003) afirma que fazer promoção e prevenção de saúde exige uma nova visão de homem, que o considera como ser histórico, social e ativo, em contraposição a visões naturalizantes (homem livre, natural e racional)

M5 indica a escolha pelo SUS como decorrente de uma busca pessoal, pois queria conhecer e entender algo que era tão criticado pelos seus professores, o que era contradição para ele, já que a maioria deles trabalhava no SUS.

> *...no meu primeiro ano de faculdade, eu via muitos professores falarem mal do SUS: "É uma porcaria, não presta, não funciona, não sei o quê". Aí eu via, todos eles tinham emprego no SUS! E eu não entendia o que era isso.*

Portanto, desde o segundo ano de faculdade já conhecia o SUS e já havia feito uma escolha sobre a direção de sua formação.

> *...e aí eu fui fazer um estágio com ela para eu aprender o que era SUS, como funcionava, de onde vem toda essa história, como é que estava implantado, tal. Aí ela acabou me colocando em contato com ....., que era diretor dos hospitais na .....naquela época, hoje é do Hospital Escola. Com a ..... e com ele que era quem comandava a Saúde lá em ..... Então eu conheci, no segundo ano de faculdade, eu tinha uma idéia do que era o SUS. Então, desde o segundo ano de faculdade, eu venho me preparando para ser médico de família.*

As críticas de M5 são bastante contundentes e explicitam um sentido de saúde e de trabalho na área ancorado em suas necessidades, em sua história de vida, provavelmente de busca de espaço na área onde possa desenvolver um trabalho mais amplo, já que revela gostar muito de trabalhar na área da saúde.

> *Eu acredito que eu sou o único médico criado para o saúde da família..... Então eu me preparo para trabalhar no saúde da família desde o segundo ano da faculdade, por isso que eu falo que eu acho que eu sou o único criado, mesmo, os outros, não, eles acabaram fazendo faculdade e depois resolveram fazer residência, eu, não, desde o segundo ano já sei o que eu quero.*

Sua história de vida, em todo seu contexto, sempre aparece como mediadora das relações que o sujeito estabelece com o mundo, no partilhamento de significados e, influenciando, de maneira importante, a construção de sentidos. Estamos nos referindo a significados como *uma construção social, de origem convencional, relativamente estável* e sentido *como a soma dos eventos psicológicos que a palavra evoca na consciência (Aguiar,2007, p.105),*

lembrando que o processo de produção de sentidos pode conter elementos contraditórios, geradores de sentidos subjetivos também contraditórios, incluindo emoções e afetos.

M5 parece ter construído um sentido pessoal de ESF que reforça sua escolha profissional, ou seja, construiu uma significação para ESF, a partir de uma identificação forte com o que a proposta pode trazer de diferente dos modelos de saúde tradicionais e da crítica ao como se faz saúde no Brasil. Esse sentido o coloca na condição de grande defensor da estratégia e da interação da equipe com a comunidade.

No entanto, ao adotar um posicionamento de defesa da ESF, afirma que isso o leva a entrar em conflitos com a equipe, pois nem sempre as pessoas compartilham de seu entendimento do que seja a estratégia, o comprometimento delas é decorrente de sua história de vida. M5 parece ter consciência dessa diferença e, com base em sua experiência, se coloca de forma onipotente, ou melhor, como alguém que está adiantado ao seu tempo, ao afirmar que é o único médico criado para o saúde da família. *Eu acredito que sou o único médico criado para o saúde da família...*

Nesse sentido, M5 pondera que, ao buscar conhecer o SUS no início de seu curso de graduação e ter direcionado toda sua formação para essa área, considera-se diferente da maioria dos profissionais médicos formados recentemente, até mesmo de seus colegas de curso, que, segundo ele, não fizeram esta mesma escolha. Relata que, desde o segundo ano de faculdade, vem se preparando para ser médico de família, como observamos nos trechos anteriormente citados.

Encontramos um médico cuja identificação com a ESF parece ser o que direciona todas as suas ações, indo ao encontro de suas necessidades e construindo toda uma referência de saúde diferenciada. Também podemos constatar esta escolha em sua afirmação de só ter trabalhado na saúde da família, apesar de outras oportunidades que teve, inclusive com o reconhecimento, por parte de professores, de sua habilidade para operar.

> *Só trabalhei em Saúde da Família, fazia pronto atendimento, fazia pequena cirurgia que eu gosto, fazia hospital, mas o que eu gosto mesmo é Saúde da Família, nunca larguei, desde que eu me formei sempre trabalhei em Saúde da Família.*

M5 parece ter construído uma representação de si próprio como o grande defensor da ESF e, conseqüentemente, se coloca naquela condição de médico e não de técnico em medicina, confrontando-se, no cotidiano de trabalho, com os demais profissionais

que não partilham de sua maneira de encarar o trabalho e conceber saúde, portanto, do sentido que a ESF tem para ele.

> *Criei conflitos memoráveis em todos os lugares (risos). Em ....., se você abrir o Jornal .... na internet, você vai ver um monte de foto minha, para todo lado, lá. Porque eu defendo o saúde da família e essa maior interação da equipe de saúde da família com a comunidade até o último momento, até eu achar uma coisa melhor. Enquanto eu não achei coisa melhor, é isso que eu quero.*

Os sentidos são necessidades que ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito para a ação (Aguiar e Ozella, 2006). Nessa perspectiva, encontramos em M5 um sentido de ESF construído a partir de sua ação e de sua história de vida, cuja necessidade de mudança e transformação mostrava-se eminente no sujeito que buscou a medicina e, mais especificamente, o SUS e ESF.

Da mesma forma, no cotidiano de trabalho na ESF, M5 afirma que o médico precisa ter uma visão diferente, já que é formado para isso. Considera que ainda são poucos diante da grande indústria hospitalocêntrica.

> *os médicos de Saúde da Família são formados para tentar ter uma visão diferente, apesar de toda carência da residência, das especializações, pelo menos tem essa tentativa. Então esses têm um pouquinho mais de visão. Lógico que existem aqueles que não foram fazer Saúde da Família e é dele, é da pessoa, consegue. Mas eu acho assim, sem medo de errar: mais de 90% não está preparado para lidar com coisa nenhuma, ele só sabe lidar com doença.*

Entende como diferencial da ESF, em seu cotidiano, o fato de ela atacar os pontos onde há mais problemas, geralmente crianças, hipertensos, diabéticos, mulheres, e outros. Parece criticar a segmentação, observando que se foca muito a criança até 2 anos, não existindo posteriormente nenhum trabalho com esta pessoa. Ao mesmo tempo, em seu discurso podemos notar contradições, pois aponta que primeiro é preciso atacar os pontos mais problemáticos e só depois voltar-se para outros, por exemplo, a adolescência.

> *A gente tem problemas nisso com as mulheres, principalmente as gravidezes, as gestações. Então, o saúde da família, ele acaba atacando pontos chaves, onde dá mais problema. Então, onde dá mais problema? É quem tem doença crônica, a mulher, principalmente o enfoque no pré-natal e, justamente as crianças. A gente trabalha muito criança até dois anos! Depois disso, a gente não existe esse trabalho..... E eu nunca fiquei tempo suficiente num lugar para dar tempo de eu acertar a casa: hipertensos, diabéticos, acamados, pré-natal, acertar a casa das crianças, para depois partir. Em ... eu estava muito perto disso, só faltava acertar as crianças. Lá faltava muito pouca coisa.*

Apesar de uma compreensão ampla da ESF, M5 parece-nos que a segmentação na priorização do trabalho cotidiano dentro da ESF não é entendida por ele como um problema para a efetivação da estratégia. A unidade dos contrários como parte do processo dialético, determinante na constituição do psiquismo, fica evidente neste discurso que constrói um sentido contraditório no como concebe o trabalho e o fazer cotidiano, quando prioriza a segmentação por necessidades biológicas mais evidentes, como fica claro neste fragmento de fala: *problema de maior grandeza, por exemplo, as patologias crônicas, a hipertensão diabética, a gente causa comprometimentos, seqüelas e morte.* Como aponta Heller (1992)

> *a atividade prática do indivíduo só se eleva ao nível da práxis quando é atividade humano-genérica consciente, na unidade viva e muda de particularidade e generacidade, ou seja, na cotidianidade, a atividade individual não é mais do que uma parte da práxis, da ação total da humanidade que, construindo a partir do dado, produz algo novo, sem com isso transformar em novo o já dado. A unidade imediata do pensamento e ação implica na inexistência entre "correto" e "verdadeiro" na cotidianidade; o correto é também verdadeiro (p.32).*

Portanto, o cotidiano se apresenta como o espaço onde a contradição se evidencia, por ser também onde se expressam as formas alienadas, rotineiras, repetitivas, havendo pouco ou nenhum espaço para a reflexão (Martins, 2005). Compreendemos a contradição captada no discurso de M5 como parte do processo de construção de sentidos, mas também como resultante de um cotidiano que não permite a reflexão, e favorece o surgimento de práticas alienadas e distorcidas em relação aos sentidos construídos. Estamos apontando o movimento dialético como indicativo da contradição entre o pensar e o fazer.

Na apreensão do sentido, podemos nos apoiar em Gonçalves e Bock (2003) para entender o processo de M6, que, segundo as autoras, é importante considerar:

> *.. a consciência como um processo que se desenvolve em relação com a atividade, incluindo as mediações que explicam sua gênese e seu desenvolvimento, deve-se considerar o indivíduo de forma integral. Tudo que se refere a possibilidades individuais e subjetivas deve ser considerado. (p.90)*

Podemos também localizar a contradição quando o médico focaliza em seu discurso sobre o cotidiano o olhar contextualizado, o trabalho em equipe, mas não indica uma compreensão de família, cuja interação entre seus membros possa ser desencadeante do processo saúde-doença. Faz uma análise macro, atribuindo à política um papel importante para o avanço ou retrocesso nas propostas, avaliando estar esta

questão muito atrelada à definição de verbas para a saúde. Porém, na microanálise, indica uma prática ainda muito baseada na demanda e no atendimento clínico.

> *Acaba faltando, mesmo, esforço político. Na verdade, as coisas, falando por força política, por exemplo: em....., onde eu me criei dentro do Sistema de Saúde lá que estava muito bom, que era o melhor de toda a região Sul, com certeza, no momento em que houve uma transição política, saiu um prefeito que apoiava incondicionalmente as mudanças da saúde e entrou um novo que, apesar que era apadrinhado dele, a Saúde em ..... destruiu. Não existe, lá é uma porcaria hoje. Lá é pior que do que hoje aqui, que está começando, aqui tem um ano que está andando. Então, na verdade, eu acho que precisa de mais pessoas que queiram trabalhar e querem entender e, infelizmente, fica amarrado muito nos políticos, né? Não sei, talvez as pessoas que trabalham no saúde da família deveriam, eu acho, que entrar na política (risos)...*

Nossa afirmação se baseia na análise do cotidiano da USF onde o médico está inserido. Em seu discurso, indica problemas em se trabalhar em equipe, principalmente quando são duas equipes em uma mesma unidade, ambas incompletas. Mas atribui a dificuldade maior do trabalho em equipe ao fato de serem muitas pessoas e que a diversidade gera conflito, como podemos observar na frase a seguir:

> *O esquema de trabalho é super complicado porque trabalhar com duas equipes é muita coisa para administrar, muita gente pensando diferente, olhares diferentes, capacidades de envolvimento diferentes, de dedicação, e isso gera muito conflito. Realmente, no começo foi assim "um incêndio na floresta" quando eu cheguei aqui. Agora a gente pode dizer que a gente está numa fogueirinha (risos), mas é bem complicado.*

A maioria dos médicos que estão na ESF no município pesquisado, entre os quais M5 se inclui, é contratado recentemente, pela necessidade de regularização, através de concurso, como pode ser visto no capítulo III. Como decorrência desse processo, observamos que este médico está construindo um jeito de trabalhar nesta Unidade, aproveitando-se de experiências anteriores. No momento da entrevista, informou-nos que estavam terminando o cadastramento das famílias; até então, o trabalho tem sido focado no atendimento médico e de enfermagem, encontrando dificuldades em realizar visitas domiciliares.

> *Ainda é assim: a gente está num momento que a gente está terminando o cadastramento, a gente tem cadastradas, efetivamente, 625 famílias, em casas vagas, de casas que faltam cadastrar, vai chegar a 751, que é o preconizado, mesmo, pelo Ministério da Saúde, vai ficar legal isso. A gente trabalha com o atendimento aqui na Unidade de Saúde, tanto o médico, como o enfermeiro. É... A gente faz as visitas domiciliares, tem tido muita dificuldade de fazer visita domiciliar porque a demanda aqui é um pouco maior do que talvez dê para se organizar. E também tem a questão dos alunos, eles tiram algumas hoas minhas por semana e eu poderia estar dedicando mais à população.*

Atribui a dificuldade de visitas domiciliares a dois fatores: grande demanda e atribuições ligadas aos estudantes (residentes em medicina[26]), aos quais precisa dedicar algumas horas por semana. No entanto, demonstra a vivência de um certo conflito, pois acredita que seu trabalho deva ser focado na comunidade, como bem demonstra o trecho a seguir:

> *...se dou mais atenção para o aluno, a população fica sem, se eu dou mais para a população, o aluno fica sem, eu fico meio.. no meio desse impasse aí, eu fico bem nesse impasse porque eu gosto de fazer as duas coisas..."eu gosto de me envolver mesmo com a população.....eu gosto de atuar como professor.*

As dificuldades de reestruturação do modelo assistencial foram objeto de estudo de Campos (2007) e, segundo a autora, elas perpassam os processos de trabalho e se concretizam no cotidiano dos sujeitos que operam a saúde da família, significando que as práticas levam em consideração duas dimensões: a do conhecimento cognitivo ( saber formal formação/qualificação profissional) e a subjetividade (que reflete uma compreensão singular sobre o modelo de trabalho posto). Nesse sentido, aponta que os profissionais se identificam como agentes de mudança, mas no processo sofrem influência da estrutura social (PSF e seus princípios) e também a influenciam, enquanto sujeitos que nela operam. Ela indica como conseqüências inevitáveis do processo:

> *ausência de integralidade das ações, inadequação dos serviços às necessidades da população, desigualdade no acesso, somadas à qualidade insatisfatória dos serviços. Esses fatores apontam não só a necessidade de nova reestruturação do modelo, mas sinalizam a direção dessa reestruturação(p.224).*

Neste sentido, entendemos que M5 se coloca também como agente de mudança e vivencia dificuldades de efetivação na prática cotidiana. Percebe-se que a ESF, como construída pelo médico, ainda é de difícil materialização no cotidiano e que ele vivencia conflitos decorrentes desta contradição, entre o sentido que a ESF tem para ele e as condições reais de executabilidade.

Mas parece existir outro elemento neste conflito, o qual nomearemos de elemento subjetivo. O médico, apesar de sua visão mais ampla da ESF, parece não saber como colocá-la em prática. Não indica qualquer proposta que vá além do atendimento clínico individual. Em nenhum momento de seu discurso, aponta para a necessidade de se trabalhar a prevenção ou outras formas de atendimento, por exemplo, com grupos.

[26] Com a parceria entre a Universidade e a Prefeitura, foram implantados os cursos de residência multiprofissional e de medicina em Saúde da Família. Neste acordo, os médicos das unidades têm o papel de tutor dos estudantes.

Mesmo a visita domiciliar, que nos parece ser o grande diferencial da ESF, M5 não se disponibilizou para sua realização, priorizando outras atividades. Em nenhum momento, fica evidente sua compreensão sobre a importância da visita domiciliar. Aponta que gosta de se envolver com a população, mas não explicita o que isso significa.

Sob esse aspecto, podemos inferir que o sentido da ESF produzido pelo sujeito ainda não se firmou enquanto necessidade que o mobiliza para a ação. Entendemos que ele está num momento anterior, onde a elaboração cognitiva e a análise crítica ainda são o foco de atenção do sujeito, porém não avançou para a transformação da prática cotidiana, ainda não se constituiu numa efetiva práxis, no sentido posto por Heller (1992), citado anteriormente.

O mesmo pode ser observado quando M5 fala do agente comunitário de saúde, pois, segundo ele, o trabalho é melhor quando este é comprometido, o que é raro encontrar. Para M5 os agentes, em sua maioria, trabalham pelo salário, sendo mal preparados. Tece críticas ao curso oferecido pelo Ministério da Saúde, considerando-o muito ruim. Vejamos seu comentário:

> *Hoje não existe nenhum agente bem treinado, nenhum agente bem capacitado. Esses cursos de formação do Ministério são uma porcaria! Eu falo isso porque eu acompanhei alguns treinamentos.*
>
> *.... eu acho que não existem agentes bem treinados para isso. Talvez você consegue alguma coisa melhor quando você tem aquele agente mais comprometido, que eu te falei. Mas isso é tão raro, tão raro! A maioria vem trabalhar por causa do salário. É difícil aquele que larga, como eu, que eu ganhava R$2.000,00 a mais, vim ganhar R$2.000,00 a menos para trabalhar e faz porque gosta. Hoje o pessoal trabalha por dinheiro, mesmo.*

Assim, concluímos este núcleo, tendo como referência dos sentidos construídos por M5 uma consciência crítica racional, mas uma prática ainda alienada. Entretanto, em um processo dialético marcado pela contradição, pelo confronto, pelo conflito, que desenvolvem necessidades que estão a mobilizar o sujeito. Como lembra Aguiar e Ozella (2006)

> *As necessidades estão sendo entendidas como um estado de carência do indivíduo que leva a sua ativação com vistas a sua satisfação, dependendo das suas condições de existência(...) se constituem e se revelam a partir de um processo de configuração das relações sociais, processo esse que é único, singular, objetivo e histórico ao mesmo tempo. (p.228)*

NÚCLEO II – ADOLESCÊNCIA NATURALIZADA, UNIVERSAL E PATOLÓGICA: CONSTRUÇÃO DE SENTIDO MEDIADA PELA HISTÓRIA DE VIDA E DE TRABALHO NA SAÚDE

A compreensão de adolescência indicada por M5 traz a idéia de fase, que ele caracteriza como de conflito, transição e perda de privilégios da infância. Para ele, a adolescência tem um sentido de perda, porque nela se perderiam alguns privilégios que se teria como criança, como exemplificado na frase abaixo.

> *...você não é mais criança, mas ao mesmo tempo você não é mais adulto para você mandar no seu nariz, não é adulto ainda para você mandar no seu nariz! Então é uma fase de transição em que você perde algumas coisas e não consegue ganhar outras coisas para repor.*

Ao caracterizar a adolescência, M5 entende como o momento de finalização da formação da personalidade e considera que o contexto pode influenciar o caminho que este vai seguir. Nesse sentido, atribui algumas características inerentes à adolescência, tais como: conflito, linguagem própria, desconfiança, afloramento da sexualidade, nivelamento com o grupo, sensação de fazer parte e ser igual à turma, e, ainda, o que denominou síndrome de super-herói, o fato de o adolescente achar que pode tudo e que nada vai acontecer com ele. Assim, a forma como caracteriza a adolescência se aproxima bastante daquela definida por Aberastury e Nobel (1989), com a indicação de uma sintomatologia.

Percebe-se que o médico, em sua construção de sentido de adolescência, traz alguns valores socialmente partilhados, que de forma geral universalizam e naturalizam a adolescência. Ao tratar como fase, subentende-se como algo natural do ciclo de vida e que, portanto, todos a vivenciarão, sem diferença em seus aspectos essenciais, denominado por ele de síndrome. Os trechos abaixo indicam sua compreensão.

> *o adolescente ele tem aquela síndrome de super-herói, complexo de super-herói: "Eu posso tudo, eu faço tudo, nada vai me acontecer.*

> *Adolescência é viver em conflito, é a fase do conflito(...)Então é uma fase de transição em que você perde algumas coisas e não consegue ganhar outras coisas para repor. E você está desenvolvendo, montando, terminando de montar a sua personalidade..*

> *Então, eu tento trabalhar a linguagem deles. Às vezes era aula de "coisa", eu ia para a quadra jogar vôlei com eles, jogar basquete com eles. Então eu tentava me enturmar para mostrar que eu era o igual e aí, nisso eu consegui a confiança deles, ficava mais fácil de lidar.*

Síndrome[27], no dicionário refere-se a um conjunto de sinais e sintomas, o que nos leva a supor que para ele a adolescência apresenta um conjunto de sintomas, característicos de um super-herói, não encontrados em outras fases da vida. Se considerarmos, no sentido figurado, a palavra síndrome, ainda assim nos deparamos com uma idéia patológica, associada a uma insegurança inerente à sua fase de vida e não como decorrente das condições concretas de existência do indivíduo. Nesse sentido, o adolescente, em qualquer lugar, em qualquer condição vivenciará essa insegurança, esse conjunto de sintomas, segundo a compreensão de M5.

> *Isso deixava eles tão mal, que psicologicamente estava abalado, estava destruído. O adolescente por ser... se achar, não ser, mas se achar super-poderoso, as questões deles quando imperram para eles, doenças, são questões emocionais. Tem pacientes que eu atendi aqui, 16, 17 anos com aquelas cristas de galo gigantescas, que tinham problemas importantes de saúde, mas para ele estava tudo bem, nem aí! "Dr, me dá um negocinho aí para eu passar aqui, tirar isso porque a menina está me esperando lá", entendeu? Para eles está tudo legal. Eu acho que a parte emocional é a mais importante, principalmente porque é uma área de conflito, é um momento de conflito e que uns acabam levando até depois da adolescência, acabam levando até mais e muito para frente.*

Sua compreensão parece ir ao encontro do que Aberastury e Nobel (1989) consideram normal na adolescência, um certo grau de patologia. Em suas palavras:

> *Penso que a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por um certo grau de conduta patológica que, conforme o meu critério, devemos considerar inerente à evolução normal desta etapa da vida (p.27)*

Ou seja, sua concepção parece ir ao encontro da perspectiva desses autores citados.

Ainda nesta perspectiva, segundo M5, este característica de "super-herói" que o adolescente vivencia pode desestruturar a dinâmica familiar, e a intervenção junto a eles se torna um desafio, já que são desconfiados e possuem uma linguagem própria. Mais uma vez, evidenciamos uma compreensão de universalidade da adolescência, desconsiderando o contexto, a história de vida, a cultura e o grupo social, sem qualquer ressalva de que a adolescência poderia ser significada diferentemente, ou pelo menos vivenciada de formas diferentes, dependendo do grupo social, da cultura e do momento

[27]Dicionário Aurélio: síndrome - substantivo feminino. 1.Med. Estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas, e que pode ser produzido por mais de uma causa. Ex.: síndrome de abstrução intestinal, síndrome de insuficiência respiratória. 2.Fig. Conjunto de características ou de sinais associados a uma condição crítica, suscetíveis de despertar reações de temor e insegurança: *a síndrome da guerra nuclear*; *a síndrome da inflação galopante.* [Var.: *síndroma*.]

histórico. Para ele, os adolescentes têm uma linguagem própria da idade, a qual os profissionais que se propõem a trabalhar com eles devem utilizar.

> *A gente conseguiu diminuir taxa de natalidade, a gente conseguiu... não recuperar completamente, mas melhorar muito a condição de vida daquelas famílias desestruturadas por causa de adolescentes que estavam indo para o caminho das drogas, álcool e tal.*
>
> *eu tento me aproximar ao máximo deles. Então, eu falo "nóis vai", "a gente vai lá pegar uma", "a gente vai fazer não sei o que". Então, eu tento trabalhar a linguagem deles.*

Esta construção encontra respaldo na história de vida pessoal e profissional do M5, que nos relata compreender que a experiência de vida é a maior base para o atendimento de adolescentes. Utiliza sua história de vida, principalmente sua experiência familiar como parâmetro para atender adolescentes e foi o respaldo para seu trabalho nas escolas, como professor.

> *Eu sempre fui muito crítico (risos). Eu sou crítico demais, desde a minha adolescência eu questiono muito o que eu devo fazer, o que eu não devo, o que é certo, errado e... Acho que desde a infância eu venho vindo me comparando, comparando situações que outras pessoas adotaram, atitudes que não davam certo, não davam errado. Ia vendo as pessoas mais velhas, o que eles fizeram, ia comparando, eu ia tentando escolher caminhos para ir. E acho que isso... essa vivência com esses adolescentes que estavam a minha frente, vamos dizer assim, me ajudou a ver os erros deles para eu não cometer os mesmos. E vivendo dessa maneira, acho que me ajudou também a entender, às vezes, por que alguns estavam cometendo aqueles erros. Então, para lidar... quando eu fui para dar aula nas escolas estaduais, para essa molecada, vamos dizer assim, eu consegui entender um pouco o sofrimento, a carência, as dificuldades que eles viviam porque eu via. Minha família é um pouco melhor, assim, que aquela região que eu estava dando aula, mas muito pouca coisa. Então dava para usar um pouco a minha experiência de vida para entender o contexto deles.*

Entretanto, em sua fala, podemos captar um fragmento indicativo de que a condição econômica pode diferenciar o como cada um vive a adolescência, ao dizer que sua família era um pouco melhor, mas sua vivência lhe possibilitava entender o sofrimento e a carência de seus alunos. Assim, a relação entre o que pensa e fala indica ainda pouca elaboração com relação aos aspectos mais sociais, provavelmente porque estes ainda não sejam tão claros, não têm um sentido pessoal atrelado às características e comportamentos que descreve sobre a adolescência, estando sua percepção e a construção de seu pensamento mais focadas na perspectiva de uma natureza humana adolescente, decorrente de um desenvolvimento biológico que o predispõe a uma vivência conflitiva, portanto de crise. M5 não utiliza a palavra crise, mas deixa no

subtexto essa compreensão, quando coloca fase de conflito e exemplifica utilizando lembrança da vivência de primos e amigos:

> *Ai, ai... (risos) Aí dá pra gente lembrar de primo, dá para lembrar de colegas(...).Eu acho que a parte emocional é a mais importante, principalmente porque é uma área de conflito, é um momento de conflito.*

Analisa que sua experiência, sua vivência como adolescente também o ajudou a entender por que os adolescentes cometiam determinados erros. Lembra que foi um adolescente engajado em movimentos de igreja e estudantil, e que fez suas escolhas, escolheu seu caminho.

> *E essa experiência de dar aula na periferia. Então eu acabo me levando a referência por essas experiências que eu tenho. E aí, você vai acabando, passando as experiências anteriores. Eu venho trabalhando desde 2004 na saúde da família, você vai testando algumas coisas que não dão certo, algumas abordagens você vai quebrando a cara (risos), você vai aprendendo. Então é um processo que você vai construindo ao longo do tempo. Mas eu acho que o que me fortaleceu bastante, com certeza, foi a experiência de ter dado aula na periferia.*

Em sua história de vida pessoal, é possível encontrarmos alguns elementos que aparecem no sentido da ESF, como o engajamento político e a crítica ao instituído. Por outro lado, assume gostar de fazer coisas de adolescente, como praticar esportes, assistir a filmes, ir a festas, o que indica que sua compreensão de adolescência está delimitada por fase, por idade e não pela mudança nos interesses, negando, de certa forma, o seu processo histórico, a sua perspectiva crítica como adolescente, como visualizamos em seu discurso.

Para Vigotski (2006), o ponto central da idade de transição é a mudança qualitativa nos interesses e o desenvolvimento da autoconsciência. Isso significa dizer que a experiência do adolescente é própria, sendo mediada pela sua história de vida, pelo seu grupo social e sua cultura. Essa concepção nos parece clara quando M5 relata sua história: ter vivenciado uma adolescência descontraída, ao mesmo tempo ter sido crítico, desde a infância se comparar, comparar situações e atitudes que outras pessoas adotavam, observar pessoas mais velhas com quem ia aprendendo, fazendo escolhas; aprendido com a experiência de dar aulas aos adolescentes. Portanto, sua história é marcada pela sua vivência concreta, pela internalização dessas experiências, significando-as e construindo um sentido pessoal, como demonstra ao dizer que na convivência com adolescentes pôde compreender o sofrimento, a carência, as

dificuldades que eles viviam, identificando-se, porque também as vivenciava. Mas, não nos parece clara - para ele - esta construção, pois naturaliza o conflito vivido pelo adolescente.

No entendimento da visão sócio-histórica, a mudança que ocorre na adolescência é qualitativa e não uma evolução natural do desenvolvimento, com a alteração na estruturação psíquica, principalmente no conteúdo e na forma de estruturação do pensamento. No trecho a seguir, podemos observar a identificação com a adolescência, estando implícito que M5 gosta de fazer coisas que não são de sua idade, marcadamente assinalando sua compreensão de uma natureza da adolescência que já passou com a idade. Parece lidar bem com este sentimento adolescente, mas como profissional precisa demarcar que já passou da idade. Vejamos:

> *É... A minha experiência com adolescentes é muito boa porque assim: eu me sinto adolescente. Apesar dos meus 32 anos, adoro esporte, gosto muito de assistir filme, de sair para festas, fazer as coisas que adolescente faz, mesmo.*

A linguagem de M5 é circunscrita por suas experiências vivenciadas e pela simbolização que fez delas, no sentido apontado por Vigotski (1998) de que a internalização é a reconstrução interna de uma operação externa. Assim, a construção do sentido de adolescência parece ser marcada pela experiência vivida, internalizada; simboliza e expressa em palavras que refletem, de certo modo, a materialização do pensamento, porém esta última é atravessada, mediada pelas funções psíquicas do sujeito (consciência, pensamento, linguagem e atividade), dando um sentido pessoal às circunstâncias onde se depara com a adolescência. Nessa direção, Gonzáles Rey (2005d) afirma que:

> *a linguagem aparece em nível individual cheio de sentido subjetivo, traduz emoções complexas do sujeito e, ao mesmo tempo, gera novas emoções em seu constante trânsito pelos diferentes espaços representativos e experiências do sujeito. A construção de uma experiência por meio da linguagem e sua articulação com um pensamento próprio é um dos processos que definem o ser sujeito. Nesse processo, é claro que a linguagem não aparece como espelho, tampouco como manifestação direta da subjetividade dentro do qual adquire sentido e, por sua vez, se converte em um novo momento constituinte das configurações subjetivas que participaram na definição de seu sentido subjetivo em um contexto concreto. (p. 236)*

Juntamente com sua experiência de vida pessoal, M5 vivenciou a experiência de trabalhar com adolescentes em escolas públicas, na periferia da cidade, o que, segundo ele, lhe possibilitou aprender muito sobre adolescentes. Os sentidos são categorias históricas, que representam uma complexidade e mutabilidade em construção,

decorrente das condições concretas de existência, construindo a subjetividade de M5, na perspectiva do processo objetivação e subjetivação, como lembra Aguiar (2007):

> *As formas de pensar, sentir e agir expressam uma integração muitas vezes contraditória, de experiências, conhecimentos, sem dúvida emocionados, de uma história social e pessoal (mediada pela ideologia, classe social, instituições, etc.)(...) A consciência, como tem sido evidenciado, é tencionada por produtos históricos e pela subjetividade dos sujeitos, é social e ideológica, intersubjetiva e particular (108)*

Na construção de seu pensamento, a experiência de trabalho com os adolescentes foi significada como muito bem sucedida, e ele atribui esta qualidade à forma e ao conteúdo trabalhado. Haja vista que o conteúdo era de interesse deles e a forma consistiu em estratégias mais dinâmicas e de aproximação com os adolescentes, como bem exemplificam os trechos abaixo:

> *Pelo conteúdo, o que é uma coisa de interesse para eles e a forma que eu trabalho, eu tento me aproximar ao máximo deles. Então, eu falo "nóis vai", "a gente vai lá pegar uma", "a gente vai fazer não sei o que". Então, eu tento trabalhar a linguagem deles. Às vezes era aula de "coisa", eu ia para a quadra jogar vôlei com eles, jogar basquete com eles. Então eu tentava me enturmar para mostrar que eu era o igual e aí, nisso eu consegui a confiança deles, ficava mais fácil de lidar. Enquanto muitos professores, com aquelas classes horríveis, que dava trabalho para todo mundo, para mim não me dava porque eu acabava entrando no meio deles e aí eu fazia eles participarem das coisas, como se eu fosse um deles.*

> *Então foi legal porque eu consegui ter a empatia deles, então nas minhas aulas eram assim: todo mundo ia embora em todas as aulas, na minha sempre casa cheia. (risos) Todo mundo pulava o muro, fugia, descobria que era eu que ia substituir ou que eu que estava dando a matéria, eles iam embora em todas as aulas, na minha, a platéia cheia.*

A experiência de trabalho com adolescentes na ESF e como médico, ele a considera muito pouco relevante, já que foi apenas com um grupo durante a graduação. M5 afirma não conhecer um trabalho de fato com adolescentes dentro da ESF, mesmo nos lugares onde esta se encontra em estágio mais avançado de implantação.

Podemos deduzir que, para o médico, a experiência mais significativa, do ponto de vista profissional, foi como professor, e que o sentido produzido para esta experiência tem um fator de identificação com os adolescentes muito forte. Seu relato nos permite observar que este pode ser e viver a adolescência juntamente com seus alunos. Talvez por este motivo, para M5 a sua experiência de vida pessoal e familiar como adolescente seja a mais significativa, a que utiliza como parâmetro em seu trabalho, quando diante de questões da adolescência.

> *Experiência de vida, como um adolescente engajado em tudo que era movimento estudantil, tudo que era movimento das igrejas, eu sempre estive no meio, tudo o que era movimento, né? E essa experiência de dar aula na periferia. Então eu acabo me levando a referência por essas experiências que eu tenho.*

Quanto à sua compreensão do processo saúde e doença na adolescência, M5 trouxe uma compreensão, um sentido bastante coerente com o anteriormente mencionado sobre o sentido de saúde e doença no geral.

> *Tem alguns que falavam que doença é não ter dinheiro para sair à noite, para eles era uma doença. Para eles, doença era as vezes que você não conseguia algumas coisas materiais. Isso deixava eles tão mal, que psicologicamente estava abalado, estava destruído. O adolescente por ser... se achar, não ser, mas se achar super-poderoso, as questões deles quando emperram para eles, doenças, são questões emocionais.*

Ele indica que o sentido de saúde e doença na adolescência é o mesmo que nas demais pessoas, porém destaca o emocional como área de conflito. Diferentemente do que atribuiu às pessoas em geral, de que saúde e doença dependem de como a pessoa está se sentindo, para o adolescente ele entende que o conflito pode ser gerador de doenças.

Se analisarmos mais especificamente, podemos entender que a visão patológica predomina também neste contexto, já que  para M5 o conflito e a insegurança são inerentes à adolescência, e sua patologia é decorrente da vivência dessas características. De maneira sintética, podemos afirmar que M5 vê a adolescência como um momento único, decorrente do processo de desenvolvimento, uma fase pela qual todos irão passar e na qual irão vivenciar conflitos, compreendidos por ele como algo que pode levar ao adoecimento emocional e não físico. Os trechos a seguir ilustram bem esta compreensão:

> *Tem pacientes que eu atendi aqui, 16, 17 anos com aquelas cristas de galo gigantescas, que tinham problemas importantes de saúde, mas para ele estava tudo bem, nem aí! "Dr, me dá um negocinho aí para eu passar aqui, tirar isso porque a menina está me esperando lá", entendeu? Para eles está tudo legal.*

Como decorrência dessa compreensão de saúde e doença, M5 entende que as dificuldades para os profissionais trabalharem com saúde do adolescente está no desafio de conseguir tê-lo próximo. Também atribui às características da adolescência à denominada síndrome de super-herói, o fato de o adolescente não buscar o serviço de saúde.

> *Acho que a maior dificuldade de trabalhar com adolescente é eles conseguirem chegar a Unidade (risos), você conseguir tê-los perto para você trabalhar. Mas de uma forma geral, quando eles chegam, as meninas vêm mais para a questão de buscar... anticoncepção, eles querem... as que vêm, vêm para tentar não engravidar. E os rapazes, principalmente aqui (risos), eles vêm porque eles já estão com DST. Então, eles vêm quando a coisa está feia, mesmo. Homem, adolescente, homem é uma tranqueira para procurar médico, só vem quando está realmente mal. Então, o adolescente menino é muito raro aparecer, muito raro. Quando aparece, ou ele aparece ou porque ele já está com uma DST, ou está com medo de ter tido porque a camisinha furou, ou não sei o que, em alguma relação que ele esteja desprotegido.*

Verificamos, na fala, que ele aponta como outra dificuldade, as questões de gênero, entendendo que as necessidades de meninas e meninos são diferentes, principalmente o que os leva a buscar o serviço de saúde. M5 verifica em sua experiência que ambos o procuram por questões ligadas à sexualidade: as meninas buscam, mais por questões ligadas à anticoncepção, e os meninos, quando já tem uma DST. Mais recentemente, tem notado que os meninos têm apresentado muitos problemas ligados à ansiedade e depressão. Ao analisar o dado, enfatiza que sempre trazem queixas físicas e acabam manifestando um distúrbio de ansiedade ou de humor. Em suas palavras:

> *Ou, o que vem acontecendo bastante e é uma coisa que o meu trabalho é sobre isso, a depressão e ansiedade, mas eu gosto muito de estudar depressão e ansiedade, eu tenho encontrado muitos adolescentes com distúrbios de ansiedade, distúrbios de humor, síndromes depressivas, alguns até em depressão. E aqui eu encontro mais do que nos outros lugares que eu trabalhei, ainda não consegui ter tempo para medir isso, mas aqui tem mais!*

Este dado, representativo do menino, parece estar diretamente relacionado ao que o profissional atualmente estuda em seu trabalho de mestrado. Como o olhar sobre a realidade é sempre mediado pelos sentidos construídos sobre o mundo, provavelmente, ele se encontra num momento de maior acolhimento dessas questões, o que lhe possibilita observar um quadro diferencial entre meninos e meninas.

Observa, através de estatísticas de seu atendimento, que a população adolescente ainda é muito pequena diante da demanda da unidade.

> *Se você for ver estaticamente, o que eu atendo aqui... Eu atendo a faixa etária acima de 20, a faixa etária abaixo de 9 e, aquela de 10 a 19 anos eu não atendo, é a faixa etária mais vazia. Se você pegar um mês de atendimento meu, de 450, 500 pacientes que eu atendo, se tiver uns 50 é muita coisa, é muita.*

Blasco (1997) nos lembra que esses conceitos que naturalizam a adolescência, compreendendo-a como universal e patológica, têm influenciado o cotidiano dos

trabalhos desenvolvidos com e para adolescentes, e questiona sobre as conseqüências de tratá-la como crise ou fase de conflito. Nesta perspectiva, entendemos que tal compreensão paralisa e dificulta a intervenção junto à população adolescente, principalmente quando se trata dos profissionais de saúde que deveriam atentar para vários problemas enfrentados por ela e que não são percebidos porque, geralmente, são vistos ou confundidos como problemas inerentes ou normais da idade. Também se reflete na não-identificação do adolescente com a unidade, o que justifica a baixa demanda nos serviços de saúde. Ainda, pode dificultar a observação de outras aspectos relevantes e importantes de serem cuidados com os adolescentes (questões entendidas como sociais, mas que estão diretamente relacionadas à área da saúde, como a violência).

M5 apresenta um olhar mais preparado para a identificação das questões emocionais, mas não as atrela às questões sociais e às condições concretas de vida de cada adolescente, patologizando pela via emocional e do conflito.

> *Ou, o que vem acontecendo bastante e é uma coisa que o meu trabalho é sobre isso, a depressão e ansiedade, mas eu gosto muito de estudar depressão e ansiedade, eu tenho encontrado muitos adolescentes com distúrbios de ansiedade, distúrbios de humor, síndromes depressivas, alguns até em depressão. E aqui eu encontro mais do que nos outros lugares que eu trabalhei, ainda não consegui ter tempo para medir isso, mas aqui tem mais!(....) Eles vêm contando as queixas achando que um exame de sangue, de hemograma, de diabetes, de colesterol é um problema. Mas quando você faz aquela triagem, levantando os sintomas, as características, quanto tempo, você consegue fechar quadros ansiosos, quadros mistos, quadros depressivos. Ou alguma síndrome de adaptação e inadaptação, você consegue fechar algumas coisas assim, ter algumas idéias sobre isso. Isso aqui é bem presente. E o que me chama a atenção aqui, é que antes eu estava acostumado a ver isso muito em menina. Aqui, não, aqui vem menino. Adolescente, 17, 18 anos, assim, vem bastante. Acho interessante.*

Quanto às dificuldades, aponta o despreparo dos médicos para lidar com questões emocionais, mas não se refere diretamente à falta de preparo para atender adolescentes.

> *Mas eu acho assim, sem medo de errar: mais de 90% não está preparado para lidar com coisa nenhuma, ele só sabe lidar com doença.*

Posteriormente, como veremos no núcleo seguinte, faz críticas à formação, indicando que ele buscou individualmente. Portanto, M5 não se sente com dificuldades para trabalhar e atender adolescentes, colocando os problemas neles próprios, na estrutura dos serviços de saúde e nos demais profissionais, como fez no núcleo I ao falar sobre os agentes comunitários.

Ao pensar no adolescente dentro da ESF, como na saúde em geral, M5 enfatiza veementemente não existir trabalho para eles. Sua percepção é que o adolescente não é prioridade, por existirem problemas que considera de maior grandeza, como patologias crônicas, hipertensão, diabetes, que causam comprometimentos, seqüelas e mortes. Como vimos no primeiro núcleo, para ele a ESF ataca pontos-chave, onde se tem maiores problemas, o que, em sua compreensão, não é o caso do adolescente.

Ao mesmo tempo, considera que existe uma falta de espaço e oportunidades para o profissional aprender a trabalhar, acarretando, mais uma vez na não priorização da adolescência. Ou seja, M5 aponta a existência de um círculo vicioso, onde o profissional não prioriza e nem a política, por também não estarem diretamente em contato com essa população, que pouco procura a unidade, a não ser para questões de saúde muito pontuais. Para ele, o adolescente não tem a USF como referência, ao mesmo tempo em que esta não se coloca como referência.

> *Depois disso, a gente não existe esse trabalho. O único trabalho que eu tenho... eu não fiz nenhum trabalho depois de formado, com adolescente. Até hoje eu não consegui, o único lugar que eu trabalhei foi no 4º ano, no estágio de Saúde da Família. Acho que porque lá já era uma Unidade quando eu cheguei lá, acho que já tinha três anos que tinha a Unidade lá, a mesma equipe trabalhando junto.*

Considera que os poucos trabalhos que existem não são representativos, não são significativos, pois as amostras são sempre muito reduzidas. Em suas palavras:

> *Agora, sinceramente... eu desconheço qualquer outro lugar que tenha um trabalho que realmente funcione. Todo mundo descreve muito o trabalho, falando, mas vai ver a amostra que eles têm, são cinco, seis, sete, oito, acho que isso não é uma amostra para um trabalho significativo, com sucesso.*

Aponta esta ausência inclusive em lugares mais avançados em relação à implementação da ESF. Demonstra uma certa expectativa e ímpeto de busca, dizendo que procura conhecer, aprender, fazer igual ou melhorar.

> *Fui a Sobral, conhecer lá, eu fiquei 3 dias em Sobral o ano passado, quando eu fui para o congresso cearense, fiz questão de ver lá, se era mais organizado, se tinha... não tinha! Tive contato com o pessoal do Rio Grande do Sul, o professor Felipe veio de lá dar uma capacitação para a residência médica do saúde da família, que lá é bem adiantado, lá existe a residência de Medicina Comunitária, é uma das mais antigas do país! Depois acabou virando medicina de família e comunidade, também não existe. É... Uberlândia, Uberaba, aqui também existe alguma coisa, desconheço porque eu tive contato com a ...., que veio de lá e ela também não falou disso. Então na verdade, eu desconheço que exista um trabalho, assim, que realmente deu certo, com adolescente. Se tiver, você me avisa, que eu quero conhecer. Adoro conhecer projeto que deu certo. Projeto que não deu certo, não*

*me interessa, eu quero saber onde deu certo para eu ir lá, aprender e fazer igual e, se der, melhorar, logicamente.*

Tudo indica que M5 ainda não construiu um sentido de trabalho com adolescentes dentro da ESF, mas, uma análise crítica da realidade, que vem criando uma necessidade de ação, mas ainda muito pouco orientada, já que vivencia contradições latentes entre sua forma de compreender a ESF e o que encontra no cotidiano, e mesmo em sua prática como médico de família. Muitos de seus posicionamentos permanecem no nível ideológico, pouco influenciando de fato sua prática, como se pode perceber em relação à visita domiciliar.

Ao relacionar a ESF, a adolescência e a prática médica, ficam ainda mais evidentes essas contradições postas, pois construiu uma representação de que o médico de família tem uma visão melhor sobre o adolescente, mas que, no geral, este profissional tem dificuldades de lidar com queixas inespecíficas do adolescente, atribuindo um despreparo do médico para lidar com essas questões.

A construção de sentido sobre a prática médica evidencia uma crítica de fundo, à qual M5 sempre se refere, considerando que sua formação superou vários problemas por ele identificados na formação de outros médicos, inclusive no modo como eles entendem a adolescência. Parece evidente que este médico, com uma formação recente e dentro de um modelo de ensino diferenciado, teve a oportunidade de vivenciar realidades mais contextualizadas dentro da ESF; entretanto, com relação à adolescência, o sentido ainda está muito permeado por valores pessoais e pouco refletido no confronto com a prática médica. Provavelmente, pela falta de oportunidade mencionada por ele.

Mas entendemos que existe neste profissional uma disposição para o aprendizado, pela busca de novas formas de fazer, pouco evidenciada no cotidiano da ESF. Alguns pressupostos da ESF não se confirmam na dinâmica cotidiana, por exemplo, a ênfase na prevenção e promoção de saúde. Percebemos que a maior parte do tempo desses profissionais, no cotidiano da ESF, está concentrada no atendimento, na consulta individual dentro da USF. Provavelmente, nessa dinâmica, o grande número de pessoas a serem atendidas distorce a percepção do trabalho, e este não consegue refletir sobre demandas que não estão proeminentes. Existe sempre uma priorização do modelo médico tradicional, daquilo que historicamente tem sido considerado como urgências dos serviços de saúde. Esse panorama também foi encontrado no estudo de Capozzolo (2003), que aponta:

> *O elevado número de famílias revelou-se um limite estrutural importante para adequada cobertura da população adscrita. A pressão por atendimento fazia com que, na maior parte do tempo, os médicos ficassem envolvidos em atender a demanda espontânea e encontrassem dificuldades para desenvolver atividades programáticas e de prevenção, o que, além da sobrecarga de trabalho, repercutia na própria atenção prestada, tendendo as consultas a ser mais dirigidas a responder às queixas expressas pelo paciente. O atendimento oferecido pelos médicos estava ainda bastante centrado na abordagem da dimensão biológica do adoecer. (p.275)*

Fica evidente a dificuldade de M5 em pensar em propostas de trabalho mais educativas, preventivas, quando solicitado a falar como deveria ser o trabalho com adolescentes dentro da ESF. Ele ressalta sua característica pessoal imediatista e aponta como estratégia trabalhar questões mais preementes, as quais considera ser sexualidade, gravidez e uso de drogas, em suas palavras:

> *...eu sou imediatista, eu penso como se eu estivesse trabalhando numa grande calamidade pública. Tem um grande acidente, você é o médico, você tem um monte de gente para atender e você tem que tentar resolver aqueles que são mais importantes primeiro.*

M5 parece pensar de forma ampla, embasado em sua construção pessoal de trabalho com adolescentes, mas não localiza na comunidade e na USF onde está inserido. Vejamos como explicita sua proposta no trecho abaixo:

> *E assim que eu conseguir estruturar um pouco melhor, espero que a partir do meio do ano, eu vou atacar as escolas, eu vou para as escolas atacar o tema sexualidade, DST e gestação não planejada. Uma segunda coisa que me preocupa muito nessa região, a gente tem um índice de alcoolismo absurdo. Você tem desarranjo familiar aqui por alcoolismo absurdo, e é onde a gente tem que fazer o trabalho. Com quem já está, a gente sabe que se estiver com uma clínica bem feita, tratamento bem-feito, acompanhamento, a gente tem... quando consegue 30, 40% de resgate, é uma maravilha, é um sucesso fantástico. Então não é aqui que eu tenho que atacar, eu tenho que atacar lá em baixo. Eu acho que seriam as duas coisas: drogas e sexualidade. São as duas coisas que eu escolheria para começar a trabalhar.*

Assim, M5 demonstra uma compreensão da relevância de o trabalho ser realizado em parceria com a escola, fazendo uma análise de contexto importante, ao reconhecer que o adolescente não chega até a unidade. Porém, sua proposta continua numa perspectiva clínica, num trabalho denominado por ele de tratamento, ainda muito focado no individual, como bem demonstra o trecho acima. Sua crença de recuperação, de tratamento parece muito médico-centrada, o que é bastante contraditório com sua concepção de saúde e doença e com o sentido construído para a ESF; parece também uma metodologia conflitante com o método de ensino utilizado em sua formação.

NÚCLEO III – FORMAÇÃO DO MÉDICO COM FOCO NAS PESSOAS E ADOLESCÊNCIA ESTUDADA ATRAVÉS DE CASOS NO "PAPEL"

No último século, ocorreram grandes mudanças no conhecimento médico-biológico, pelo desenvolvimento de novas tecnologias, bem como a avaliação de que muitas práticas não eram capazes de atender alguns preceitos definidos pela OMS e princípios que foram se desenvolvendo na ótica da defesa dos direitos humanos, da promoção de saúde, da atenção básica e de um olhar integral sobre o processo saúde doença. Esse panorama mais geral repercute diretamente sobre como a prática médica vinha sendo pensada, impulsionando discussões em vários âmbitos (acadêmico, dos serviços, das políticas de saúde e outros), culminando, em 2001, na aprovação das novas diretrizes curriculares pelo Ministério da Educação para os cursos de medicina. Algumas mudanças começam a ocorrer, buscando a incorporação ao currículo um novo perfil para os profissionais de saúde (generalista, humanista, crítico e reflexivo), numa nova organização do cuidado, de forma a ampliar a concepção de saúde-doença (na perspectiva da integralidade social) que envolva ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (individual e coletivamente), sobretudo nos níveis primários e secundários de atendimento.

Algumas experiências isoladas passam a ser referência para a formação do médico, fundamentalmente quanto à metodologia de ensino que pudesse levar a um olhar diferenciado e contextualizado no campo da saúde. Algumas dessas experiências revolucionaram o modelo de ensino predominante na área, conhecido como a educação bancária[28], passando a utilizar a problematização de casos como estratégias de ensino, o chamado método Problem Based Learning – PBL[29].

O médico analisado formou-se há três anos e seu curso de graduação adotava como metodologia de ensino o estudo de casos baseado em problemas (PBL). É por essa ótica que M5 analisa seu curso de graduação em relação à formação para atuar junto à ESF, e ao estudo sobre adolescência.

Quanto ao embasamento de sua formação para trabalhar junto à ESF, refere ter sido muito boa, já que o método possibilitava o estudo de casos reais, superando a segmentação tradicional da medicina. Nesse sentido, o foco não estava no problema de

[28] Termo utilizado pelo educador Paulo Freire, referindo-se ao modelo de educação cujo foco está no conteúdo, sendo o aluno o depositário do conhecimento e não agente do processo.
[29] Termo explicitado em nota na análise do Núcleo IV de M 6

saúde, mas, nas pessoas que tinham problemas. Essa formação lhe possibilitou construir um sentido pessoal para a ESF, muito focada nas pessoas, na perspectiva da humanização do atendimento e do olhar integral, o que reflete bastante em sua concepção de saúde e doença. Como evidenciamos no primeiro núcleo, a compreensão de saúde e doença construída por M5 considera grandemente o sujeito, o como ele se sente, na definição do estar doente ou sadio. Também percebemos que foca o trabalho na perspectiva da integralidade, ao dizer que aprendeu muito com seus pacientes, considerando o aspecto emocional como um fator importante e o trabalho em equipe.

A perspectiva da integralidade posta por M6 parece estar na ótica do que o texto constitucional coloca: redução do risco de doença e de outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, a questão da integralidade suscita outras discussões, estando para além do acesso universal e igualitário, incorporando a questão do cuidado em saúde como fundamental no cotidiano das práticas em saúde. Portanto, nos parece que esta noção de integralidade ainda é muito cognitiva e racional para M5, mas com indícios de uma práxis, como a que relatou no exemplo citado no primeiro núcleo, sobre a “paciente” fisicamente muito comprometida, mas que se sentia curada. Para melhor compreensão e ilustração do que dissemos, o repetimos neste momento:

> *eu acabei aprendendo com pacientes que me ensinaram muito nessa pouca jornada minha como médico. Eu lembro muito de uma senhora que chama ...., de ...., uma senhora hoje com 68 anos, hipertensa, diabética, hipotiroidismo, obesa, na época, quase mórbida, perda de visão por causa de hipertensão e diabetes 70%, vida familiar atribulada. Mas quando a equipe de saúde da família chegou lá, ela começou a entrar nos grupos, ela começou a participar. Teve a parte médica, que eu melhorei a pressão, melhorei diabetes, controlei a tireóide. Mas quando ela conseguiu se inserir e resgatou amor, carinho, importância que ela poderia trabalhar e divulgar os conhecimentos dela nos grupos que a gente trabalhava, ela, apesar de ter todas essas doenças crônicas e provavelmente vai morrer de uma delas, ela falava: "Dr, o senhor me curou"... Ela não estava doente, ela tomava um monte de remédio por dia, tomava insulina, mas a alegria dela de viver, era uma coisa impressionante!*

Segundo ele, a sua graduação foi muito melhor que alguns cursos de especialização, como podemos constatar na frase a seguir:

> *Depois, a minha linha, que eu segui a minha trajetória estudando só para isso, então, a minha formação, eu acredito que a minha formação de graduação é melhor que qualquer residência médica do país. O que eu fiz na minha graduação, a maioria das pessoas não fez, fez tudo na residência.*

A sua fala nos indica que construiu um sentido de formação muito embasado em uma proposta diferenciada, cuja análise do contexto é colocada como ênfase. Neste sentido, Oliveira et al. (2004) afirma que um dos principais resultados da adoção da metodologia PBL e a inserção precoce dos alunos nos serviços de saúde consistem:

> *Nos alunos vivenciando experiências de trabalho com a comunidade, reconhecendo a USF como local de aprendizagem, produção de conhecimento e transformação da realidade, compreendendo a natureza cooperativa do trabalho de organização, administração e de provisão do cuidado nos serviços de saúde; desenvolvendo práticas educativas e de cuidados terapêuticos individuais, na família e em grupos de clientes, reconhecendo-as como parte do exercício profissional e como medida efetiva, eficiente e eficaz. (p.101)*

Parece-nos que M5 conpartilha do significado do método com os resultados exposto acima, mas ainda considera na construção de sentido, no desenvolvimento de sua consciência, como algo que realmente transcende os problemas evidenciados no modelo de formação anterior. Nesse sentido, construiu uma crítica ao modelo existente e a formação em geral dos médicos. Capozzolo (2003) também aponta em seu trabalho que:

> *Os depoimentos evidenciaram limites na qualificação dos médicos e também dos demais profissionais da equipe para intervir em casos que envolviam complexa dinâmica familiar, problemas emocionais e sociais, e apontaram o insuficiente apoio e retaguarda de outras áreas do conhecimento (p.276)*

Desta forma, em sua análise, M5 avalia que a formação está melhorando com a experiência na ESF, porém, com relação à adolescência, nenhum cuidado é voltado a essa formação, não existindo nada de específico. O pouco contato que teve foram alguns casos no papel, o que o faz entender que a formação é muito falha, que existe uma carência muito grande em relação ao estudo da adolescência, mesmo nos currículos mais modernos, como no seu caso.

> *eles colocavam algumas coisas nos problemas de papel, que a gente chamava, mas ficavam algumas coisas muito vagas. E como a gente, assim, não estava preparado, não estava tão ambientado para acostumar, para trabalhar com o método, a gente talvez teve dificuldade de levantar. Eu acabei levantando muita coisa, eu acabei estudando muita coisa de formação de personalidade, eu li muito, Winiccott por exemplo, que eu achava um autor excelente, que fala dessa formação, de todas essas mudanças. Mas eu não tive uma coisa específica, alguém tentando levar a gente a realmente entender sobre isso, isso não existe. Isso é uma carência, acho, que de todo... no meu currículo médico que eu fiz, que era mais moderninho não tinha, muito menos nas tradicionais! Nas tradicionais é doença, doença, doença!*

Ao pensar sobre a adolescência e sua formação, elenca algumas observações sobre os currículos tradicionais, afirmando que, nestes, a adolescência era tratada como doença, ou que a ênfase está na doença e não nas pessoas. Dessa forma, consideramos evidente o não-lugar da adolescência na formação do médico, mesmo nos currículos e metodologias mais progressistas.

Se observarmos atentamente as afirmações de M5, podemos constatar sua capacidade crítica de análise da realidade, uma construção de mundo que supera o aparente, a formação de sua consciência e de seus pensamentos, materializados em palavras, que nos permitem compreender como entende o mundo, a realidade, a área de saúde, a prática médica e a adolescência. Também nos permite evidenciar um processo, uma construção em constante mudança, mediada pela linguagem, pelo vivido, pelo experienciado. Se a prática ainda não é tão diferenciada, existe uma necessidade proeminente impulsionando para a ação, que tem se resumido momentaneamente no organizar a casa, em compreender o espaço recentemente inserido e vislumbrar mudanças em nível macro, como fica evidente na fala a seguir.

> *A gente precisa de mais gente que façam trabalhos científicos na área, mais gente que tentem se formar para isso, mais gente que tente dar apoio para isso. Mais prefeituras que comprem a idéia e que comecem a trabalhar em cima. Porque, assim, está muito bem posto no papel, o Ministério já colocou isso, só que as pessoas não acreditam. E aí o que acaba faltando? Acaba faltando, mesmo, esforço político. Na verdade, as coisas, falando por força política, por exemplo: em ....., onde eu me criei dentro do Sistema de Saúde lá que estava muito bom, que era o melhor de toda a região Sul, com certeza, no momento em que houve uma transição política, saiu um prefeito que apoiava incondicionalmente as mudanças da saúde e entrou um novo que, apesar que era apadrinhado dele, a Saúde em ..... destruiu. Não existe, lá é uma porcaria hoje. Lá é pior que do que hoje aqui, que está começando, aqui tem um ano que está andando. Então, na verdade, eu acho que precisa de mais pessoas que queiram trabalhar e querem entender e, infelizmente, fica amarrado muito nos políticos, né? Não sei, talvez as pessoas que trabalham no Saúde da Família deveriam, eu acho, que entrar na política (risos)....para ver se a gente consegue porque dinheiro para fazer as mudanças vem de onde? Da política. Talvez, acho que nós, profissionais de saúde da família deveríamos entrar na política: vereador, prefeito, deputado, para tentar fazer a mudança porque se ficar deixando do jeito que está aí, o que acontece? Esse prefeito que está aí agora, apóia, ele perde a eleição, entra um outro que era oposição, desapóia, tudo o que foi construído quebrou! Isso vai até onde, né? É complicado.*

Acreditamos que este profissional tenha ainda uma longa trajetória na busca de implementação de sua compreensão de ESF, e de aprendizado sobre o que adolescência pode significar no cotidiano dos serviços de saúde.

Quanto à adolescência, percebemos em suas falas, que ele não foge à responsabilidade pela população adolescente, mas, de certa forma, nega sua urgência considerando que existem *problemas de maior grandeza... as patologias crônicas, a hipertensão*

*diabética... que causa comprometimento, seqüelas e morte,* e por isso, devem ser priorizados, cabendo atenção ao adolescente só depois de "*colocar a casa em ordem*". Ao mesmo tempo em que aponta a necessidade de os serviços assumirem o papel de formação, o que parece já tê-lo afetado emocionalmente para a ação, como verificamos no trecho abaixo:

> *É isso que eu vou tentar a fazer com meus pupilos, agora, segundo ano, eles vão começar a rebolar um pouquinho mais, que eu vou tentar mostrar para eles o que eu não tive, tentar dar para eles o que eu não tive. Lógico, com as minhas dificuldades porque eu também não tive, vou ter que aprender a lidar com isso, mas eu vou tentar oferecer para eles o que eu não tive.*

De maneira abrangente, podemos dizer que existe um movimento, um processo de construção de sentido para a prática em saúde da família, e que M5 convive com contradições (unidade dos contrários), buscando imprimir seu pensamento à sua prática. Porém, ainda de forma cindida, no sentido colocado por Bock e Aguiar (2003)

> *Desta forma, temos situações em que o indivíduo, mesmo caminhando no processo de apropriação de sua realidade(objetiva/subjetiva) e com isto alterando algumas de suas significações e sentidos, não consegue imprimir uma nova forma de agir, coerente com as novas formas de significação que começam a se esboçar.(...) este indivíduo vive uma situação de cisão entre o pensar, agir e sentir, cisão esta constituída a partir de uma nova configuração, marcada pela tensão entre a possibilidade do novo e a permanência, situação esta que pode (dependendo das condições objetivas/subjetivas) caminhar para sua superação, com o surgimento do novo, com o aumento da potência de ação do sujeito.(p.154)*

Porém, é possível afirmarmos, na análise deste núcleo, que o estudo da adolescência através de casos "no papel" continua atribuindo um não-lugar à adolescência na formação do profissional de saúde. M5 deixou evidente que pouco do que sabe é decorrente de uma busca pessoal. Questionamos ser esse o caminho para uma formação que, de fato, insere a adolescência nas ações integrais de saúde, principalmente dentro da ESF.

### D - Considerações Sobre os Sentidos Construídos por M5

A partir dos pressupostos marxistas e dos constructos da psicologia sócio-histórica (Marx, 1983a; Vigotski, 1995; Oliveira, 2005; Bock, 2007), percebemos um sentido pessoal de saúde e doença mediado e constituído por emoções, pela razão e pela atividade, ou seja, M5 é afetado pela realidade externa, vivencia suas emoções e as

simboliza. Vivencia o processo, construindo um pensamento crítico e uma consciência comprometida com esta emoção e se sente impulsionado para a ação, para atividades que possam transformar esta realidade. Porém, essa ação ainda não se firmou como prática nos serviços de saúde. O processo de desenvolvimento da consciência ainda não se configurou como um salto qualitativo na ação, existindo, portanto, uma cisão entre o pensar e o fazer. ( Vigotski, 1995; Sawaia, 1987)

A ESF tem para ele um sentido impregnado de emoção, sendo considerado sua escolha de vida. Assim, coloca-se como defensor incondicional do modelo e, consequentemente, enfrenta constantemente situações de conflito com outros colegas de trabalho. Cobra um comprometimento que, sob sua perspectiva, os outros nem sempre têm. Constatamos um sentido de ESF que se constitui entre o sentir, o pensar e o fazer. Sendo assim, é afetado por uma realidade, vivencia este sentimento e constrói um sentido, que o implica com a ação transformadora. Porém, é importante ressaltar que, para Vigotski (1999b), as emoções são também construções sociais e históricas, como observamos no trecho a seguir:

> *Por conseguinte, as emoções complexas aparecem somente historicamente e são a combinação de relações que surgem em conseqüência da vida histórica, combinação que se dá no transcurso do processo evolutivo das emoções. (, p.127)*

Novamente, a contradição se põe entre pensar o trabalho na saúde (não fragmentado e/ ou segmentado) e o fazer, quando M5 aponta que o trabalho na USF deve atender as prioridades, segmentando a população usuária e desconsiderando a família como alvo das ações integrais em saúde.

Entendemos que o sentido da ESF para M5 transparece mais como uma elaboração cognitiva e de análise crítica da realidade; entretanto, ainda não se constituiu em práticas transformadoras do cotidiano. Portanto, os sentidos construídos por M5, trazem uma consciência crítica racional, mas uma prática alienada, vivenciando conflitos e confrontos que desenvolvem necessidades e mobilizam para a ação. O processo de M5 parece estar na perspectiva, colocada por Bock e Aguiar (2003), de que em algumas situações o indivíduo caminha no sentido da apropriação de sua realidade, alterando algumas significações e sentidos, mas não consegue imprimir uma nova forma de agir coerente com o sentidos em construção; sendo assim, ele vivencia uma cisão entre o pensar, sentir e agir.

Quanto à adolescência, o sentido está, ainda, muito atrelado à naturalização, universalização e patologização do momento humano significado como adolescência. Ele nega o caráter histórico e os fenômenos sociais relacionados ao lugar que o adolescente tem na sociedade, ao considerá-la como natural e universal e, portanto, independente da época, do grupo ou classe social e vivência concreta, atribuindo naturalidade ao conflito e considerando aquilo que socialmente é significado como sendo adolescente (Gonçalves, 2003). Podemos perceber isso em várias situações de seu discurso, por exemplo, quando diz que gosta de fazer coisas de adolescente. Esta frase nos indica que, em outras idades/fases, não se tem determinados comportamentos e gostos, sendo próprios do adolescente. Portanto, naturaliza e universaliza aspectos sociais da vivência dos adolescentes.

Quanto a sua formação, considera que foi melhor que muitos cursos, com o foco nas pessoas e não na doença, o que contribuiu para a construção de um olhar integral e uma prática humanizada próprias do trabalho do médico. Porém, quanto à adolescência, aponta a ausência quase total no currículo e no estudo de casos; o pouco que a formação lhe possibilitou estudar sobre adolescência foram casos discutidos no papel. Assim, aponta um círculo vicioso, presente no modelo de ensino que adota o método de problematização (PBL), pois o adolescente não chega até a unidade com questões maiores que problemas de saúde pontuais, os alunos não têm acesso a estes casos, não gerando a necessidade de discussão na formação. Portanto, o adolescente não é priorizado nos serviços de saúde, na política e nem na formação.

## 1.3 Enfermeira C

A – Caracterização

Enfermeira C (Enf. C) é solteira, têm 26 anos, exerce a enfermagem há 4 anos. É formada por uma universidade privada, fez residência e especialização em saúde da família. Trabalha há um ano e meio na Unidade de Saúde da Família.

B - Organização do material

Os quadros a seguir apresentam a organização dos pré-indicadores e indicadores; indicadores e núcleos de sentidos, construídos a partir das falas da Enf.C, conforme procedimento descrito no capítulo teórico-metodológico:

| PRÉ-INDICADORES ENFERMEIRA C | INDICADORES |
|---|---|
| 1- equilíbrio entre o social, o psicológico e o físico<br>2- qualidade de vida<br>3- doença: não só no físico.<br>4- interferência do meio de viver<br>5 - condições econômicas e de alimentação | 1- CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA |
| 6 - estratégias para o outro equilibrar a vida<br>7- vigilância em Saúde<br>8- exercício da integralidade<br>9- persiste a cultura médico-centrada/medicalizante<br>10- falta conhecimento | 2 – TRABALHO NA SAÚDE |
| 11- proposta diferente e poderosa de fazer saúde<br>12- trabalhar relação humana e saúde<br>13- gera conhecimento da família e sua história<br>14- gera vínculo<br>15- gera inquietação, comprometimento e implicação no profissional de saúde<br>16- amor e ódio<br>17- reorganização do SUS<br>8- exercício da integralidade<br>18- olhar amplo sobre o indivíduo e a família<br>19- objetivos comuns e redução da hierarquia profissional<br>20- trabalho em equipe<br>21- trabalho integrado (no hospital não tem equipe)<br>22- problematização de prioridades<br>23- trabalho em co-gestão<br>24- universalidade da atenção em saúde<br>25- fundamental trabalhar em equipe<br>26- frustração: não reconhecimento das contribuições | 3– O TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA |
| 27- visita domiciliar: planejamento com novos critérios<br>28- prioridade de atendimento/visitas (questão biológica, o acamado, de difícil adesão ao tratamento, questões sociais, dinâmica familiar)<br>29- tratamento na casa<br>30- reunião com a família inteira<br>31- visita escolar (criança faltando, baixo peso, e outros)<br>32- reunião de equipe: definição de prioridades<br>33- falhas: famílias debilitadas e a priorização de outras<br>34- consulta médica e de enfermagem: alta demanda<br>35- acolhimento<br>36- projeto piloto: diferencial da consulta psiquiátrica<br>37- trabalho com grupos (caminhada, corpo e mente, insulinos dependentes, bebedente, gestantes e infantil)<br>38- dinâmica de trabalho: várias atividades | 4 - COTIDIANO DE TRABALHO NA USF |
| 39- equipe básica (médico, enfermeiro, dentista, 2 auxiliares de enfermagem, auxiliar de odontologia e 6 agentes comunitários)<br>40- equipe matricial<br>41- equipe da residência multiprofissional (enfermagem, medicina e odontologia)<br>42- reunião de equipe: orienta o trabalho<br>43- gestão co-dividida<br>44- planejamento<br>45- agente comunitário direciona o trabalho | 5 – TRABALHO EM EQUIPE NA USF |
| 46- período de transformações (biológicas e psicológicas)<br>47- faixa etária indefinida<br>48- período de conflito<br>49- comparação/identificação com o outro<br>50- insegurança<br>51 - carência<br>52- solidão | 6 – COMPREENSÃO DE ADOLESCÊNCIA |
| 53- experiência como adolescente<br>54- descoberta própria<br>55- relatos de outros adolescentes<br>56- facilidade com adolescentes<br>57- catequista de adolescentes<br>58- embasamento familiar: pais abertos | 7 – ADOLESCÊNCIA E HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL |
| 59- graduação: projetos em escolas<br>60- adolescência da literatura<br>61- insegurança (medo do que falar e de como trabalhar)<br>62- estrutura/desestrutura familiar: influencia no futuro do adolescente | 8 - ADOLESCÊNCIA E HISTÓRIA DE VIDA PROFISSIONAL |

| | |
|---|---|
| 63- tentativa de estruturação do trabalho: conflito | |
| 64- doença: sentir-se perdido<br>65- desestrutura familiar<br>66- solidão<br>67- pouca comunicação (família, escola e profissionais de saúde)<br>68- depressão, ansiedade e desânimo<br>69- falta de perspectiva<br>70- doenças tabagistas, drogadição<br>71- falta de estímulo à educação<br>72- gestação na adolescência<br>73- saúde:o biológico, contexto e condição social | 9- SAÚDE/DOENÇA NO ADOLESCENTE |
| 74- indiferença: não dar atenção ao profissional<br>75- desconfiança<br>76- desconhecimento do adolescente<br>77- falta colaboração/apoio dos pais<br>78- diferença de abordagens com meninos e meninas<br>79- USF não é referência<br>80- falta preparo/capacitação adequados<br>81- gestão: imposição de trabalho<br>82- faixa etária muito significativa no Brasil | 10 - TRABALHO COM ADOLESCENTES: DIFICULDADES PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE |
| 83- teoria: instrumento importante para viabilizar ações ao adolescente<br>84- prática: necessidade do trabalho (adolescência e planejamento familiar)<br>85- cobrança vertical e baixa demanda<br>86- despreparo dos técnicos<br>87- abertura para planejar o trabalho<br>88- base deve ser o grupo<br>89- trabalho tem que ser dinâmico<br>90- considerar a vontade/necessidade dos adolescentes | 11 – ADOLESCÊNCIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA |
| 91- envolvimento com a comunidade<br>92- responsabilidade com os agentes comunitários<br>93- olhar mais integral<br>94- facilidade enxergar pela linha do cuidado (formação)<br>95- o médico: formação mais biológica<br>96- conflito entre a gestão e a assistência | 12 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DE SAÚDE ENFERMEIRO |
| 97- nenhum embasamento (graduação)<br>98- faltou reflexão sobre a prática<br>99- método (PBL): adolescência ficou falha<br>100- residência: não aprendeu<br>101- estudava gravidez na adolescência<br>102- estudava uso de drogas por adolescentes<br>103- projeto na especialização sobre adolescência | 13 – ADOLESCÊNCIA E FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ENFERMEIRO |
| 104- voltada para saúde da família<br>105- focada no social<br>106- possibilitou aprender a trabalhar | 14 – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO |
| 107- identificação com história de vida<br>108- sentimento de amor e ódio<br>109- assistência e caridade<br>110- proximidade e conhecimento: história familiar<br>111- possibilidade de mudança<br>112- exercer integralidade em saúde<br>113- olhar amplo e singular<br>114- identificação: trabalho com pessoas carentes e desvalidas<br>115- confusão: articulação saúde e carência<br>116- resgate de escolha profissional frustrada<br>117- enfermagem: sensibilização pela ESF | 15 – CONSTRUÇÃO DE SENTIDO DA ESF |

Indicadores e Núcleos de Sentido da Enf.C

| INDICADORES ENFERMEIRA C | NÚCLEOS |
|---|---|
| 1- Concepção de saúde e doença | NÚCLEO 1 – A ESF COMO POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO DA INTEGRALIDADE E DE IMPLICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE. |
| 2- Trabalho na saúde | |
| 3- O trabalho na saúde da família | |
| 4- Cotidiano de trabalho na USF | |
| 5- Trabalho em equipe na USF | |
| 10- Trabalho com adolescentes: dificuldades para o profissional de saúde | |
| 12- Estratégia de Saúde da Família e o profissional de saúde enfermeiro | |
| 14- Estratégia de Saúde da Família e a formação do enfermeiro | |
| 15- Construção de sentido da ESF | |
| 6- Compreensão de adolescência | NÚCLEO 2 - ADOLESCÊNCIA NATURALIZADA, UNIVERSAL E CONTEXTUALIZADA: CONTRADIÇÕES DECORRENTES DAS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS |
| 7- Adolescência e história de vida pessoal | |
| 8- Adolescência e história de vida profissional | |
| 9- Saúde/doença no adolescente | |
| 1- Concepção de saúde e doença | |
| 10- Trabalho com adolescentes: dificuldades para o profissional de saúde | |
| 11- Adolescência e estratégia de saúde da família | |
| 13- Adolescência e formação do profissional de saúde enfermeiro | |
| 2- Trabalho na saúde | NÚCLEO 3 – FORMAÇÃO MUITO FOCADA NA ESF E A EVIDÊNCIA DO NÃO LUGAR DA ADOLESCÊNCIA |
| 3- O trabalho na saúde da família | |
| 6- Compreensão de adolescência | |
| 8- Adolescência e história de vida profissional | |
| 10- Trabalho com adolescentes: dificuldades para o profissional de saúde | |
| 11- Adolescência e estratégia de saúde da família | |
| 12- Estratégia de Saúde da Família e o profissional de saúde enfermeiro | |
| 13- Adolescência e formação do profissional de saúde enfermeiro | |
| 14- Estratégia de Saúde da Família e a formação do enfermeiro | |
| 15- Construção de sentido da ESF | |

C-Análise dos Núcleos de Sentido Enf.C

NÚCLEO I - A ESF COMO POSSIBILIDADE DE EXERCÍCIO DA INTEGRALIDADE E DE IMPLICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

A saúde enquanto categoria social tem sofrido modificações em sua compreensão nos últimos tempos, como decorrência da definição pela Organização Mundial de Saúde e também pela introdução da noção de integralidade pressuposta com o Sistema Único de Saúde. Portanto, a superação da noção de que saúde é ausência de doença pela dependência dos aspectos biológicos, sociais e psicológicos, de forma integral, tem levado os profissionais de saúde a desenvolver uma representação de saúde e doença muito particular, ao construírem sentidos baseados em suas experiências de vida e de trabalho.

Analisando o discurso da Enf. C sobre o que significa saúde e doença, percebemos que considera o equilíbrio entre o social, o psicológico e o físico. Entende que a doença

se relaciona com não estar “legal” e que o contexto tem grande influência neste sentir-se bem ou mal. Atrela esse estado às condições de ter o que denomina qualidade de vida.

Ao considerar saúde como qualidade de vida, entende que o trabalho na área deve ter como princípio o exercício do papel de vigilância em saúde, proporcionando estratégias que possibilitem ao outro equilibrar sua vida da melhor maneira possível.

> *...é ter qualidade de vida, é você falar: “minha vida vale a pena, eu tenho saúde, então. Minha vida vale a pena, eu sou saudável”. É a saúde física estar legal, é poder estar equilibrada a saúde física, poder estar equilibrada a sua mente, você não estar tão estressado, não tão acomodado. É você ter recursos para ter uma qualidade de vida, é você estar... ter um emprego, ter o mínimo de educação possível para poder refletir sobre a vida, filosofar um pouco, ter um pouco de educação. É... se socializar bem, é ter amigos, é poder não se sentir sozinho. Eu acho que é um equilíbrio.*

A perspectiva da vigilância em saúde indica que o trabalho se direciona para a prevenção, estando o foco no cuidado. Apesar de ter construído este sentido para o trabalho em saúde, ao voltar-se para o cotidiano, a Enf. C, em seu discurso, parece retirar a autonomia do sujeito usuário do serviço de saúde sobre seu processo de saúde e doença, indicando que as estratégias para que ele consiga equilibrar sua vida deve vir dos serviços de saúde. Sua noção de integralidade parece estar relacionada apenas à superação do modelo médico biológico e não a uma maneira mais ampla, que contempla o sujeito, o cidadão.

Integralidade é entendida por vários autores (Pinheiro e Mattos, 2005; Mattos, 2006; Merhy, 2006 e outros) como um conceito polifônico e polissêmico, com muitos significados, sentidos e vozes. Nos últimos anos, em virtude das dificuldades de sua realização no cotidiano, tem sido alvo de discussões e aprofundamentos, tendo como um dos fundamentos que ela se faz pela ótica do cuidado. Segundo Teixeira (2007) *Em suma, o foco está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração.(p.93)*

Assim, integralidade, para além do texto constitucional e da regulamentação do SUS, tem possibilidades várias de ser entendida. Ayres (2007) destaca a ótica do cuidado que se faz pelo diálogo, pela escuta que considere os sujeitos como participantes do compromisso de busca e desenvolvimento de projetos de se viver bem, com qualidade de vida, com felicidade.

Nessa perspectiva, apontamos que Enf. C parece conceber o usuário como sujeito ativo deste processo, mas em parte, pois não aponta, por exemplo, que as estratégias devam ser pensada conjuntamente, o que, de certa forma nos indica uma compreensão

de trabalho na saúde com características de tutela ao usuário, retirando-lhe, de certa forma, a autonomia e responsabilizando somente os serviços de saúde, como podemos captar na fala abaixo.

> *Então, é proporcionar... proporcionar saúde para o outro é proporcionar estratégias para que ele consiga equilibrar a vida dele da melhor forma possível..*

Num primeiro momento, parece-nos importante uma profissional de saúde que traz para si e para o serviço de saúde a responsabilidade pelo cuidado, para o desenvolvimento de estratégias que ajudem o usuário. Porém, se observarmos os princípios preconizados pelo SUS, a prevenção é entendida como uma ação que envolve vários atores sociais (os profissionais de saúde, os agentes comunitários, e a comunidade, o usuário do serviço). Essa compreensão se baseia no princípio da integralidade, na perspectiva apontada por Pinheiro e Guizardi (2006) de que esta deve ser apreendida como ação integral que contempla uma noção de cuidado e que trata do encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações em saúde, produzindo relações de acolhimento, respeito, dignidade e vínculo.

O sentido para o trabalho em saúde que a enfermeira construiu aponta uma visão humanizada, uma preocupação grande com o cuidado, mas ainda não vê o usuário como alguém que também pode e deve se responsabilizar por sua saúde, principalmente na prevenção. Provavelmente, essa maneira de compreender o usuário seja decorrente da formação em enfermagem que, geralmente, traça duas linhas de ação ao profissional, sendo a assistência em enfermagem e a gestão dos serviços. Esta suposição encontra respaldo em outros momentos de seu discurso, quando afirma gostar e querer ficar mais na assistência do que na gestão da USF.

> *Mas a enfermeira é um conflito muito grande no saúde da família, é muito complicado porque a gestão, muitas vezes, pede um enfermeiro gerencial e a Saúde da Família pede um enfermeiro assistencial, e eu quero ser uma enfermeira assistencial, quero fazer a gestão junto com a dentista e a médica, como tem que ser*.

> *Enxergar a linha do cuidado, ela tem uma facilidade maior, minha faculdade deu uma possibilidade disso, então a enfermeira tem uma importância nisso, de estar acompanhando os casos, de estar prestando assistência de Enfermagem, o cuidado direto, mesmo, a pessoa, fazer a consulta dela no sentido... os diagnósticos de Enfermagem são bastante amplos. Então, tanto a questão assistencial direta mais o plano de cuidado, a gente consegue montar diagnósticos de equipe, então, o que cada um deve fazer, prescrever.*

No entanto, ela cobra do usuário uma responsabilização, um comprometimento maior, quando fala dos pais dos adolescentes usuários de drogas. Afirma veementemente que estes não querem se comprometer. Parece-nos existir um descompasso entre como pensa estratégias de promoção de saúde e a intervenção em situações pontuais, por solicitar uma responsabilização do usuário em problemas de saúde de difícil solução. Parece não entender da mesma forma quando se refere a pensar estratégias para que a pessoa encontre o equilíbrio em sua vida. Fica evidente que a concepção de saúde e doença construído por Enf. C teoricamente contempla a noção de integralidade, mas ainda não consegue visualizar esta ação no cotidiano dos serviços de saúde.

O mesmo observamos em relação à ESF, cuja compreensão está permeada pela noção do cuidado, humanização, eqüidade, de possibilidade de exercício da integralidade da assistência. A sua construção de sentido sobre a ESF passa pelo cuidado, pela assistência, mas é também muito emocionado, arraigado em sua história, em suas crenças anteriores, de fundo cristão, como exemplificam os trechos abaixo.

> *Aí tinha... eu trabalhava numa favela, tá? No Vila ....., e aí eu comecei a ver que tinha muita coisa para se fazer de projeto social, de... as pessoas precisavam de você, o pouquinho que você fazia, que você ouvia, você sentia que era uma população carente de afeto, carente de dinheiro, carente de tudo, e eu gostava de trabalhar lá, eu gostava de ir lá. E... eu não sei por que razão, assim, eu gostava... Eu trabalhava com desvalidos, no projeto da igreja, eu sempre gostei, minha mãe fazia sopão, essas coisas. E eu vi que a Saúde da Família tinha uma proposta diferente de fazer saúde, podia fazer... muito a questão de trabalhar com relação humana e saúde, eu vi que a pessoa ficava doente, não simplesmente por falta de médico, por falta de remédio, mas por vários fatores. E aí misturou várias coisas na minha cabeça, eu queria ser meio que... trabalhar, articular isso, a população carente, garantir a saúde, né? Eu fui aprendendo. E aí a saúde da família foi o que mais trouxe, no hospital eu me frustrei, tem aqueles projetos de humanização, mas já humaniza SUS, Hospital Amigo da Criança, que eu trabalhei, mas eu não conhecia a família lá. Eu sempre gostei de saber a história familiar, e tal, ir na casa, adoro ir na casa, entrar, sentar, conversar."*

> *Para mim, eu amo a saúde da família. Eu acredito que não é a solução pro SUS totalmente, eu acho que precisa de várias mudanças, mas é... como fala? Como o próprio nome diz: uma estratégia para tentar reorganizar um Sistema Público de Saúde que no papel é lindo, a integralidade da assistência, para mim, a saúde da família é uma possibilidade de exercer a integralidade da assistência, olhar o indivíduo de uma forma mais ampla, mais singular, olhar a família de uma forma mais singular, procurar... é o facilitador no sentido de gerar eqüidade, é..."*

Ficam evidentes na construção do sentido de trabalho em saúde da enfermeira, os preceitos do SUS e da ESF, indicando conhecê-los bem, mas muito permeados pela noção de assistência decorrente de sua história de vida e de formação. Esta assistência

em enfermagem parece um pouco conflitante para a enfermeira, incluindo a noção de cuidado, mas também de assistencialismo (permeado por uma compreensão com raízes na idéia cristã de caridade).

Esta visão permeada por valores humanos emancipatórios, ao mesmo tempo caritativos, dificulta a prática cotidiana da Enf. C, pois o princípio da integralidade se constrói em valores que permeiam as práticas cotidianas. Como nos aponta Gomes *et al*.(2007), *as práticas em saúde podem ou não apontar para a integralidade, dependendo dos valores que circulam o cotidiano dos serviços e de quais são abraçados, ou melhor dizendo, corporificados pelos profissionais" ( p.22)*

Compreende a ESF como uma possibilidade de conhecimento da família, de estabelecimento de vínculos, e menciona gostar muito dessa proximidade, de poder ir à casa das pessoas, entrar, sentar, conversar. Por outro lado, aponta que essa proximidade causa inquietação, comprometimento e implicação do profissional. Fica evidente que, para ela, trabalhar na Estratégia de Saúde da Família tem um sentido de implicação maior que em outros espaços da saúde, pois a aproximação gera um envolvimento do profissional, obrigando-o a olhar de maneira mais singular para o usuário, o que, consequentemente, gera um conhecimento maior sobre a dinâmica e a história familiar, como fica claro nos trechos a seguir:

> *Eu sempre gostei de saber a história familiar, e tal, ir na casa, adoro ir na casa, entrar, sentar, conversar.*
>
> *...gera conhecimento da família e gera inquietação, com a saúde da família é estressante trabalhar porque não é simplesmente você medir a pressão do usuário, que nem numa Unidade Básica, ou um hospital. "Ah, tchau, se cuida, diminui o sal". Mas você fica inquieta quando essa pessoa passa a vir sempre aqui com o mesmo nível de pressão e fala. "Ah, não é simplesmente a alimentação", então gera... o saúde da família, ela é chata também, para o profissional também porque ela gera várias inquietações, várias frustrações e várias empolgações, você ama e odeia ao mesmo tempo.*

Na visão sócio-histórica entende-se que o sujeito é afetado pelo mundo e vivencia essa experiência com muitas possibilidades de sentidos, construindo seu mundo psicológico ao mesmo tempo em que interfere no mundo, pela atividade e mediação da linguagem. Para Vigotski (2001a) os afetos são estados corporais que aumentam ou diminuem a capacidade do corpo para a ação.

Relacionado a esse entendimento, identificamos na história de vida e de escolha profissional uma frustração, que parece ter sido canalizada e significada na enfermagem. Sendo assim, é na assistência em enfermagem que a Enf C encontra

sentido para suas necessidades. Sendo este o trabalho que a mobiliza, a ESF é significada por ela como uma realização pessoal.

Como *todo pensamento tem por trás uma tendência afetiva e volitiva* (Vigotski, 2001a, p.479), percebe-se que na compreensão do trabalho de enfermagem junto à ESF, a enfermeira manifesta suas necessidades de trabalho como uma diplomata, desejos de uma realização profissional, motivações, afetos e emoções que foram frustrados ao não poder cursar a faculdade escolhida, como ilustram os trechos abaixo.

> *E eu passei em relações internacionais na ....., em ....., só que por questões financeiras eu não fui fazer. E aí foi muito frustrante na época porque eu sempre sonhei em ser diplomata, trabalhar com organizações e tal, projetos sociais, e eu passei, fiz minha parte, mas não tinha condições de meus pais me manterem em ..... E aí eu fiz a Enfermagem e....eu tinha no primeiro ano de faculdade esse dilema, descobrir o que a enfermeira podia fazer, qual era o campo de ação, tentar trazer um pouquinho da... de... do projeto social, relações humanas, fazer um pouquinho desse trabalho na enfermagem.*

Os sentidos, geralmente, são necessidades ainda não realizadas que mobilizam o sujeito para a ação (Aguiar e Ozella, 2006) e, portanto, a ESF ganha um sentido de trabalho em projeto sociais, de relações humanas, quase diplomáticas. De certa forma, a Enf. C parece realizar-se neste trabalho, encontrando no cotidiano da saúde da família um espaço para reconstruir significados e novos sentidos para suas necessidades.

Nesse cotidiano, ela indica entender o trabalho em equipe como primordial, por possibilitar a problematização das prioridades, superando, de certa forma, a hierarquia profissional. O trabalho em equipe para ela tem um sentido de co-gestão, onde discute, prioriza, planeja e executa procurando sempre superar as falhas.

> *...se trabalha na co-gestão, procura-se trabalhar, então, enfermeiro, médico e dentista são responsáveis pela gestão dos outros profissionais e ajudam a problematizar com a equipe as prioridades. A gente procura trabalhar com planejamento, diagnóstico de área, trabalhar com a produção mensal, que a gente faz e trabalhar com visitas, trabalhar com o trabalho dos agentes das famílias. É... a gente trabalha oito horas diária, tem um horário noturno que a gente atende trabalhador e escolar, que é nas quartas-feiras à noite.*

A hierarquização profissional no contexto dos serviços de saúde tem sido considerada por alguns autores (Mattos, 2006, Gomes, et al., 2007) um empecilho para a integralidade e trabalho em equipe, como nos aponta Gomes et al.:

> *O que se percebe em grande parte das unidades de saúde e hospitais é uma simples justaposição de diferentes profissionais, a existência de uma hierarquia bem sedimentada e extremamente rígida, que manteve a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde do usuário característico do modelo biomédico que se pretende superar. Esse fracionamento do cuidado se apresenta como um empecilho substancial para práticas de integralidade nos serviços, uma vez que a produção de relações que superem fragmentação*

> *da relação com o outro é um ponto determinante para que tais práticas se efetivem" (2007, p.19-20)*

Em seu cotidiano, a enfermeira indica compreender que a superação deste empecilho está ocorrendo, e entende ser este um importante caminho para a efetivação do SUS.

Para a Enf. C a visita domiciliar, como já citado anteriormente, é fundamental, por possibilitar conhecer as famílias, estabelecer vínculos e implicar o profissional. Ao retratar essa atividade em seu cotidiano, demonstra um processo em construção, uma atividade repensada constantemente, que apresentam falhas, mas também uma assistência, um cuidado com as famílias para além do aspecto biológico.

O sentido da visita domiciliar para a Enf. C e sua equipe contempla um cuidado com os acamados, com aqueles que precisam de curativo, mas também com as pessoas que têm uma difícil adesão ao tratamento, por questões sociais, por identificarem que a dinâmica familiar está causando adoecimento; e também se preocupam com uma queixa escolar, com o não-ganho de peso da criança. Este entendimento é sempre mediado pelo agente comunitário, que segundo ela, é a base para a equipe, que procura trabalhar com o trabalho do agente, já que este é quem tem a função primordial da visita.

Parece existir uma contradição em sua fala, entre o que a equipe discute, planeja e o que de fato ocorre cotidianamente, principalmente quando aponta que existem falhas, por decorrência de o trabalho ser direcionado pelo agente comunitário, como ilustra o trecho a seguir.

> *A gente levantou tudo, está na parede lá, a gente discute um pouco na reunião de equipe também, tem uma meia horinha que a gente discute quem vai visitar quem e qual é a área que está sendo mais coberta, qual é a prioridade, a gente levanta. Ainda, existe bastante falha, existem famílias debilitadas, a gente acaba priorizando outras que não eram tão importante, mas a gente parte dos agentes que, obrigatoriamente, é função fazer uma visita mais direta, mais contínua, eles trazem a demanda: "Olha, aquela família não está legal, queria que fosse ver", "Aquela pessoa está fazendo tal coisa, acho que vale a pena" e, geralmente parte deles. Na segunda vez, parte da gente aqui dentro. A gente fala: "Não adianta tratar quem precisa ir na casa.*

De certa forma, a enfermeira culpabiliza o agente comunitário pelas falhas, ao mesmo tempo em que exacerba a importância da equipe, incluindo o agente comunitário. Na perspectiva marxista, podemos apontar a unidade dos contrários como elemento fundamental na construção do pensamento da Enf. C, estando a contradição no bojo do desenvolvimento da consciência. Entretanto, existe uma cisão entre o pensar, sentir e agir (Sawaia;1987), com um entendimento subjacente de que a equipe são os

profissionais de saúde não incluindo diretamente o agente comunitário, ficando ele como um apêndice.

Da mesma forma, aponta que a inclusão da saúde mental na discussão de equipe provoca mudança na dinâmica de trabalho e a impulsiona a rever suas estratégias. Nesse aspecto, a enfermeira parece ter construído um sentido subalterno para o trabalho do agente comunitário, por decorrência das experiências cotidianas vivenciadas, ao mesmo tempo que aponta para um processo de mudança em que o confronto e o enfrentamento provocam transformações nesta prática.

Também indica falhas nos trabalhos com grupos, apontando que a maioria deles está sendo repensada, reorganizada ou se iniciando, como no caso do grupo de adolescentes, que teria início no dia da nossa entrevista. Aponta outra falha da equipe com relação ao planejamento familiar. Sugere que o problema foi levantado junto ao grupo de gestantes, no momento parado, mas que possibilitou avaliar que não adiantava trabalhar com a gestante se estavam falhando no planejamento familiar. Isso significa, na prática, que a busca pelo contraceptivo ocorre por demanda espontânea, não existindo qualquer trabalho de sensibilização por parte da equipe.

Tal como aponta problemas no trabalho dos agentes, também indica um entendimento de que a equipe falha no planejamento das ações, quando confronta a prática dos grupos com o preconizado pelo SUS e pela ESF, segundo o qual o foco do trabalho deve estar na prevenção. Ao mesmo tempo, lembra que a dinâmica de trabalho da equipe envolve várias atividades.

Pelo sentido que a ESF tem para ela e pelo que de fato consegue desenvolver cotidianamente, a Enf.C parece vivenciar conflitos cotidianos - a contradição entre o pensar, sentir e agir. Parece canalizar este conflito para a reunião de equipe, problematizando e discutindo os encaminhamentos com o grupo. Porém, nem sempre visualiza a efetividade dessas discussões.

> *A gente levantou tudo, está na parede lá, a gente discute um pouco na reunião de equipe também, tem uma meia horinha que a gente discute quem vai visitar quem e qual é a área que está sendo mais coberta, qual é a prioridade, a gente levanta(...)Ainda, existe bastante falha, existem famílias debilitadas, a gente acaba priorizando outras que não eram tão importante.*

O mesmo parece ocorrer com relação à gestão da USF: ela afirma que existe a co-gestão, mas aponta que prefere ficar na assistência.

> *Quando eu cheguei aqui, teve bastante resistência quando eu cheguei, muita! E eles colocaram uma expectativa grande em mim, como a enfermeira que iria reorganizar a Unidade, que eu ia ser a única e exclusiva responsável pela Unidade e aí quando eu comecei a jogar a questão de querer aprender com os outros e poder contribuir e discutir casos, que eu não ia resolver nada sozinha, que a gente tinha que resolver juntos, tinha que cutucar, que tinha que problematizar, eles não gostavam. Então eu chorei muito*

> *Eu falei que eu vou fazer um trabalho de mestrado sobre isso. Mas a enfermeira é um conflito muito grande no saúde da família, é muito complicado porque a gestão, muitas vezes, pede um enfermeiro gerencial e a saúde da família pede um enfermeiro assistencial, e eu quero ser uma enfermeira assistencial, quero fazer a gestão junto com a dentista e a médica, como tem que ser.*

Para ela, o trabalho do enfermeiro na ESF é fundamentalmente no envolvimento com a comunidade, por ter, dada a sua formação, a possibilidade de acompanhar casos, prestar assistência de enfermagem e o cuidado direto. Construiu o sentido da enfermagem, como a profissão que tem a possibilidade de um diálogo mais amplo e de um olhar mais integral. Assim, o trabalho do enfermeiro, para ela, tem como diferencial do trabalho do médico o fato de ele observar pela linha do cuidado, conseguir montar diagnóstico de equipe (o que cada um deve fazer). Enquanto o médico tem uma formação mais biológica, o enfermeiro tem a formação mais humanística. Parece-nos que a Enf. C, no subtexto, ainda mantém um elo com a visão tradicional da assistência, ao indicar que o enfermeiro é quem tem mais condições de enxergar pela linha do cuidado. Ela parece não ter superado a segmentação profissional ao se referir ao cuidado.

> *a enfermeira, para mim, no saúde da família, ela tem que se envolver com a comunidade, tem que ser direta, ela não pode ficar na gestão. Ela tem que ter as consultinhas dela, ela tem que ter um olhar mais amplo porque o médico, quer queira, quer não, a formação é mais biológica, a enfermagem consegue colher uma história melhor, no sentido mais integral.*

Assim, a Enf. C pensa o trabalho na perspectiva da integralidade, do cuidado, mas a aproximação com o cotidiano, em seu pensamento, descola a prática da perspectiva integral. O pensamento cindido mostra que a práxis não existe no sentido construído por Enf. C. Entretanto, indica a possibilidade de que ocorra, uma vez que a participante da pesquisa apontou, em vários momentos, a necessidade de refletir junto com a equipe os problemas que vivenciam.

## NÚCLEO II - ADOLESCÊNCIA NATURALIZADA, UNIVERSAL E CONTEXTUALIZADA: CONTRADIÇÕES DECORRENTES DAS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS.

A relação entre adolescência e saúde, entre saúde do adolescente e políticas públicas são aproximações recentes que passaram a ocupar o cenário brasileiro com maior vigor nos anos de 1980 e 1990. Essa preocupação passa a ser marcadamente maior após a promulgação da Constituição de 1988, principalmente com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que, além de garantir os preceitos do SUS, ainda os colocou como prioridade absoluta na elaboração e execução de políticas públicas.

Infelizmente, essa preocupação ainda não se efetivou no campo social, e na saúde é bastante negligenciado, como pudemos evidenciar nos dados apresentados no Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007 (Waiselfisz, 2007). Se observarmos a trajetória do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), implantado em 1989 e em vigor até recentemente, constataremos a negligência mencionada, principalmente do ponto de vista das políticas públicas e da formação dos profissionais de saúde. Esta deficiência do sistema de saúde é também apontada por Ayres e França Jr. (2000) quando afirmam:

> *não são comuns serviços de saúde que dispõem de trabalho voltado especificamente para a população adolescente, com suas necessidades, particularidades e seu modo todo particular de procurar e utilizar a assistência à saúde. Mais raros ainda, são aqueles que entendem esse tipo de trabalho na perspectiva médico-sanitária, isto é, que se ocupam da dupla dimensão, individual e coletiva, em que a saúde do adolescente se configura como questão.* (p. 66)

Diante desse quadro e lembrando que a partir de 2007 uma nova proposta de Política de Saúde do Adolescente foi aprovada pelo Conselho Nacional de saúde (CNS), analisaremos como a Enf.C, recém-formada na perspectiva da ESF como foco principal, construiu o sentido de adolescência e de trabalho com esta população.

A adolescência é entendida por Enf.C como um período de transformações biológicas e psicológicas, nomeadas por ela de conflito, insegurança, carência e solidão. Grande parte dos atribudos mencionados por ela parece ficar na ordem do psicossocial.

> *Olha, adolescência é uma coisa muito... é meio nó, é meio que atração hoje(....)é um período de transformação, eu vejo os adolescentes como um período de transformação do corpo, do biológico, que muda, a questão hormonal, a questão do corpo, de aparecer a mama, de aparecer os pêlos pubianos, mas é período de transformação na questão*

*psicológica da pessoa, do momento que ela quer adquirir responsabilidade, ao mesmo tempo não quer assumir, quer curtir a vida, quer ser criança ainda, é um período que é difícil porque faz muito tempo que eu não vejo. Mas o que eu entendo, é um período que compreende a criança tentar transformar sua vida, de responsabilidade, querer ser independente, de buscar respostas para suas dúvidas, é querer fazer parte de um meio social, é querer se encontrar com seus amigos, e querer fazer parte, não simplesmente da família. Compreende o momento do que ele vai querer ser como adulto, de relacionar com outro sexo.*

Entretanto, não vincula as mudanças psicológicas ou sociais às biológicas, mas, sim, a algo externo ao sujeito. Por exemplo, atribui as mudanças psicológicas ao fato de a pessoa adquirir responsabilidade e, ao mesmo tempo, não querer assumir, mas continuar sendo criança e curtir a vida. Esse sentido mais voltado para o psicossocial parece ser uma construção baseada em sua história de vida, nos conflitos vivenciados por ela e, também, no que percebia no trabalho com adolescentes no grupo ligado à igreja. Inicialmente, entendemos que ela não atrela o conflito, a insegurança, carência e solidão a uma natureza humana, na perspectiva desenvolvimentista.

*A gente entra em conflito: "Ai, gente, ao mesmo tempo eu quero fazer isso, eu não quero fazer aquilo. Eu gosto da minha mãe, mas eu sinto raiva dela" É... "Eu gosto da minha irmã, mas ao mesmo tempo eu tenho ciúmes" "Minha amiga não gosta de tal, eu estou gostando de tal paquerinha" e aí meu corpo... eu tinha, eu tenho a mama grande, eu tinha que aceitar que eu tinha a mama grande em relação aos outros, ser uma menina alta em relação às outras, complexo de inferioridade, de você querer se comparar com os outros,*

A Enf. C parece ter vivenciado em sua adolescência situações que a deixavam insegura consigo mesma e em relação aos outros, conflitos existenciais decorrentes do seu momento de vida, de seu lugar social e referência cultural. Podemos inferir que o desenvolvimento da autoconsciência e autonomia, foi facilitado em seu processo de construção de sentidos sobre o mundo, sobre seu contexto e realidade.

No entanto, a contradição fica evidente, quando Enf. C fala da adolescência de outros, como também da solidão, entendendo-a como própria da adolescência. A partir de sua experiência, naturaliza e universaliza um sentimento decorrente de suas descobertas, generalizando-o para toda a adolescência, como evidenciam as frases a seguir,

*o adolescente vai criando seu próprio mundo, suas verdades, não têm com quem partilhar, partilham com os amigos que vivem, em grande parte, a mesma vida*

*só descobri que ficava menstruada, quando menstruei com 11 anos de idade, queria morrer!*

*comecei a descobrir comigo mesma, não tive ninguém que me ensinasse*

*olhando pra gente que ai a gente olha os outros*

*eu acho que isso é bem da adolescência, você enfrentar essas coisas. E aí eu vi na faculdade que era bem isso, os relatos com os adolescentes.*

Evidenciamos, desta forma, a contradição em seu pensamento, que está carregado de emoções decorrentes de sua própria adolescência. Assim, parece constituir-se uma necessidade para ela naturalizar os conflitos, o que se torna mais confortável explicar sua vivência, já que entende que sua família lhe deu todo respaldo, como indica a frase abaixo.

*Então, eu tinha uma idéia, eu acho que meus pais me deram bastante berço no sentido de embasamento, sempre foram bastante abertos, de conversar, e eu percebi o que era isso.*

Vigotski (2001a) já apontava para essa relação intrínseca entre pensamento e emoção:

*O próprio pensamento não nasce de outro pensamento, mas do campo da nossa consciência que o motiva, que abrange os nossos pendores e necessidades, os nossos interesses e motivações, os nossos afetos e emoções. (479.)*

Parece-nos claro que o sentido de adolescência construído por ela é permeado pelas contradições decorrentes da internalização dos valores pressupostos em sua vida pessoal, do aprendido e vivenciado em sua formação profissional e da simbolização de sua própria adolescência. Desta forma, percebemos que naturaliza e universaliza a adolescência, considerando que existem conflitos e emoções próprias da adolescência; ao mesmo tempo, contextualiza e atribui à família certa responsabilidade pelas dificuldades que o adolescente vivencia. Como nos lembra Friedman (1995)

*Os sentidos pessoais referem-se a enlaces ou relações atribuídas às palavras no confronto entre as significações sociais vigentes e a vivência pessoal. Estão dessa forma ligados a momentos e situações dadas, a motivos e afetos, ás atividades e experiências particulares vividas pelos sujeitos, que processam e transformam os significados e são capazes de articular uma consciência e um comportamento com maior ou menor grau de crítica em relação à interpretação ideológica da realidade (p.137)*

Portanto, só podemos compreender o sentido de adolescência construído pela Enf. C, se considerarmos a contradição como constitutiva do pensamento, do desenvolvimento da consciência, assim como emoção e linguagem. Aguiar e Ozella (2006) referem-se à compreensão de significado e sentido como constituídos pela unidade contraditória do simbólico e do emocional.Também Vigotski (2001a) lembra

que: *A compreensão efetiva e plena do pensamento alheio só se torna possível quando descobrimos a sua eficaz causa profunda afetivo-volitiva (p.479-480)*

Entendendo o psicológico como constituído na relação do homem com o mundo social e cultural, a contradição presente na concepção de adolescência da Enf. C tem como base sua necessidade de não culpabilizar sua família pelas dificuldades enfrentadas por ela na adolescência (descobrir sozinha) e de contextualizar a adolescência em seu trabalho cotidiano coerentemente com seu entendimento de saúde e de contexto da ESF. Assim, *o homem é afetado pelo mundo, vive essa experiência com todo o seu ser e, portanto, com toda sua diversidade e riqueza de possibilidades.* (Aguiar, 2007, p.96)

Esta contradição é também observada quando a Enf. C aponta problemas relacionados à saúde do adolescente. Suas justificativas e entendimento para estes problemas ficam mais no contexto que na naturalização e universalização, mas inclui um outro aspecto que chamaremos de patológico, ao indicar alguns sentimentos como ansiedade, depressão e desânimo como próprios da idade.

Estamos nomeando de patológico o entendimento que se aproxima do conceito introduzido por Aberastury & Knobel (1989), sendo a adolescência caracterizada por uma sintomatologia que inclui dez aspectos (busca de si mesmo; tendência grupal; necessidade de intelectualização e fantasiar; crises religiosas; desorientação temporal; evolução sexual do auto-erotismo à heterossexualidade; atitude social reivindicatória; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; separação progressiva dos pais; constantes flutuações de humor e do estado de ânimo).

Respaldando a construção de sentido, Enf. C compreende que doença no adolescente é este se sentir perdido, sem direção, não sabendo compreender a si mesmo e aos outros. Essa visão é coerente com sua compreensão de saúde e doença, porém aponta como diferencial no adolescente a solidão, depressão, ansiedade e desânimo, além dos aspectos externos que influenciam, tais como: desestrutura familiar, falta de perspectivas e de estímulo à educação. Também menciona como problemas de saúde do adolescente as doenças tabagistas, a drogadicção e a gravidez.

Nesta perspectiva, patologiza os sentimentos vivenciados na adolescência, colocando-os como próprios da adolescência, e, portanto, também naturalizados. Ao mesmo tempo, é interessante observar que ela contextualiza a problemática vivenciada pelos adolescentes, atribuindo-a a dois fatores: a desestrutura familiar, as doenças tabagistas, drogadicção e a gravidez na adolescência. Essa análise tem como referência o modo como a enfermeira constrói sua compreensão sobre a gravidez na adolescência,

que, segundo ela, é algo incentivado e apoiado pelas famílias por decorrência de uma cultura, segundo a qual esta menina, de certa forma, ascende socialmente. Ou seja, sua compreensão passa pelo conhecimento da comunidade e da cultura do grupo social onde a USF está inserida.

> *Descobrem já tarde, os pais descobrem os casos e alguns chegam. Doenças tabagistas, muito, aqui, específico, muito crack, muita cocaína, é... falta de estímulo à educação, saem da escola, estão saindo, ainda, da escola ou estão fazendo muito mal feito. A questão da gestação na adolescência como meio... um dos motivos aqui, como meio de sair de casa, né? De ter sua própria vida e se juntar com o namorado que conhece há três meses. Outra questão, de comparar com as amigas: "Ah, minha amiga já tem um filho". Uma, outro dia, chegou, de 14 anos: "Minha amiga já tem uma filha, eu também quero". É essa carência de se apegar ao outro, mesmo. É... a ascensão social, não ter tipo... "Ah, eu não vou ter que estudar, fazer uma faculdade. Eu vou juntar aqui, a gente trabalha, a gente junta". Vejo a questão de... drogadição, depressão... acho que o que mais me afeta é isso.*

O mesmo ocorre em relação à drogadicção, onde se sente afetada pelos problemas e dificuldades vivenciados pelos adolescentes. Porém, neste caso, ela tende à culpabilização da família, da dinâmica familiar no diagnóstico da situação (família descobre tarde) e no tratamento, (considerando que os pais não querem assumir, não querem se envolver com o tratamento), o que nos indica o sentimento de impotência e de imobilização da profissional. Portanto, parece-nos evidente a cisão entre o pensar, sentir e agir. (Sawaia, 1987). O trecho a seguir ilustra essa situação.

> *Os pais chegam desesperados: "Ai, vocês têm que ajudar!" "Você tem que ajudar, tem que ajudar!" E aí a gente coloca para eles as oportunidades: menor de 18 anos a nossa ajuda junto com o CAPS, com droga, a ajuda deles, quando não tem a ajuda do CAPS, a ajuda é aqui na Saúde do Adulto. E aí o que eu percebo (fala em voz baixa): eles não querem se comprometer, grande parte dos pais não se sentem responsáveis, pelo menos aqui, eu estou tendo conflito com isso porque assim, tem um rapazinho de 19 anos, que eu chamo a família, a mãe fala: "Você tem que internar, meu filho só vai melhorar se ficar seis meses internado". E eu falo: "Então vamos internar, vamos chamar o SAMU, vamos fazer uma carta, vamos examinar, vamos conversar com ele". "Ai, não, você conversa, mas eu não vou nem chamar, eu não vou estar junto na hora que internar".*

Outra referência importante na construção do sentido de adolescência e que motiva, de certo modo, a Enf C a pensar em atividades com adolescentes dentro da ESF parece ter sido o trabalho desenvolvido como catequista. Observa-se, em seu discurso, que foi descobrindo sozinha como trabalhar com esses adolescentes, pois o trabalho objetivava a questão espiritual. Exemplifica o como trabalhava, dizendo que, ao surgirem questões relacionadas ao corpo, procurava discutir não pela ótica do pecado, mas do respeito a si próprio. Considera que foi um trabalho leigo e light, por meio da musica, teatro, filmes, etc. Traz a contradição entre o pensar, sentir e agir, quando

afirma que sente ter facilidade com adolescentes, quando considera que eles confiam e se abrem. Ao mesmo tempo, menciona não saber trabalhar com adolescentes na ESF, indicando que não pode dar o que não tem, ou seja, está se referindo a uma formação que não abordou a adolescência e que dificulta pensar em estratégias para trabalhar com ela. Os trechos a seguir demonstram esta cisão.

> *quando era adolescente ainda, quando tinha 15 anos, eu era catequista de adolescentes, de pré-adolescentes. A gente trabalhava mais a questão espiritual, da questão do adolescente. Então a gente trabalhava, a questão de namoro, respeito ao corpo. A gente não era muito: "Ai, o pecado", mais assim: "olhar o seu corpo como uma coisa sua, uma coisa importante, poder se relacionar, de você conhecer seu corpo, conhecer o corpo do outro no sentido de respeito", trabalhava isso, e eu era adolescente, então para mim era assim, o padre falou para eu trabalhar com adolescente, eu tinha um adulto que estava junto comigo, mas eu fazia o grupo."*

> *E... hoje eu não trabalho muito porque é nesse momento que eu estou em conflito, mesmo, como trabalhar com adolescente porque eu não tenho isso muito estruturado. E aí eu falo: "Como eu posso dar para o outro o que eu não tenho?" E aí a equipe está tentando reestruturar, a gente está tentando... a gente vai procurar estudar, consultoria, ver dinâmica, fazer dinâmica com a gente para ver se está claro e depois estudar com adolescente.*

O processo de internalização, apropriação e simbolização do ser profissional, provavelmente no cotidiano da formação, parece ter contribuído para uma dissociação cognitiva e emocional, entre as experiências vividas e o fazer profissional na saúde.

Desta forma, parece estar em evidência o conflito entre o sentido que construiu sobre o trabalho com esta população, e as necessidades decorrentes de sua inserção na ESF, gerando insegurança, tanto para o trabalho atual como em suas experiências como aluna. Menciona ter desenvolvido alguns trabalhos com adolescentes junto a escolas, desenvolvendo alguns temas como "descubra seu corpo", "descubra o que se passa na sua mente", mas que o fazia com uma certa inquietação, por medo de que sua colega de trabalho pudesse falar algo indevido, e por sentir que tem muita gente despreparada para falar de adolescência, como menciona no trecho a seguir:

> *ai eu tinha esse medo, porque às vezes eu entrava na sala de aula, eu tinha uma colega que às vezes eu achava que falava demais para os de 11,12 anos, ao mesmo tempo eu achava que a gente trazia umas palestrinhas bobas para quem tinha 16,17 anos, que já estavam sabendo a muito tempo.*

Ela parece vivenciar um momento de reflexão, caminhando no sentido de uma práxis, num processo de re-significação, encontrando na realidade social múltiplas possibilidades, mas ainda vive uma cisão entre o pensar, sentir e agir (Bock e Aguiar,

2003). Assim, a persistência do medo, da insegurança - também evidenciada em sua perspectiva de dificuldades como profissional de saúde que trabalha com adolescentes - pode se configurar como o elemento mobilizador para a transformação de sua consciência e, portanto da atividade, na perspectiva apontada por Sawaia (1987), de que a consciência só se transforma quando se emociona, sendo o sentimento constitutivo da consciência, tal como a razão e a atividade.

Entretanto, quando se prende especificamente ao cotidiano, tende a colocar no adolescente os problemas e dificuldades do serviço de saúde, generalizando e naturalizando algumas características, como a desconfiança e questões específicas de saúde relacionadas a gênero. Portanto, a atividade parece mediada por uma compreensão biomédica de adolescência, advinda do campo da saúde. Nessa perspectiva, Peres e Rosenburg (1998) alertam que o predomínio deste modelo traz implicações importantes para a prática, entre as quais destacam: a universalização e naturalização da adolescência - quando se trata de sujeitos concretos – que seguem um padrão de adolescente, permeado pela condição de vulnerabilidade definido pela epidemiologia.

Sob esta ótica, a Enf. C considera que os adolescentes não compreendem o trabalho da saúde e são desconfiados, e desta forma dificultam a aproximação, por buscarem a USF só quando têm uma queixa pontual. Outra dificuldade refere-se a questão de gênero: meninos e meninas, geralmente, têm necessidades de abordagens diferentes.

Isso significa dizer que, no modelo/paradigma dominante, se desconsidera a vivência e a significação dos processos de construção dos sujeitos em geral, e, neste caso específico, do adolescente, tratando de forma homogênea e individualizada as questões que envolvem um determinado grupo de pessoas. É isso que ela parece fazer, generalizando a diferença de gênero e de necessidades de saúde, ao mesmo tempo que vincula as dificuldades de trabalho com a não-procura do adolescente ao serviço de saúde.

Esse entendimento, baseado na demanda cotidiana da USF, leva a enfermeira a construir um sentido de trabalho com adolescentes permeado de empecilhos de ordem pessoal e natural do adolescente, acrescidos de outros dois fatores que também dificultam: a falta de colaboração e apoio dos pais, e despreparo dos profissionais.

Fica evidente que, nesta construção, a idéia de uma adolescência naturalizada ajuda a profissional a justificar o não-trabalho com adolescentes. Ou seja, sendo um

comportamento próprio da adolescência, pouco pode fazer o profissional para modificar o quadro.

Ao mesmo tempo, sua compreensão de saúde e de ESF a leva a assumir uma "mea culpa", mas, ainda, não como uma responsabilidade pessoal do profissional, mas, sim, por decorrência de sua formação que não a preparou adequadamente.

> *Então, assim, existe a questão hoje, na Saúde da Família, de não existir, mas de bater lá: " olha, tem que ter o trabalho com adolescente, planejamento familiar, tem que atender o adolescente na sua micro área, tem que fazer grupo", mas não existe ainda, eu não sei a experiência de outras cidades...*

Nas contradições presentes no sentido de adolescência desenvolvido por Enf.C, parece existir uma intenção, uma mobilização para uma prática mais comprometida, transformadora e coerente com os preceitos do SUS, mas ainda não efetivada, por decorrência de vários aspectos, entre eles, seus valores e sentimentos pessoais que persistem, influenciando o pensar em propostas, dentro da ESF. Como nos lembram Aguiar e Ozella (2006): *as necessidades se constituem e se revelam a partir de um processo de configuração das relações sociais, processo esse que é único, singular, subjetivo e histórico ao mesmo tempo (p.228)*.

Vejamos como aparece essa necessidade em seu pensamento, quando aponta como deveria ser o trabalho com adolescentes dentro da ESF.

Inicialmente ela faz uma análise ampla e contextualizada com a realidade brasileira, considerando que a política de saúde precisa se preocupar com esta população.

> *adolescente que formamos, a criança que formamos vai ajudar a melhorar, então tem que pensar, em qualquer profissão, eu acho que em qualquer profissão que você for ter, na saúde em especial, você tem que ter muito com o adolescente, tanto na questão dos professores, também que eu acho que são mal formados. A questão da saúde, quem se envolve com a questão da saúde e educação, tem que ter.*

Coerente com sua compreensão da ESF, aponta ser teoricamente um instrumento importante para viabilizar ações para os adolescentes. Por ser uma estratégia, dá abertura para planejar o cuidado e a assistência adequada ao adolescente, bem como o planejamento de trabalho em grupo, que segundo ela, é a base para o trabalho com este público.

> *eles pedem muito a questão do adolescente na estratégia, na vigilância de saúde, então, está embutido a questão do adolescente, que é uma coisa assim: o Brasil tem muito*

*adolescente, é uma população grande, é uma população que está carente de apoio, então a Estratégia de Saúde da Família, eu acho que vem ajudar*

Porém, analisa que, na prática, ainda não existe qualquer trabalho efetivo, atribuindo este não-espaço para o adolescente a alguns fatores, que entendemos ser de 3 naturezas: 1) o próprio adolescente, que não têm a USF como referência (não confiam e não compreendem o trabalho); 2) a gestão, por verticalizar a exigência de trabalho com este público, desrespeitando as peculiaridades de cada microregião; e 3) o despreparo dos profissionais. Vejamos alguns trechos de fala que nos possibilitam compreender esta análise.

*“ acho que eles não dão muita bola para o que a gente fala”*

*“E, então, eu vejo que os pais jogam a bola. E é engraçado que quando a gente chama junto: “Ah, vem para uma reunião, vem conversar com um enfermeiro ou com o médico”, primeiro eu quero conversar com os pais, às vezes, a gente quer lidar primeiro com os pais, para depois tratar com os adolescentes, eles não vêm. Acham: “Ah, você quer conversar com a gente? É com ele o problema”.*

*“Infelizmente, às vezes, eu acho que é dado muito de forma muito vertical, a gestão fala que tem que ter um trabalho de adolescente, mas eu vejo... eu acho que na faculdade os profissionais não estão preparados, os grupos técnicos de enfermagem, de odonto, não estão preparados para lidar com isso. Então, assim, existe a questão hoje, na Saúde da Família, de não exigir, mas de bater lá: “Olha, tem que ter o trabalho com adolescente, planejamento familiar, tem que atender o adolescente na sua microárea, tem que fazer grupo”*

A enfermeira analisada consegue ter uma visão ampla e clara desse não-lugar do adolescente no contexto da saúde e, de forma crítica, aponta os fatores que contribuem para a manutenção dessa situação. A visão política do espaço da saúde parece-nos uma referência importante na construção de sentido de trabalho na área, permitindo a esta profissional uma análise conjuntural do que não existe. Porém, essa visão ainda não conseguiu ultrapassar a linha da análise e vislumbrar propostas que transformem a prática. Teoricamente, aponta que o trabalho com adolescentes precisa ser dinâmico, ir ao encontro dele e considerar a sua vontade e necessidades. Mas ainda sente dificuldade de elaborar isso, como demonstra o trecho a seguir.

*Levar em conta a idade, levar em conta a família. Meio que caracterizar um pouco quem são as pessoas, a classe econômica que elas vivem, se estudam, se não estudam, considerar essas coisas, considerar... Eu acho que para chamar a atenção, tem que chamar, ainda, a questão de dúvidas da sexualidade, eles adoram. Levar em consideração a vontade deles, mesmo, as necessidades dele, que a gente acha que essa necessidade já é percebida pelo profissional, então... primeiro deixar que eles falem, começar com um teor de sexualidade, mas considerar ele. Eu acho que assim, a necessidade dele. E aí a equipe*

*vai perceber, acho, que com um tempo de alguns grupos, como problematizá-los. Ai, estou meio perdida para responder essa.*

Importante ressaltarmos que a enfermeira tem uma visão ampla do contexto, da comunidade, e da concepção de trabalho na ESF. Analisa, por exemplo, os aspectos contraditórios entre a teoria e a prática e vislumbra possibilidades de trabalho com adolescentes, mas, quando se refere à sua prática, esta análise crítica toma uma dimensão pessoal que a coloca em uma condição defensiva, justificando o não-trabalho com adolescentes a fatores que fogem ao seu controle; acrescenta que outros profissionais vivenciam essas mesmas dificuldades.

*"eu não sei... é uma coisa que eu percebo que não é só minha. Educação, formação adequada para trabalhar porque não é simplesmente você dar uma palestra, falar da menstruação, tal. Eu acho que existe falha nisso, mas a Saúde da Família, ao mesmo tempo, dá essa abertura para você ter tempo de planejar um grupo, planejar uma assistência mais adequada, um plano de cuidado ao adolescente. Eu acho que é isso, assim".*

O processo de elaboração do pensamento e de construção do sentido de adolescência vivenciado por ela se reflete na sua insegurança ao pensar ações e atividades com adolescentes dentro da ESF. Por outro lado, também a mobiliza, no sentido de refletir, repensar sua prática, indicando a necessidade de um preparo melhor para uma demanda que bate à porta dos serviços de saúde, e que não pode mais ser negligenciada, um espaço que não pode mais ser negado dentro da ESF.

Importante considerarmos que a insegurança, decorrente de uma compreensão não muito sedimentada pode ser um importante instrumento na construção de práticas inovadoras e que entendam o adolescente como sujeito neste processo. Ou seja, uma construção não cristalizada se configura sempre em possibilidade de reflexão e transformação da prática. Os trechos abaixo indicam ser este o caminho a ser percorrido pela enfermeira, que manifesta que a equipe tem pensado, refletido e que, juntos, pretendem buscar orientação para melhor planejar seu trabalho. Ao mesmo tempo demonstra uma inquietação com a questão.

*E aí a equipe está tentando reestruturar, a gente está tentando... a gente vai procurar estudar, consultoria, ver dinâmica, fazer dinâmica com a gente para ver se está claro e depois estudar com adolescente.*

*É uma coisa gritante que eu tenho muita vontade de em ponderar mais na questão do adolescente. É uma questão minha e aí eu falo que eu tenho tempo muito de ficar*

*buscando, então eu continuo naquela busca solitária, de ler em casa, ou então... mas eu não tenho muitos espaços para aprender.*

Os sentidos contraditórios de adolescência captados em seu discurso nos mostram que a Enf. C está na busca de liberdade de pensamento, no sentido apontado por Vigotski (1995), quando lembra que o livre arbítrio não consiste em estar livre dos motivos, mas sim em tomar consciência da situação, da necessidade de escolha que os motivos lhe impõem. Portanto: *La liberdad humana consiste precisamente en que piensa. (p.288)*

## NÚCLEO III – FORMAÇÃO MUITO FOCADA NA ESF E A EVIDÊNCIA DO NÃO LUGAR DA ADOLESCÊNCIA

Os currículos de formação na área de saúde têm sofrido modificações nos últimos anos, como decorrência dos princípios do SUS e de novas políticas de saúde, como a ESF. Também como conseqüência de críticas de vários setores da sociedade, segundo as quais, muitas práticas de profissionais de saúde não eram capazes de atender alguns preceitos definidos pela Organização Mundial de Saúde, bem como princípios relacionados à garantia da dignidade e de respeito aos direitos humanos, da promoção de saúde, da atenção básica e de um olhar integral sobre o processo saúde-doença.

No caso da enfermagem, a questão da assistência também tem sido o foco de discussão, numa tentativa de superar a visão assistencialista e pensar a atuação do enfermeiro na perspectiva do cuidado em saúde, respeitando o princípio da integralidade. (Rodrigues e Zanetti, 2000)

No entanto, esse processo é lento, mas, em alguns casos, uma nova perspectiva com foco no social e mudança de estratégias de ensino tem sido o caminho para mudanças na formação. É o caso do curso/faculdade em que Enf. C se formou, cuja metodologia se fundamenta na problematização de casos, tendo como base o método Problem Based Learning ( PBL[30]) e cujo o foco da formação está no social e é muito voltado para saúde da família.

Segundo a enfermeira, desde o primeiro ano de graduação participava de projetos desenvolvidos em comunidades, teve conteúdos que trabalhavam a questão sociológica, controle social, relação social; portanto, sua graduação lhe possibilitou enxergar a linha do cuidado. Ou seja, a formação lhe possibilitou uma compreensão de saúde e saúde da

[30] Esclarecimentos detalhados sobre o método (PBL) foram elaborados na análise dos núcleos de M6

família contextualizada, que considera aspectos para além do biológico, e isso a fez se sentir preparada para o trabalho na ESF.

> *Para o saúde da família, eu acho que deu norte, eu acho que a gente sai com uma bagagem, eu senti que eu não saí tão despreparada, saí assim, sabendo como começar um pouco (risos), então deu.*

> *Enxergar a linha do cuidado, ela tem uma facilidade maior, minha faculdade deu uma possibilidade disso, então a enfermeira tem uma importância nisso, de estar acompanhando os casos, de estar prestando assistência de Enfermagem, o cuidado direto, mesmo, a pessoa, fazer a consulta dela no sentido... os diagnósticos de enfermagem são bastante amplos. Então, tanto a questão assistencial direta mais o plano de cuidado, a gente consegue montar diagnósticos de equipe, então, o que cada um deve fazer, prescrever.*

O cuidado parece ser entendido pela Enf. C como uma forma substituta ao assistencialismo predominante na enfermagem, ao qual nos referimos no início deste núcleo. Mas ainda está bem distante da perspectiva apontada por Ayres (2007) e outros autores, cujo entendimento passa pela noção de integralidade e inclusão do usuário como sujeito nas ações de saúde.

O sentido de cuidado construído pela Enf C aponta contradições, principalmente entre como pensa a ESF e como compreende a prática do enfermeiro neste contexto. Em seu discurso, aponta que o enfermeiro tem mais condições de enxergar a linha do cuidado que outros profissionais, cindindo a compreensão de integralidade, ainda que o conceito seja polissêmico e polifônico (Pinheiro e Mattos, 2005), traz como consenso a idéia de que ações de saúde integrais requerem muitos olhares e muitos fazeres, muitos sujeitos, profissionais de saúde ou não, implicados no processo de compreensão de saúde, doença, promoção, prevenção e participação.

Ela nos evidencia novamente a contradição no processo de desenvolvimento de sua consciência, cindindo o pensar, sentir e fazer. Pensa a ESF, saúde e doença de forma ampla, mas limita a prática a um olhar pouco crítico sobre o trabalho da enfermagem e, menos ainda sobre sua própria prática, já que indica que a enfermagem dentro da ESF pode montar diagnóstico dentro da equipe, apontando o que os demais profissionais devem fazer, conforme observamos no trecho de fala acima citado.

Parece ter sido a formação a grande responsável pela compreensão do significado da ESF, e, conseqüentemente, pela identificação da enfermeira, através de sua história pessoal. Encaminhou-a para uma forma de trabalho em saúde mais ampla, direcionando

sua escolha profissional e, posteriormente, a especialização, como demonstra o trecho a seguir.

> *Eu fiquei na dúvida de neo-natologia, que eu gostava de criança, adoro criança, e eu fiquei na dúvida em saúde da família, mas saúde da família me puxava mais, eu podia trabalhar mais no que eu gostava. E aí eu fiz, só que eu caí numa realidade totalmente diferente, caí numa zona rica, com residência, uma zona que mascaradamente não precisava de saúde da família, tinha a noção de que "tinha Unimed", não queria que a gente entrasse na casa, e aí nesses dois anos eu aprendi que precisa, sim porque a saúde da família, independente se você tem Unimed ou não, como é um... uma estratégia diferente, aí eu percebi que nesses dois anos de trabalho lá com a minha enfermeira tutora, ela que é uma ótima enfermeira, ela fazia a saúde da família para a população rica e foi ganhando espaço.*

A inserção no campo de trabalho no início da formação, bem como o método adotado, parece ter possibilitado, juntamente com suas condições concretas de existência e simbolização da prática caritativa, um envolvimento grande com a proposta e uma formação que contempla o contexto, a dinâmica, a comunidade, a cultura e uma prática em saúde que implica e responsabiliza o profissional com o cuidado, com a integralidade e eqüidade em saúde. No processo de construção do sentido pessoal de ESF da enfermeira, pudemos evidenciar que esses princípios estão presentes e significados pelo recorte de sua experiência e história pessoal.

O mesmo não ocorre em relação à adolescência, cujo embasamento foi muito superficial. Entende que lhe faltou oportunidade de reflexão sobre a prática com adolescentes. Ou seja, sua vivência de formação não implicou em necessidades de compreensão da adolescência para além daquelas que já trazia de sua história pessoal. Portanto, a falta de oportunidades de reflexão sobre adolescência foi também decorrente de não haver inquietações sobre a prática em saúde voltada a ela.

Ela atribui a falta de oportunidade a organização e ao próprio funcionamento do campo da saúde, onde fez estágios. Relata que sempre estava "parada" a questão do adolescente e eles, estudantes, não tinham a oportunidade de vivenciar essas questões, problematizar e refletir sobre o assunto, como demonstra o trecho a seguir:

> *E eu acho que assim, se eu tivesse tido embasamento teórico, ajudaria um pouco. Mas assim, enfiar a gente em grupos, mesmo, formar projetos sociais com adolescentes e ir junto com adolescentes, se enfiar no meio, montar projeto de comunidade. Que a gente ia fazer estágios nas Unidades, é o que acontece aqui: está parado, o profissional que estava na Unidade falava: "Ai, faz tanto tempo que eu não trabalho com adolescente", tal, dava aquela desculpa. Você via que... aí quando tinha, participava três, quatro adolescentes num grupinho de artesanato, fazia um sabonete. E a gente não refletia essa... pelo pouco que a gente via, a gente tinha pouca oportunidade na faculdade de refletir essa prática, que a gente estava fazendo estágio, a gente observava, mas eu acho que não teve. Eu acho que deveriam enfiar a gente, desde o início em estágios, meio que exigir da gente: "Vamos*

*aprender sobre adolescente, vamos tentar fazer projeto, vamos colocar em prática, vamos avaliar se essa foi a melhor estratégia, se não foi". Eu acho que foi bem falho.*

E ainda, como o método PBL não trabalha com disciplinas, mas com estudo de casos, não existia um momento específico para estudar adolescência. E, nesse sentido, para ela, o método fortalece alguns pontos e despreza outros, sendo adolescência um deles.

*Na faculdade foi de problematização, não foi de disciplina, nunca tive disciplina, aula, tal, foi tudo problematizado, então isso, algumas coisas fortaleceu, outras coisas ficaram...*

Desta forma, entende que na residência não aprendeu, mesmo tendo desenvolvido seu projeto de monografia com adolescentes. Indica ter escolhido este tema pela carência que sentia de embasamento; mesmo assim, não aprendeu, pois discutiam gravidez na adolescência, uso de drogas, e não adolescência, ou adolescência no contexto da saúde, saúde da família.

Evidenciamos a contradição entre seu discurso e a prática, ao indicar que a organização e funcionamento dos serviços não possibilitavam refletir sobre adolescência, ao mesmo tempo que demonstra a existência de motivos e necessidades orientadores de sua escolha de tema para a monografia do curso de especialização em saúde da família, por exemplo, a carência de discussões sobre adolescência no contexto da saúde e da saúde da família.

Portanto, a enfermeira entende que sua formação foi muito falha e sua construção de sentido de adolescência acabou sendo muito mais decorrente de sua história de vida pessoal e de sua experiência de trabalho, e muito pouco de sua formação como enfermeira, como demonstram os trechos a seguir, evidenciando a confusão que o tema provoca ao tentar materializar o sentido construído sobre sua formação.

*Na residência eu tive a oportunidade porque eu escrevi um pouquinho do projeto e trabalhava na escola com a assistente social, mas foi... partiu muito de mim. Eu senti... o que eu sei é o que eu acho que eu sei, nada muito assim: "O que é adolescente para você?" A faculdade não deu muito embasamento, eu que criei meus próprios meios de entender adolescência.*

*Mas na verdade eu não aprendi muito na residência e também na faculdade porque eu escolhi fazer esse trabalho porque eu não tinha embasamento na graduação. Eu falei: "Então eu vou estudar a necessidade de saúde do adolescente, fazer um projeto numa equipe para eu... meio que aprender". E eu vi que não tinha, não tinha e... até os professores que trabalhavam com essa área não... não tinham.*

O sentido de formação construído pela Enf. C aponta claramente o não-lugar da adolescência, na perspectiva de que essa população não tem sido pensada como membro integrante da família, quando se discute, durante a formação, a abordagem da família e suas questões emergentes. Também não é considerada como um segmento da população, à qual cabem ações integrais e não apenas pontuais. Seu processo de formação e significação da adolescência ratificam nossa análise dos documentos referentes às universidades públicas. Entretanto, é preciso considerar que mesmo com as mudanças propostas para a formação e a inclusão de novas metodologia, como o PBL, a lacuna não foi superada e nem sequer evidenciada, já que a Enf. C se formou em um curso cuja metodologia foi a acima citada.

D - Considerações Sobre os Sentidos Construídos por Enf C

A análise de discurso que busca captar os sentidos construídos pelos sujeitos em seu processo histórico precisa partir das palavras, dos significados partilhados socialmente, com vistas a apreender o movimento do pensamento, do desenvolvimento da consciência, da linguagem, adentrando mais no plano subjetivo, na unidade dos processos cognitivos, afetivos e biológicos ( Aguiar e Ozella, 2006)

Assim, buscamos captar os sentidos construídos pela Enf. C, procurando apreender o processo e os elementos constitutivos, bem como a relação dialética com as demais categorias do psiquismo humano. Ao analisarmos a fala da Enf. C sobre o sentido de saúde e doença, pudemos apreender que, para ela, saúde consiste num equilíbrio entre o social, o psicológico e o físico. Portanto, faz parte do desenvolvimento de sua consciência sobre saúde e doença tomar o sujeito como multideterminado e constituído na relação entre os aspectos biopsicossociais.

Coerente com esse pensar saúde, indica a perspectiva de trabalho com foco no cuidado, entendido constitucionalmente como um dos mecanismos de garantia de ações integrais em saúde. Apesar de seu discurso apontar o cuidado como norteador da prática, Enf. C parece negar o sujeito usuário como participante ativo desse processo, considerando uma ação do profissional de saúde em relação ao usuário e não uma interação dialógica como proposto por Ayres (2007), que indica ser a qualidade da interação (profissional de saúde e usuário) o que possibilita efetivamente o cuidado.

Apreendemos como constitutivo dos sentidos da enfermeira a visão humanizada, mas ela exacerba a contradição entre o pensar, sentir e fazer, quando, por exemplo, na

maioria das situações relatadas não potencializa o usuário, responsabilizando-o pelo seu processo de saúde e doença e também pela prevenção e promoção de saúde. Sua perspectiva de integralidade parece ser permeada pela noção de assistência à saúde tradicional, com foco de atenção na saúde, criticada por alguns autores (Mattos, 2005; Merhy, 2006; Pinheiro e Mattos., 2005)

Ela se apropriou dos princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, mas sua prática é conflitiva, tendo como mediadores os princípios constitucionais, mas também sua história de vida e de assistência, permeada por valores cristãos católicos. Apoiando-nos em Bock e Gonçalves (2005) podemos afirmar que a subjetividade da Enf. C é uma configuração construída a partir de suas experiência, de seus registros simbólicos e emocionais. Segundo essas autoras, a subjetividade é:

> *..uma produção histórica que se constitui na relação dialética com a realidade objetiva por meio de inúmeras mediações(...).entre essas mediações cabe destacar a linguagem, que é uma síntese entre subjetividade e objetividade. Por meio da linguagem, o mundo subjetivo recebe, como matéria-prima, a palavras com significado, e o sujeito, ativo que é, constrói o sentido subjetivo para a experiência vivida ( p.123).*

Neste sentido, vivencia conflitos desencadeados pelo sentido que construiu para a ESF e pelo fato de não conseguir efetivá-lo no cotidiano de trabalho. Neste processo, canaliza o conflito, procurando discutir com a equipe, mas indica que ainda não conseguiu a transformação da prática coletiva. Evidenciamos um processo de mudanças e a tentativa de superar a cisão entre o pensar, sentir e agir, mas ainda persistem alguns valores e preconceitos pessoais que atravessam o seu fazer cotidiano. Por exemplo, a análise que fizemos sobre o sentido que o trabalho do agente comunitário tem para ela.

Quanto à adolescência, na análise de seu discurso, podemos captar um sentido construído sobre parâmetros naturais, universais e patológicos. Entretanto, também esboça a contradição constitutiva de seu pensamento, quando se refere à família, apontando que a educação familiar é responsável pelo como o adolescente vivencia seus conflitos e, também, na contextualização que faz dos problemas que envolvem a saúde do adolescente. Ou seja, ela utiliza a expressão “vem do berço”, para indicar o sentido construído sobre o como o adolescente lida com seus conflitos. Também patologiza, colocando como inerente ao adolescente o conflito e a crise de identidade.

Quanto à sua formação, construiu um sentido de que esta a preparou para o trabalho na ESF, possibilitando o contato com a realidade e o estudo de casos, muito relacionados à realidade das USF. Porém, quanto à adolescência, aponta o não-lugar,

indicando o tratamento superficial do tema, a inexistência da discussão, em qualquer momento do curso, sobre a adolescência em si e sobre como, metodologicamente, intervir nessa população.

## 1.4.Enfermeira J

A – Caracterização

A Enfermeira J (Enf. J) é casada, tem 34 anos, exerce a enfermagem há 16 anos. É formada por uma universidade pública, recentemente fez residência em saúde da família. Trabalha há três anos na ESF, e há 6 meses na unidade atual.

B - Organização do material

Os quadros a seguir apresentam a organização dos pré-indicadores e indicadores; indicadores e núcleos de sentidos, construídos a partir da entrevista da Enfermeira J (Enf.J), conforme procedimento descrito no capítulo teórico-metodológico:

| PRÉ-INDICADORES ENFERMEIRA J | INDICADORES |
|---|---|
| 1- difícil definir saúde e doença<br>2- conceito de saúde e doença são muito flutuantes<br>3-envolve vários fatores: físico, espiritual, o psicológico e o social<br>4- saúde é quando se consegue entender e lidar com os problemas do dia-dia<br>5- saúde e doença são um estado | 1 - CONCEPÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA |
| 6- persiste cultura médico-centrada/medicalizante<br>7- cultura da especialidade ainda muito forte<br>8- dificuldade de adesão ao tratamento/dietas | 2 - SENTIDO DE TRABALHO NA SAÚDE |
| 9- na ESF a perspectiva é estar olhando a questão da promoção e da prevenção<br>10- contexto/ condições sociais dificulta trabalho<br>11- dificuldade de prevenção e promoção decorrente da cultura | 3 – REPRESENTAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA |
| 12- USF é referência para tudo<br>13- dificuldade de estar promovendo atividades promocionais de prevenção<br>14- consultas (atendimento programático) com muita demanda<br>15- dificuldade de visitas domiciliares pode decorrência da demanda<br>16- tem um estímulo salarial, mas alguns profissionais não querem ir<br>17- Implantação do Acolhimento para toda demanda, com proteção e sigilo<br>18- tentativa de trabalho em equipe: conflito quando se discute aspectos culturais | 4 –TRABALHO COTIDIANO NA USF |
| 19- grupos preventivos e de promoção em processo de implementação<br>20- grupo de caminhada com boa adesão e ocorre diariamente, conduzido por 2 agentes comunitárias<br>21- grupo de terapia comunitária, estão aprendendo com a formação<br>22- grupo de gestantes acabou de ser retomado<br>23- o grupo de hipertensos e diabéticos estão tentando montar<br>24- grupo de lombalgia tentativa de retomar com a fisioterapeuta<br>25- atividade de alongamento com a própria equipe<br>26- grupo de adolescentes foi uma boa experiência, junto com a escola, agora está parado. | 5 – TRABALHO COM GRUPOS NA USF |
| 27- agente comunitário reflete cultura da comunidade<br>28- agente comunitário vivencia conflito entre saber profissional e o sentido pessoal naturalizado | 6 - AGENTE COMUNITÁRIO E ESF |
| 29- um momento de bastante conflito | 7- SENTIDO DE |

| | |
|---|---|
| 30- uma fase transitória<br>31- momento de descoberta<br>32- busca de grupos e colegas<br>33- momento de se afirmar enquanto pessoa<br>34- adolescente é inseguro<br>35- adolescente é desconfiado | ADOLESCÊNCIA |
| 36- própria adolescência é a mais importante referência do que é adolescência<br>2- vivencia da adolescência intensamente<br>37- experiência de ser adolescente fora de casa foi de muito aprendizado<br>38- momento de muito conflito com os pais<br>39- adolescência dos irmãos possibilitou compreensão da própria adolescência | 8 - CONSTRUÇÃO DO SENTIDO DE ADOLESCÊNCIA – HISTÓRIA DE VIDA PESSOAL |
| 40- experiência com adolescentes durante a formação foi pouco fundamentada<br>41- experiência profissional anterior não correspondeu as expectativas<br>42- experiência profissional atual na USF de atendimento indica o diálogo e a orientação como caminhos<br>43- experiência profissional atual positiva na USF com grupo de adolescentes<br>44- estratégia de trabalho com adolescentes é de deixar eles falarem e utilizar dinâmicas<br>45- trabalho em grupo com adolescentes precisa ser semanal<br>46- trabalho com adolescentes depende do envolvimento do profissional de saúde | 9 - CONSTRUÇÃO DO SENTIDO DE ADOLESCÊNCIA – HISTÓRIA DE VIDA PROFISSIONAL |
| 47- falta organização para fazer atividades educativas<br>48- falta embasamento para trabalhar com adolescentes<br>49- falha na formação referente à adolescência<br>50- o serviço não estar atrelado a questão da demanda adolescente<br>51- questões de gênero dificultam o foco do trabalho<br>52- problemas de saúde não específicos do adolescente<br>53- características da adolescência | 10 - DIFICULDADES PARA O PROFISSIONAL TRABALHAR SAÚDE DO ADOLESCENTE |
| 54- escolha profissional e influência materna<br>55- escolha profissional decorrente da experiência de vida morando fora de casa e de trabalho<br>56- indignação com a forma de tratamento nos serviços de saúde e a não responsabilização pelo cuidado<br>57- vivência da formação levou ao envolvimento com ESF<br>58- ESF possibilidade de mudança<br>59- possibilidade de conhecer a realidade, conhecer a família, conhecer a estrutura da comunidade e poder tentar mudar<br>60- gosta muito da saúde da família | 11- SENTIDO PESSOAL DA ESF |
| 61- trabalho importante quando se consegue trabalhar em equipe<br>62- possibilidade de co-participação e co-responsabilidade | 12 - SENTIDO PESSOAL DE TRABALHO EM EQUIPE NA ESF |
| 63- trabalho com adolescentes na ESF deveria ser em conjunto com a educação<br>64- trabalho com adolescentes na ESF deveria envolver a família | 13 - ADOLESCÊNCIA E ESF |
| 65- adolescência não é focada na graduação<br>66- falta discussão de estratégias de trabalho com adolescentes<br>67- aprendizado sobre adolescência foi uma busca pessoal<br>68- Especialização/ residência não foca o adolescente | 14– FORMAÇÃO E ADOLESCÊNCIA |
| 69- política de saúde hospitalocêntrica reflete na formação<br>70- curso de graduação em enfermagem possibilitou a busca pela saúde da família<br>71- os estágios em enfermagem estão mais focados no hospital<br>72- formação complementar (residência e especialização) focada em saúde da família | 15 – FORMAÇÃO E ESF |
| 73- adolescência é momento de muita saúde<br>74- os problemas de saúde são decorrentes do contexto<br>75- onipotência do adolescente | 16 - SENTIDO DE SAÚDE E DOENÇA NA ADOLESCÊNCIA |

## Indicadores e Núcleos de Sentido da Enf.J

| INDICADORES ENFERMEIRA J | NÚCLEOS |
|---|---|
| 1-concepção de saúde/doença | NÚCLEO 1 - O TRABALHO NA ÁREA DE SAÚDE É MEDIADO POR UMA COMPREENSÃO FLUTUANTE DE SAÚDE E DOENÇA |
| 2- sentido de trabalho na saúde | |
| 3- representação do trabalho na saúde da família | |

| | |
|---|---|
| 2- sentido de trabalho na saúde | NÚCLEO 2 – A ESF COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA CULTURAL E DA PRÁTICA EM SAÚDE |
| 11- sentido pessoal da ESF | |
| 12- sentido pessoal de trabalho em equipe na ESF | |
| 3- representação do trabalho na saúde da família | |
| 4- trabalho cotidiano na USF | |
| 6- agente comunitário e ESF | |
| 5- trabalho com grupos na USF | |
| 13- adolescência e ESF | |
| 10- dificuldades para o profissional trabalhar saúde do adolescente | |
| 7- sentido de adolescência | NÚCLEO 3 – COMPREENSÃO DE ADOLESCÊNCIA: O SER ADOLESCENTE EM CONFRONTO COM O TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE |
| 8- construção do sentido de adolescência – história de vida pessoal | |
| 9- construção do sentido de adolescência – história de vida profissional | |
| 16- sentido de saúde e doença na adolescência | |
| 10- dificuldades para o profissional trabalhar saúde do adolescente | |
| 13- adolescência e ESF | |
| 1- concepção de saúde/doença | |
| 2- sentido de trabalho na saúde | |
| 11- sentido pessoal da ESF | |
| 14- formação e adolescência | |
| 14- formação e adolescência | 4 – O QUASE ESPAÇO DA ESF E O NÃO LUGAR DA ADOLESCÊNCIA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE |
| 15- formação e ESF | |
| 11- sentido pessoal da ESF | |
| 7- sentido de adolescência | |

C - Análise dos Núcleos de Sentido Enf. J

NÚCLEO I - O TRABALHO NA ÁREA DE SAÚDE É MEDIADO POR UMA COMPREENSÃO FLUTUANTE DE SAÚDE E DOENÇA

O conceito de saúde e doença tem se modificado nos últimos tempos, principalmente após OMS ter definido saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. (1948).*

Também tem sofrido influência de discussões em vários campos de conhecimento, na perspectiva do que significa promoção e prevenção de saúde, cuidado em saúde, integralidade na atenção, eqüidade. Esses conceitos estão sendo incluídos nos documentos oficiais de normatização no campo na saúde, expedidos principalmente pelo Ministério da Saúde, com maior ênfase após a aprovação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, com o foco na atenção básica e, mais recentemente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a incorporação de princípios advindos do movimento de Reforma Sanitária. (Andrade e Barreto, 2006, Camargo Jr, 2007; Mattos, 2006; Mendes,1994; Merhy,2006; Pinheiro e Mattos, 2005; e outros).

Como reflexo dessas mudanças, percebemos que a enfermeira participante dessa pesquisa, a qual denominaremos de Enf. J, ao construir sua representação de saúde e

doença, vivencia a dificuldade em objetivar sua maneira de entender esses conceitos. Para ela não é possível definir saúde e doença, por considerar que são conceitos muito flutuantes e que envolvem vários aspectos, entre os quais cita: o físico, o espiritual, o psicológico e o social, como exemplifica sua fala abaixo:

> *De repente, é você está mesmo com problema físico, mas você está tão bem, está exalando é... humor, uma coisa..., ela está lá com câncer e está com uma doença física, mentalmente, espiritualmente você está bem, você está enfrentando a doença, você está conseguindo.*

A enfermeira demonstra uma crença que permeia a sua compreensão de saúde e que influencia sua prática cotidiana, como fica evidente no trecho a seguir:

> *Está muito claro para mim, eu tenho discutido algumas coisas sobre meditação, como aquilo que a gente pensa influencia em cada ação no nosso corpo, nas memórias que as células do nosso corpo tem, desde a formação intra-uterina que a gente, né?, vem carregando e a gente lida com isso. A questão da resiliência, tudo isso e um monte de coisa é um estado, saúde e doença é um estado, né?*

Partindo do entendimento de linguagem como uma unidade complexa que mantém uma relação mediada com o pensamento (Vigotski, 2001) e como elemento essencial na formação da consciência (Luria,1991), ela nos possibilita acessar o pensamento e apreender os sentidos construídos pelo sujeito. Podemos apreender que a Enf J traz como unidade de pensamento para compreender saúde e doença a dimensão espiritual atrelada aos demais aspectos, indicando um sentido complexo e flutuante do conceito que a impede, inclusive, de tentar uma definição. Ou seja, o sentido de saúde para ela está diretamente relacionado ao como a pessoa lida com os problemas no dia-a-dia. De forma geral, poucos profissionais falam abertamente de suas crenças, seja pelo ceticismo imposto pela ciência ou pela necessidade de uma pseudoneutralidade aprendida nos cursos de graduação. Parece-nos que sua linguagem representa um pensamento não muito fechado sobre o que seja saúde e doença, um pensamento em constante mudança, flexível aos vários momentos e estados de cada pessoa.

Pode-se perceber o mesmo pensamento quando a enfermeira fala do sentido de trabalho na saúde. Tece críticas ao modelo médico-centrado e medicalizante, que, segundo ela, ainda é muito forte e, conseqüentemente afeta o como a população procura o serviço; no geral, ela deseja o especialista. Para Enf. J, a dificuldade de adesão ao tratamento, às dietas pela comunidade é decorrente dessa visão predominante, denominada pela enfermeira de cultura da especialidade.

> *E a comunidade é uma comunidade muito assim, focada no medicamento, centrada na consulta médica, tem essa cultura muito forte, ainda, da especialidade, de especialista. E eu percebo uma dificuldade muito grande deles fazerem a parte deles, de adesão ao tratamento, às dietas, até se for pensar, assim, o analfabetismo é muito forte, o nível de escolaridade é muito baixo.*

Sobre as especialidades, Kahhale (2003) lembra que elas se desenvolvem e estão inseridas nas contradições da sociedade capitalista, competitiva e corporativista, e que a saúde coletiva pressupõe uma superação desse modelo, na direção do multidisciplinar.

Para Vigotski (1991), a consciência consiste num sistema integrado, processual, histórico e social, com a conversão do mundo externo (internalização) em produções simbólicas, em sentidos pessoais, sendo a complexidade reflexiva uma característica essencial. Ou, como afirma Sawaia (1987):

> *A consciência não é apenas uma atividade intelectual (...) conhecimento, sentimento e consciência constituem, portanto, uma unidade dialética inerentemente ativa (p.295)*

Assim, o processo de construção da consciência, representado no discurso da Enf. J, aponta que ela consegue fazer uma análise crítica da realidade, mediada por sua história de vida, sua compreensão de saúde e doença como estados não fixos e pelo conhecimento que detém do modelo de saúde dominante, analisado por ela como médico-centrado e medicalizante. Este modelo é indicado também pelos profissionais da ESF que integraram o estudo realizado por Capozzolo (2003) como predominante na visão da população, sendo considerado como uma das dificuldades para o trabalho na área.

Nesse sentido, podemos captar do discurso da Enf J a compreensão de que a prevenção e o trabalho educativos são importantes; entretanto, ela justifica a dificuldade em efetivá-los, em grande parte, pelo predomínio desta cultura do especialista anteriormente citada e aponta a necessidade de se trabalhar essa visão dominante com a população.

> *A gente acaba percebendo isso. Em relação à amamentação eu fico bastante triste porque começo a sentir falta de pré-natal. A gente percebe que passa leite do curral para a criança. Então, assim, é uma coisa que a gente está tentando trabalhar. Então a nossa dinâmica é assim: é uma demanda muito grande.*

Ao mesmo tempo, analisa o contexto e entende que tal visão também se mantém por decorrência da falta de oportunidade que a maioria das pessoas tem. Segundo ela, as condições sociais e o contexto dificultam o trabalho porque a maioria da população não

vivencia possibilidades de mudança de emprego e, conseqüentemente, de perspectiva de vida. Procura o serviço de saúde com problemas pontuais, sobrecarregando os serviços e não possibilitando o trabalho mais preventivo e educativo.

> *O trabalho, a condição social, o trabalho, de perspectiva é muito restrita: ou é o corte de cana ou é a colheita da laranja, eles não oferecem outro tipo de trabalho, outro tipo de perspectiva. Então, assim, a gente percebe, até mesmo na questão da adolescência aqui na Unidade, de engravidar a menina...*

Parece-nos que a Enf. J construiu o sentido de saúde e doença incluindo outros elementos além daqueles indicados pela OMS, mas ainda não consegue visualizar o trabalho na área de saúde de forma que contemple essa compreensão de saúde construída por ela. Elaborou uma crítica focada na população, responsabilizando-a pela impossibilidade de um trabalho mais preventivo e educativo, ao mesmo tempo em que contemporiza, apontando elementos do cotidiano, do contexto das pessoas que não permitem mudanças na visão médico-centrada, ou na cultura do especialista.

Esta forma de olhar o contexto da saúde – a definição do trabalho a partir do atendimento à demanda e as necessidades de saúde - pode ser perigosa, porque justifica ações na perspectiva mais curativa e menos integral, mais individualizante e menos coletiva. Neste aspecto, Gomes et al. (2005) nos lembra que:

> *Ela se faz presente no corpo esquadrinhado em órgãos e tecidos, na relação cindida com o outro, em que o usuário é objetivado, na organização dos serviços de saúde e do atendimento marcados pela descontinuidade das ações realizadas, aspectos que afrontam diretamente a possibilidade de se efetivar práticas de integralidade em saúde. (p.105)*

Se considerarmos o contexto, a realidade, a comunidade onde a USF está inserida, é possível entender que esta profissional se depara com uma proposta de mudança, com o desafio de implantação e efetivação da ESF, ao mesmo tempo que o serviço, a unidade são a única referência para a população em todos os aspectos de saúde, que funciona, em muitos momentos, como pronto-socorro, dada a localização distante da cidade, considerada pertencente à zona rural.

> *é uma Unidade que a única referência, por ser distante de ....., é uma referência para tudo, então é referência para urgência, para emergência, para trauma, para atendimento programático.*

O cotidiano como espaço de maior expressão da alienação (Martins, 2005), somado à grande demanda que busca a USF, contribui para que a Enf. J não perceba que o serviço de saúde, funcionando como pronto-socorro e focando seu trabalho no atendimento, na consulta, acaba reforçando a visão médico-centrada e de busca do especialista para problemas pontuais de saúde. Este cotidiano alienante e sobrecarregado pela busca de soluções pontuais parece contribuir para a cisão entre o pensar, sentir e agir da Enf. C. Neste processo, ela parece não ter desenvolvido uma consciência ou auto-crítica do quanto a prática cotidiana em saúde mantém um modelo de saúde vigente e contribui para reforçar a cultura dominante. Portanto, este aspecto não faz parte do sentido construído por ela, que atribui ao outro (usuário) e ao contexto a manutenção da cultura do especialista, médico-centrada.

## NÚCLEO II – A ESF COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA CULTURAL E DA PRÁTICA EM SAÚDE

A ESF foi elaborada e se tornou política pública no Brasil após 1994, com o objetivo de viabilizar os preceitos do SUS, como estratégia para promover mudanças no modelo de assistência à saúde predominante no país. O seu significado tem sido uma construção cotidiana por parte da maioria dos profissionais de saúde, por uma busca pessoal de formação ou pela experiência de inserção.

Nesse contexto, só nos últimos anos é que a ESF passou a integrar formalmente os currículos de graduação em saúde e, mais recentemente ainda, é que apareceram os cursos de especialização em saúde da família. Portanto, é um dado a ser considerado quando se analisa o sentido da ESF para os profissionais de saúde. O tempo de formação e as possibilidades de acesso a um conhecimento formal sobre o tema são fundamentais para compreender a construção de sentido.

Enf J entende a ESF como possibilidade de mudança e transformação da realidade. Na visão sócio-histórica, o homem é entendido em sua constituição, como aquele que é afetado pelo mundo e vivencia essa experiência com muitas possibilidades de sentidos, construindo seu mundo psicológico ao mesmo tempo que interfere no mundo, por meio de sua atividade e da mediação feita pela linguagem (Aguiar, 2007). Este entendimento nos possibilita perceber, na construção do sentido de ESF por parte da enfermeira, como sua história de vida foi fundamental. A construção de seu pensamento e as mudanças foram se dando por suas escolhas pessoais, profissionais e

no processo de apropriação da ESF. Sua escolha pela enfermagem passou pela negação, primeiramente por ser o que sua mãe desejava. Com a experiência de vida e de trabalho, foi se deparando com situações que exigiram um comprometimento ético muito grande e uma análise crítica da realidade, fazendo-a repensar sua escolha profissional. Vejamos como se desenvolveu esta história de construção de sentido pessoal, no trecho abaixo.

> *"Quando eu fui fazer graduação, eu decidi fazer graduação da seguinte forma: quando eu tinha 14 anos, minha mãe falou assim: "Filha, faz enfermagem". Eu falei: "Eu não vou fazer o que você quer, eu vou fazer o que eu quero" (risos) Porque ela sempre quis ser enfermeira. "Eu não vou fazer o que você quer, eu vou fazer o que eu quero". Aí eu fui fazer técnico em contabilidade – tudo a ver, né?"*

A Enf. J morou fora da casa dos pais, ainda adolescente, por decorrência de conflitos com eles. Passou a morar nos empregos e, segundo ela, essas experiências foram fundamentais para a compreensão do sentido de cuidado e de respeito ao outro. Fez o curso técnico em contabilidade, trabalhou na área, mas não se adaptou. Depois foi trabalhar em uma creche onde funcionava também um asilo. Neste emprego ela não tinha uma função específica, mas fez de tudo um pouco. Relata que, quando acompanhava os velhinhos ao posto de saúde, ficava indignada com a forma fria com que os funcionários atendiam as pessoas. Demonstra esta indignação ao falar que essas pessoas não se colocavam no lugar do outro, não assumiam responsabilidade pelo cuidado. Esta experiência a fez repensar a escolha profissional e, aos poucos, foi descobrindo que gostava do que estava fazendo, foi se identificando com o cuidado ao outro.

> *Aí fui trabalhar numa creche, era a creche de um lado e o asilo, uma casa de doentes do outro. E lá eu me encontrei, eu me doei, é lá que eu fui morar. Então assim, eu aprendi a dirigir, eu dirigia a kombi, eu pedia doação, eu trabalhava no escritório, quando eu não trabalhava com dinheiro eu fazia a comida, precisava dar banho nos velhinhos, eu dava. Eu aprendi a fazer medicação, a ver pressão. Foi aí que eu vi: "Acho que eu gosto desse negócio de cuidar.*

Os sentimentos são orientadores da vida cotidiana e estão diretamente relacionados à consciência, que desenvolve e transforma-se articuladamente ao pensar, ao sentir e ao agir. Segundo Sawaia (1995), *consciência é emoção, é razão e é ação* (p.299). Percebemos a implicação da Enf. J com o cuidado em saúde, ao indicar o sentimento vivenciado no cotidiano, impulsionando-a a uma busca profissional que pudesse responder aos seus motivos e necessidades, no sentido apontado por Heller (apud Sawaia, 1995) em que sentir é estar implicado.

Portanto, entendemos que as necessidades de mudança que impulsionaram Enf. J a rever sua escolha profissional e buscar a enfermagem foram se constituindo em sua vivência, em suas experiências de trabalho. Foi afetada pela realidade vivenciada, internalizou-a, significou e simbolizou. Assim, a conversão da realidade externa em sentido pessoal mobilizou-a para a atividade de estudo, de acordo com o que é descrito por Aguiar e Ozella (2006):

> *As necessidades se constituem e se revelam a partir de um processo de configuração das relações sociais, processo este que é único, singular, objetivo e histórico ao mesmo tempo. (....) a constituição das necessidades se dá de forma não intencional, tendo nas emoções um componente fundamental.(p.228)*

Em continuidade, sua entrada na faculdade e a vivência com disciplinas como saúde pública fizeram-na optar por trabalhos e estágios com comunidades. Quando foi apresentada ao saúde da família, identificou-se por completo, passando a direcionar a ênfase de sua formação para a área. Percebemos mais uma vez a implicação da enfermeira com a busca de uma profissão que correspondesse à sua necessidade de cuidado, numa perspectiva emancipatória e não-assistencialista. Relata que fez a graduação inteira envolvida com saúde da família, bem como os estágios. Ao mesmo tempo, tece críticas ao curso por dar ênfase à área hospitalar nos estágios.

Saúde da família direciona o trabalho para a comunidade. Essa prática consiste, segundo Sawaia (1995), em trabalhar no isolamento social, na convivência e na comunicação, possibilitando a existência individual e coletiva às pessoas, ou seja, a atividade em comunidade implica envolvimento e ação. Segundo Marx (1983b), a atividade constitui-se no instrumento de mediação entre o particular e o genérico, consistindo na apropriação e transformação da natureza, dos fenômenos. Parece ser este o processo vivenciado pela Enf. J, com a significação da realidade mediada pela atividade (vivência fora da casa dos pais, trabalho em várias frentes, a escolha pela enfermagem e a apropriação e reflexão sobre a ESF), que a faz modificar sua compreensão, construindo um sentido pessoal de ESF. O sentido pessoal (Leontiev, 1978), denominado por González Rey (2005a; 2005b) de sentido subjetivo (ou significação da singularidade) é para este último um dos princípios de análise e interpretação do sujeito, constituindo-se como legítimo na produção do conhecimento.

Percebe-se, que essa profissional fez uma escolha pela ESF, diferente da de muitos profissionais que estão na estratégia, os quais sinalizam como fator prioritário da sua

escolha o mercado de trabalho ou, mesmo o incentivo salarial. O sentido da ESF para Enf. J é marcadamente um processo revolucionário, um salto qualitativo no sentido do cuidado em saúde e de exercício da integralidade, na perspectiva discutida por Ayres (2007) de que o cuidado ocorre sempre que os sujeitos (profissionais de saúde e outros) assumem responsabilidades sobre a felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, considerando-os como partícipes do processo. A frase abaixo indica este compromisso:

> *Foi aí que eu vi: "Acho que eu gosto desse negócio de cuidar". E quando eu levava os velhinhos nos postos, eu ficava muito indignada da forma fria como as pessoas atendiam, a falta de se colocar no lugar do outro, de assumir a responsabilidade, de assumir o cuidado. O outro tem responsabilidade? Mas a gente também tem.*

Entretanto, a práxis ainda não se revela concretamente, como pudemos observar no primeiro núcleo, o que é perceptível nas contradições entre o pensar e o fazer saúde. Mas, considerando que a contradição é parte constitutiva no desenvolvimento da consciência, e que os sentidos são dinâmicos, se reconstroem dialeticamente, podemos apontar uma prática em processo de transformação do fazer saúde, de efetivação do cuidado para além da assistência em enfermagem.

O sentido de trabalho em equipe na ESF, para a Enf. J, está pautado na possibilidade de mudança no que se refere à co-gestão com outros profissionais e com a comunidade. Ou seja, o sentido de trabalho em equipe é vivido por ela como algo que não existe em outro sistema, que costuma enfocar a atividade individual, não considerando a equipe, como evidencia o trecho abaixo.

> *Eu acredito muito na saúde da família, quando a gente consegue trabalhar com equipe, que consegue dividir, um apóia o outro, né? Se eu não estou aqui tem o outro que entende, para assumir junto, não é: "Ah! Ela é enfermeira chefe", eu detesto isso. Eu vejo que na saúde da família, a gente tem essas possibilidades, a possibilidade da co-participação, co-responsabilidade, da co-responsabilidade junto com a comunidade, a gente tem possibilidade de mudança porque a gente acaba conhecendo a realidade, conhecendo a família, conhecendo como é a estrutura dessa comunidade. E aí a gente pode... tentar, né?, mudar, tentar junto, né?, algumas coisas, propor, o que é mais difícil quando está no outro sistema: você está sozinha, você não conta com o outro, não conta com uma equipe apoiando. Eu gosto muito da saúde da família de você poder falar para a equipe: "Olha, não estou gostando disso. O que a gente pode fazer para melhorar?"*

Podemos inferir que, para esta enfermeira, a ESF tem um sentido de realização que vai ao encontro de suas necessidades e principalmente do que ela entende como importante na possibilidade do cuidado, podendo conhecer a realidade, a família, a

estrutura e tentar mudar. Respaldamos nossa análise pela compreensão de sentido apontada por Aguiar e Ozella:

> O *sentido refere-se a necessidades, que muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade* (2006, p.227)

A partir de sua história de vida e do sentido de ESF, Enf. J concebe o trabalho nos moldes preconizados pelo SUS, focando a prevenção e a promoção de saúde. Demonstra clareza em analisar as dificuldades de se fazer cotidianamente esta prática, ao indicar como o contexto e as condições sociais dos usuários dificultam o trabalho, principalmente pela limitação da perspectiva de vida , bem como pela baixa escolaridade e analfabetismo da comunidade onde trabalha. Também compreende como dificuldade a cultura predominante na comunidade, que envolve algumas crenças que interferem no desenvolvimento da prevenção, por exemplo, na questão da amamentação citada na fala a seguir:

> *Em relação à amamentação eu fico bastante triste porque começo a sentir falta de pré-natal. A gente percebe que passa leite do curral para a criança. Então, assim, é uma coisa que a gente está tentando trabalhar.*

Ela demonstra vivenciar um dilema entre o que acredita e o que encontra como condições reais de trabalho, que dificultam a efetivação da proposta da ESF. Compreende e analisa os determinantes históricos, sociais e políticos, mas, ao focar o cotidiano, culpabiliza a população e a demanda. Fala das tentativas de implementar grupos preventivos, de promoção de saúde, mas compreende que, por decorrência da demanda, essas atividades ficam prejudicadas. Ao discursar sobre o trabalho cotidiano na USF, aponta uma realidade promissora e ao mesmo tempo limitada, já que percebe que a USF acaba sendo referência para tudo, funcionando como um pronto-socorro (urgência, emergência, traumas, outros), o que obriga a realização de um grande número de consultas. Como afirma:

> *..dinâmica doida, atendimento, atendimento, atendimento (...) Então a nossa dinâmica é assim: é uma demanda muito grande. A gente está tentando implementar grupos preventivos, de promoção à saúde, mas a gente acaba ficando tão centrado no atendimento da demanda que assim, a promoção e a prevenção acabam ficando afetadas, a gente acaba tendo dificuldade, até mesmo as visitas domiciliares, a gente está com bastante dificuldade para isso. Demorou um tempo... do tempo que eu vim para cá, tinha um médico só que ficava só três horas no posto, então acabam não querendo vir. Tem um estímulo, tudo, um estímulo salarial, mas mesmo assim tem dificuldades. Aí nós ficamos um bom tempo, durante três meses com um médico só.... no tempo que eu entrei, né? Então isso dificultou bastante porque aí eu acabei assumindo as atividades, o pré-natal, a puericultura, o atendimento.*

Fica mais uma vez evidente a unidade dos contrários, o pensar e o agir. Ela concebe a ESF, o trabalho e a equipe como avanços importantes no fazer saúde, mas tem a necessidade de justificar o que identifica como práticas incoerentes com a proposta da estratégia e os preceitos do SUS. Neste momento, acaba por culpabilizar a população, não percebendo, como dissemos no primeiro módulo, que essas práticas médico-centradas contribuem para a manutenção da cultura da população. Assim, o dilema permanece: ela procura implementar mudanças ao cotidiano mas é impelida, pela demanda, pela cultura e pelas necessidades reais de saúde da população ao exercício de uma prática mais tradicional, atendendo a questões pontuais de saúde.

Compreendemos que a enfermeira tem clareza desse dilema, porém sua necessidade de justificar as contradições entre o trabalho esperado e o de fato executado não lhe possibilita enunciar que está contribuindo para a manutenção da cultura médico-centrada ao invés de estar trabalhando para modificá-la.

Neste sentido, Enf. J avalia que as demais atividades são prejudicadas, por exemplo a visita domiciliar, dificuldade também atribuída, segundo ela, a um histórico da unidade com relação ao médico anterior, que não cumpria a carga horária, só ficando três horas. Esta situação sobrecarregou seu trabalho, que acabava concentrando muitas atividades como o pré- natal, a puericultura e a consulta.

Indica clareza quanto ao processo e entende que agora, com a chegada do novo médico, a situação começou a mudar, mas que leva um certo tempo para conseguir implementar as atividades de promoção e prevenção. Aponta também o esforço coletivo para o trabalho em equipe, mas percebe que alguns temas são bem complicados de se discutir em equipe, por entraves culturais, por exemplo, como o agente comunitário vê a questão da adolescente, da menina que quer engravidar aos 13 anos. Para ela, o agente, em geral, não percebe como problema, como algo a ser pensado do ponto de vista da saúde, da promoção e prevenção, já que para aquela comunidade é comum esta prática, sendo a menina apoiada por toda a família. O trecho abaixo demonstra este contexto.

> *Até quando eu entrei, teve o problema do embate, eu olhava pra tudo isso e falava: gente, como? Aos 13 anos ficar grávida Não pode, é uma criança. ... Elas mesmo falavam: por mais que a gente leve a camisinha, pra eles, é natural, para eles é cultural, não tem como mudar.*

Apesar da crítica, Enf. J pondera, construindo uma compreensão de que este agente comunitário reflete a cultura da comunidade e, por decorrência do trabalho,

vivencia conflitos entre o saber profissional e o sentido pessoal naturalizado como membro da comunidade. Em suas palavras:

> *Eles tem uma percepção que é entendida como natural, elas enquanto profissional sabem que não é natural, mas ainda não foi encontrado um caminho, não ficou claro, de como abordar isso.*

Este conflito mencionado pela enfermeira J apareceu como um dos aspectos da pesquisa realizada por Bornstein e Stotz (2008), que apontam que este papel de mediador entre a comunidade e o serviço de saúde tem uma característica singular no que se refere ao pertencimento do agente comunitário de saúde (ACS). Na mesma direção, Mendonça (2004) entende que é a forma de se garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade.

Portanto, o que para a enfermeira aparece como um elemento que dificulta o trabalho junto a comunidade, é entendido pelos autores citados como um aspecto importante para se garantir o sentimento de pertencimento a uma determinada comunidade. Por outro lado, Martines e Chaves (2007) indicam que as contradições vivenciadas pelo ACS, considerado pela ótica da psicodinâmica do trabalho como um território de tensões no trabalho cotidiano, vulnerabilizam e causam sofrimento psíquico, ao mesmo tempo que o estudo realizado por eles aponta a existência de mecanismos peculiares, identificados como a competição do ACS consigo mesmo, com seus limites, seus resultados, projetos, aspirações, negando entregar-se ao sentimento de fracasso e frustração perante a comunidade.

Nesta perspectiva, a prática do ACS é permeada pela vivência das contradições entre o saber profissional e o sentimento de pertencimento à comunidade, cujo saber é cultural, como foi apontado e compreendido pela Enf. J, indicando que está no processo de construção de uma prática baseada no sentido que a ESF tem para ela.

Entendemos que a Enf. J consegue analisar dialeticamente o movimento vivenciado pelo AC, pois aponta o contexto, as condições sociais e culturais como dificuldades, indicando caminhos de superação, como a problematização junto à equipe, no sentido de uma auto-reflexão do porquê começam e não conseguem dar continuidade a algumas coisas. Fica evidente que para ela não existe uma representação predeterminada sobre o agente comunitário, mas um sentido em construção, refletido e repensado a cada situação da vivência, apesar de apontar, como uma dificuldade para o

trabalho cotidiano na USF, as visitas domiciliares e principalmente o desenvolvimento de trabalhos preventivos e educativos, como no caso da gravidez na adolescência.

Na mesma ótica, cita alguns dos trabalhos em grupo que, apesar das dificuldades apontadas, têm conseguido desenvolver as propostas na USF. Quanto aos adolescentes, cita o trabalho com grupos que foi muito bom, realizado em conjunto com a escola, mas atualmente parado, o qual retomaremos para discussão no próximo núcleo.

Parece que o sentido construído sobre o trabalho com grupos vai além do informativo, sendo concebido como um espaço de construção de conhecimento.

> *A gente abriu um pouco... e nós fizemos em roda, né? A gente foi discutindo, já vendo o que eles queriam depois. O que eles queriam, para ver o que mais eles queriam estar discutindo ou não. Aí nós fizemos apostilas, tudo, eles mesmos iam lendo, as dúvidas, foi um bate-papo. Foi muito gostoso, eles adoraram. Eles falaram: podia ter sempre.*

Ela demonstra em sua fala uma preocupação em refletir com a equipe sobre o que significa o trabalho, aonde se quer chegar.

> *A gente está problematizando essa questão: "por que a gente começa alguma coisa e de repente ela termina?" Então, a questão não é só aqui, é meio que geral.*
>
> *É um processo. Então, a nossa dinâmica é uma dinâmica doida! (risos) Atendimento, atendimento, atendimento, a gente está tentando, acho que a gente já cumpriu alguma coisa. A nossa perspectiva é estar, mesmo, olhando a questão da promoção, da prevenção, a gente precisa tentar fazer isso com a população.*

Refletindo sobre o processo de trabalho nesta unidade, ficou evidente que procuram olhar a demanda e pensar alternativas a partir das necessidades da comunidade e não apenas desenvolver um trabalho já predeterminado como exigência. Exemplo disso é a questão do acolhimento, que foi determinado pela administração como obrigatório em todas as unidades. A Enf. J, quando fala do acolhimento, demonstra que para ela ele tem um sentido mais amplo do que ouvir a demanda e encaminhar; considera um momento que deve ser de proteção, realizado em sala fechada, principalmente onde se resguarde o sigilo, independentemente de quem seja o usuário.

Rodrigues e Lima (2008) concluem em seu trabalho sobre a representação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família que ele ainda não foi incorporado como um elemento fundamental ao processo de trabalho, porque o sentido construído é entendido de forma fragmentada, grande parte por relacionarem acolhimento, atenção e amor e e

não os elementos que compõem, segundo as autoras, o cuidado em saúde, ou seja, o acolhimento e atenção.

Desta forma, podemos entender que a Enf. J encontra-se num processo de construção de novos valores e entendimento do que seja o cuidado em saúde, tendo ultrapassado saberes tradicionais ligados à racionalidade biomédica. Parece estar num caminho de entendimento da prática em saúde que respeite o usuário do serviço enquanto sujeito, enquanto membro de uma comunidade, de uma família, com uma história de vida que produz sua saúde e doença, diferentemente do que aponta o estudo realizado por Ayres e Pereira (2006), segundo os quais:

> *os profissionais da área de saúde não estão devidamente preparados para a realização do acolhimento, através de uma atenção humanizada.(p. 310)*

Parece-nos evidente que esta enfermeira, apesar das contradições entre o pensar e o fazer, constrói e reconstrói sentidos para sua prática em saúde, tendo sempre como referência sua própria experiência de vida pessoal e profissional e suas reflexões, sua consciência crítica, mediadas pela linguagem.

## NÚCLEO III - COMPREENSÃO DE ADOLESCÊNCIA: O SER ADOLESCENTE EM CONFRONTO COM O TRABALHO NO CAMPO DA SAÚDE

A compreensão de adolescência é por nós entendida como uma construção de cada sujeito a partir de sua história de vida, de seu contexto social, de sua cultura, de suas condições concretas de existência e vivência com a adolescência de outros (irmãos, primos, vizinhos). Também consideramos que a formação pode contribuir na construção dessa compreensão.

Buscando entender o sentido de adolescência construído por Enf J, observamos que, para ela, a adolescência corresponde a um momento de bastante conflito, a uma fase transitória, um período de descoberta e de afirmação enquanto pessoa. Atribui à adolescência duas características principais: a desconfiança e a insegurança decorrentes do conflito vivenciado. No entanto, não parece, em princípio, atribuir a essas características uma naturalidade, como sendo próprias do desenvolvimento biológico do adolescente, pois ela retoma sua história de vida e demonstra que a compreensão da própria adolescência só veio depois de vivenciar algumas experiências de vida, morando

fora da casa dos pais, considerando que foram de muito aprendizado , principalmente quando pôde conviver com a adolescência dos irmãos.

> *É um momento, assim, de bastante conflito. Um momento que a gente... tem a formação da família, a família passou alguns conteúdos, alguns conceitos e aí é o momento que a gente quer descobrir se o que a família falou é verdadeiro. E aí a gente acaba buscando os grupos, se vendo... os colegas. E aí entra o conflito: o que eu quero; o que a família quer. Entra bastante conflito, é se afirmar enquanto pessoa, é "ninguém manda em mim, minha mãe não manda em mim". Eu vejo tudo isso, bastante conflito*.

> *Então, eu aprendi muito morando fora de casa, mas aí eu voltei e acompanhei a adolescência dos meus irmãos, foram muito parecidas com a minha. Então, foi onde eu entendi que é mesmo um momento de conflito.*

Identificamos no seu processo de construção de sentido de adolescência o desenvolvimento da autoconsciência como elemento importante na compreensão do vivido, estando, portanto, na direção do que Vigotski (2006) considera como um dos elementos fundamentais na idade de transição. Segundo o autor, a marca dessa idade consiste no salto qualitativo nas funções psicológicas e no caráter pessoal que adquirem os atos psíquicos.

O sentido de adolescência expresso por ela nos remete a elementos interessantes de análise. Observamos que em seu discurso, ela usa a palavra "momento" ou "fase transitória". Olhando o contexto da fala, fica evidente que não considera como uma fase ou algo que possamos supor como inerente ao sujeito.

> *Então, foi onde eu entendi que é mesmo um momento de conflito..... então a minha forma de lidar com adolescência é assim, é uma fase transitória, é uma fase que a gente não tem dado conta, pai, mãe.. precisa buscar ajuda profissional, uma terapia...tem que estar dialogando, tentando entender, sem estar julgando, então eu procuro ver assim a situação.*

O sentido de adolescência é muito mais amplo que o significado expresso na palavra conflito, refletindo sua história de vida, e articulando os eventos psicológicos produzidos por ela, frente à realidade (Aguiar e Ozella, 2006). Segundo ela, sua adolescência foi de muito conflito com os pais. Para Enf. J, ter saído de casa foi uma situação de muito aprendizado, assim como a volta, que lhe possibilitou compreender que era mesmo um momento de conflito. O trecho abaixo nos possibilita entender este processo.

> *Minha experiência como filha, como irmã. Eu entendi o que aconteceu comigo, quando eu acolhi meus irmãos, que eu pude falar assim: "Entenda o pai, ele teve outra criação, ele quer o melhor pra gente, tenta entender, você vai crescer, vai se tornar homem". Então,*

> *hoje eles me vêem..é tão gostoso, sabe quando você se sente meio mãe, assim? (risos) Ele não fala "mãe", você sente que eu pude estar presente ali, estar abrindo o olho dele, estar conversando com ele, de estar se envolvendo com droga, saiu de casa, ai a gente foi atrás, conversou, tudo.. Então, é a minha experiência, mesmo, de vida.*

Enf J construiu um sentido de adolescência, a nosso ver, não naturalizado, já que não indica que todos passarão por ela do mesmo modo. Aponta o conflito como decorrente das condições e da expectativa que a sociedade coloca sobre o adolescente. Entretanto, mantém a idéia de universalidade, ao indicar que os seus irmãos passaram por esse momento de forma muito parecida com a sua. Em nenhuma fala sugere que alguns possam não vivenciar este momento de conflito. Portanto, sua compreensão não coloca o conflito como natural da idade, mas decorrente da vivência social, no sentido defendido pela perspectiva sócio-histórica, qual seja, ela não existiu sempre, mas foi se constituindo na história, a partir das necessidades sociais e econômicas, e da relação com o mundo adulto, conforme discutido no primeiro capítulo.

Também percebemos que ela não traz uma visão pronta sobre a adolescência quando se depara com pais buscando orientação para lidar com os filhos adolescentes e não utiliza adjetivos de cunho moral. Assim, sua prática parece ser permeada pela consciência desenvolvida em seu processo histórico, significando a adolescência no contexto de cada um, evidenciando, mais uma vez, a não-naturalização.Ainda, indica que pode haver a necessidade de buscar ajuda, mas não para o adolescente, mas sim para a família, para o conflito vivenciado, não patologizando o conflito, mas entendendo-o como produto das relações sociais, como demonstra o trecho abaixo.

> *E em relação ao trabalho, quando vem um pai, fala da dificuldade de lidar com o filho e o filho fala da dificuldade de lidar com o pai, eu tento abordar nesse sentido, que é uma fase, fase de descoberta, de crescimento, que a gente precisa buscar, então a minha forma de lidar com adolescência é assim, é uma fase transitória, é uma fase que a gente não tem dado conta, pai, mãe.. precisa buscar ajuda profissional, uma terapia...tem que estar dialogando, tentando entender, sem estar julgando, então eu procuro ver assim a situação.*

Atrelada à sua experiência de vida pessoal, percebemos que sua história de vida profissional não é considerada por ela como relevante. Esclarece que, durante a formação, teve escassos contatos com adolescentes, e que sua graduação foi muito teórica e sem direcionamento para questões da adolescência. Julga que as experiências de trabalho não foram muito positivas, já que não possibilitaram buscar o adolescente: *" você tem que ir aonde eles estão agrupados, não adianta você chamar, a gente tenta levar filme, fazer pipoca.."*

Porém, ela parece estar construindo um novo sentido para sua experiência profissional com adolescentes, ao relatar sobre o trabalho com eles, na USF atual. Considera como positiva por ser um espaço do diálogo, principalmente com a escola. Essa perspectiva do diálogo é apontada por Ayres (2007) como uma forma de assumir responsabilidade frente ao outro, advertindo que, para o efetivo diálogo, é preciso uma escuta qualificada.

Ela parece partilhar desse entendimento, quando relata que utilizaram uma metodologia diferenciada, procuraram, buscar o que os adolescentes queriam, não levaram tudo pronto. Foram utilizadas dinâmicas de grupo para levantar o que queriam falar, como exemplificam os trechos abaixo:

> *...foi muito legal porque aí, ao invés da gente levar alguma coisa pronta, a gente fez dinâmica, brincadeiras, tudo.*

> *...a gente quer conversar com vocês, a gente não sabe tudo, mas a gente vai aprender com vocês, mas a gente quer saber o que vocês querem falar.*

A estratégia utilizada é considerada muito importante para Enf J, indicando que o que faz sentido é deixá-los falar.

A adolescência é compreendida por ela como um momento de muita saúde, de muita vitalidade. No entanto, considera que pela onipotência do próprio adolescente e pelo contexto onde vive, ele pode adoecer, assinalando que o adoecimento é decorrente das condições sociais e da vida, o que é coerente com sua compreensão de saúde e doença discutida no núcleo um, consideradas como conceitos flutuantes. O trecho a seguir esclarece este pensamento:

> *No adolescente, ele acha que ele não adoece, né? (risos) Ele se expõe muito fácil a riscos, né?,Tem muita vitalidade, ele se acha. A própria formação, a idade, então às vezes acaba adoecendo nas coisas mais graves por essa situação. A situação familiar, a conversa, às vezes na forma de estar abordando acaba afastando mais do que trazendo para dentro de casa e aí acaba tendo muitos problemas de saúde por causa disso. É um momento que a gente tem muita saúde, né? (risos) A gente tem tanta saúde, a gente vai pra festa, a gente bebe, no outro dia fica bem. Para mim o adolescente é muito saudável. Então é flutuante.*

Como decorrência, a enfermeira acredita que os profissionais tenham dificuldade de trabalhar saúde do adolescente por falta de embasamento e organização dos serviços. Parece que ela desenvolveu uma consciência crítica sobre a organização dos serviços que a leva a analisar as dificuldades de trabalho não culpabilizando o próprio adolescente ou as características da adolescência pela não-procura da USF. Para ela existe muita dificuldade nos serviços de ampliar as atividades educativas e, como, na

sua opinião as atividades com adolescente só têm sentido nessa perspectiva, ele acaba ficando sem atenção, sem a organização de uma estratégia que vá até o seu encontro.

> *Acho que a maior dificuldade nossa é essa... é nos organizar para fazer a atividade educativa. Se a gente tivesse desde o ensino fundamental, eu acho que a gente ia caprichar, ia abrir um pouco mais o leque, ia falar um pouco mais abertamente. Eu acho que a dificuldade é essa: nós não estarmos atrelados com a questão da demanda e ainda a gente não tem tido perna para ampliar esse trabalho de atividade educativa.*

> *na minha residência, eu fiquei numa área de favelamento... a gente não conseguiu desenvolver muita coisa com adolescente lá, não. Primeiro porque não tinham muitos recursos na área, não tinha escola, não tinha nada, não tinha isso que tem hoje. Então chegava muito pontualmente pra gente, então a forma de atuar era individual, ou um aconselhamento, atendimento em grupo, com a psicóloga.*

O pensar promoção e prevenção de saúde é o foco do discurso da Enf J, estando sua perspectiva de trabalho nessa direção. Não compreende o momento de transição do adolescente como problema, mas como algo que requer atividades educativas, conjuntas, numa abordagem ampla dos processos educativos em saúde. Nesse sentido, inclui outros atores como fundamentais, principalmente os professores e pais, como podemos constatar no trecho a seguir.

> *Eu acho que deveria ter um trabalho com a educação, um trabalho de agenda, de rotina, regularmente, semanalmente, que a gente fizesse um encontro conjunto com a educação, onde a gente estivesse junto com as professoras, em que as professoras estivessem preparadas para abordar o assunto e que, no momento, com os pais porque a gente percebe que os pais eles abortam essa discussão, eles têm medo de discutir isso. A gente percebe que precisa ter estímulo para tratar. Então, eu acho que o ideal era ter um trabalho junto com a escola, ir uma vez por mês, mensalmente, envolvendo a família.*

Também atribui à formação algumas dificuldades dos profissionais, apontando falhas no que se refere à adolescência. Acredita que o que modificaria este quadro seria uma formação que levasse a problematizar, discutir, montar, discutir novamente, já que os problemas que envolvem os adolescentes não são específicos da idade, mas decorrentes de uma vivência, de uma cultura que considera o conflito como natural neste momento da vida.

Entretanto, apresenta como dificuldades para o profissional características da adolescência como a onipotência de achar que não fica doente e a desconfiança. Interessante notar que, ao definir adolescência, a profissional indica uma compreensão um pouco mais ampla do que a visão naturalizada, mas, quando representa o sentido de trabalho com esse grupo, apontando dificuldades, tende a compreender a adolescência

de forma naturalizada, colocando características comportamentais como inerentes a ela, ou melhor, ao ser humano nesta fase da vida.

Considerando que a ESF, a partir de 2007, passou a ser uma das principais responsáveis pela atenção a saúde do adolescente, a forma como os profissionais entendem o adolescente dentro da ESF surge como um elemento a ser considerado na prática cotidiana da ESF. Verificamos que a Enf. J construiu um sentido de ESF que a leva a colocar o adolescente na perspectiva da prevenção, com o envolvimento da família e, principalmente, com a recomendação de que o trabalho seja desenvolvido em conjunto com a escola.

Percebemos que existe coerência entre como pensa a ESF e como concebe o trabalho com adolescentes; ela não naturaliza a adolescência, apesar de atribuir algumas dificuldades ao trabalho com esta população. Captamos, assim, um movimento dialético na relação entre pensamento e linguagem (Vigotski, 2001a), contribuindo para um fazer cotidiano em relação à adolescência articulado com sua concepção de sujeito adolescente. Portanto, um sentido dinâmico, fluido e complexo, que tem por base uma concepção de homem e de mundo como construções sociais.

Fica também evidente, no seu discurso, que pelo fato de o adolescente não adoecer fisicamente, todos os demais aspectos de sua saúde devem ser trabalhados em grupo, cabendo aos profissionais preparar os professores para o trabalho conjunto, incluindo também os pais. O sentido de saúde, de ESF e de adolescência construídos pela Enf. J parece colocar no outro extremo as necessidades de saúde do adolescente, mas não exclui ações mais pontuais, como apontou em outros momentos: que a partir do trabalho na escola, muitos adolescentes passaram a procurar a USF, passaram a ter a unidade como uma referência, indicativo de que a Enf J compreende que este espaço, este vínculo criado com o adolescente também deve ser foco de atenção na unidade, e que deve ser cuidadosamente pensada uma proposta de acolhimento a ele.

> *A gente começou mesmo, a implantar mesmo o acolhimento: o acolhimento, a demanda, qualquer procura na Unidade. Então, quando um adolescente chega, eu percebo assim, ele é muito, ele tem medo da história dele ser levada adiante, às vezes eles não querem falar para outra pessoa, a não ser o médico. Mas, qualquer um que procura, é feito um acolhimento, a gente procura fazer um acolhimento em sala fechada. De forma geral é assim, independente se seja adolescente, a gente procura fazer com uma maior proteção, com maior sigilo possível. E o adolescente ele já busca isso, então é assim que funciona.*

Portanto, entendemos que a Enf. J não tem como pressuposto em seu trabalho na saúde da família uma adolescência naturalizada e patológica, como apreendida nos

constructos teóricos representados por Aberastury e Nobel (1989) e que sua perspectiva de trabalho com essa população vislumbra o trabalho preventivo e educativo como foco. Assim, parece coerente com a proposta da ESF, mas ainda com muitas dificuldades de efetivação do trabalho nos moldes por ela concebido.

## NÚCLEO IV – O QUASE ESPAÇO DA ESF E O NÃO LUGAR DA ADOLESCÊNCIA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Partindo do pressuposto de que a formação em nível de graduação, assim como todas as experiências vivenciadas pelos sujeitos no processo de internalização e simbolização contribuem para a construção do sentido de adolescência, buscamos entender como ela e a ESF foram abordadas durante a graduação dos profissionais de saúde.

Enf. J, em vários momentos de sua fala, se refere à formação na graduação, sempre apontando problemas, principalmente por considerar que esta ainda estava muito voltada para a prática hospitalar. Mas, em outros momentos, ressalta que esta mesma faculdade lhe deu a oportunidade de conhecer a ESF e poder direcionar toda a sua formação.

> *Bom, a minha graduação, eu não sei se você conhecesse o caso de ....., é... a política lá com relação à política de saúde é uma política hospitalar muito grande. Então é muito centrado em hospital, aquele hospital vertical (risos) tradicional, muito especialista. .... é uma cidade muito centrada ainda na... pouca prevenção, pouca promoção. E a faculdade acaba refletindo na formação.*

> *Eu esqueci de te falar, mas eu fui... eu fiquei 28 dias numa cidadezinha em Pernambuco, e a gente trabalhou bastante a questão da sexualidade e eu vi muito, a gente fez muita dinâmica lá, essa coisa: "A gente vai para lá e vai levar conhecimento nosso?" Espera lá. "Como a gente vai fazer? Não pode chegar lá e dizer o que eles têm que fazer. A gente tem que discutir junto" . Entender que é um sujeito ativo, que está na participação, na participação ação. Então, eu descobri muita coisa por conta própria, eu fui buscar. Minha graduação, a chance que ela me deu foi a chance de eu estar indo para lá, eu fui na graduação. Eu tive essa chance.*

Esta construção de sentido sobre sua formação parece considerar o contexto, ao analisar criticamente como a política de saúde dominante no município onde a universidade estava inserida interferiu drasticamente no direcionamento do curso.

A consciência crítica parece ter sido um dos pontos trabalhados em sua formação, pois reflete uma análise auto-centrada ao mesmo tempo que aponta lacunas, observa as possibilidades que esse mesmo espaço pode proporcionar, como a busca pela Estratégia

de Saúde da Família, inclusive a experiência de ir estagiar em uma cidade de Pernambuco, como ela mesmo relata no trecho acima. Como nos lembra Aguiar (2007) *o sujeito é afetado pelo mundo, vive essa experiência com todo o seu ser e, portanto, com toda sua diversidade e riqueza de possibilidades. (p.96)*

Assim, podemos observar que a construção de sentido da ESF foi afetada por experiência práticas, mas que nem todos os alunos têm a chance dessa vivência. Fica evidente que a Enf J fez uma escolha, ainda durante a graduação, que refletiu em todo o direcionamento de sua formação, ocorrendo a identificação com a área respaldada em sua história de vida e de escolha do curso de enfermagem.

Quanto à adolescência, seu discurso é enfático sobre o não-lugar dele na formação.

> *Então, assim, eu tive ótimos professores na Saúde Pública que tentaram resgatar um pouco isso, mas não teve essa coisa... a gente nunca foi em escola: "Vamos lá trabalhar com adolescente, fazer uma dinâmica!" Não teve. Eu acho que busquei bastante por minha conta, né? Eu xeroquei algumas folhas, eu tenho uma apostila muito legal do Ministério da Saúde que traz dinâmicas de você trabalhar a sexualidade*

Neste mesmo sentido, indica que disciplinas que traziam em seu título a adolescência acabavam focando muito mais a criança. Vai mostrando em seu discurso que o seu conhecimento sobre adolescência é decorrente de uma busca pessoal, e que não teve qualquer trabalho, por exemplo, com escolas ou que indicasse outras estratégias para abordar a saúde do adolescente. Lembra de aulas teóricas sobre o tema, mas não do que foi tratado. Argumenta que havia teoria e, para ela, a teoria tem que fazer sentido na prática.

> *Teve, mas foi muito incipiente. Era "Saúde da Criança e do Adolescente", ficou mais centrado na criança do que no adolescente. (risos)*
>
> *E aí a gente ia para o hospital. Não tinha aquela coisa de ir onde você encontra o adolescente, o adolescente na escola. Pouco adolescente está internado. Tem que montar uma estratégia de ir aonde o adolescente está. Não teve, não teve isso.*

Este não lugar da adolescência na formação do enfermeiro, apontado por Enf J, foi também evidenciado em alguns outros estudos (Peres e Rosenburg, 1998; Ferrari et al., 2006). Quando tratado, está na ótica do controle e da normatização da sexualidade (Bastos, 2003; Carvalho e Detsi, 2001; Teixeira, 2002). Neste sentido Ferrari et al. (2006) assinala que:

> *Enquanto a formação acadêmica das áreas afins não tem dado conta do ensino da adolescência e sexualidade humana no enfoque além do biológico, é imprescindível maiores investimentos na educação permanente dos profissionais nos serviços de saúde e assim, viabilizar a assistência integral à saúde do adolescente. (p. 2493)*

A especialização e a residência tem o mesmo sentido da graduação para Enf. J, ao avaliar que nesta também não existiu qualquer foco no adolescente. Pontua que a especialização tem o foco mais na relação familiar, mas não discute como trabalhar o adolescente dentro do contexto familiar.

Podemos refletir sobre este sentido construído por Enf J quanto à necessidade de a especialização/residência focar a relação familiar. Em princípio, poderíamos concordar com a possibilidade de ser a melhor estratégia para se pensar saúde da família, sem destacar nenhum segmento específico (criança, mulher, idoso, adulto, adolescente), mas, sim, compreendê-los todos em seu contexto de vida familiar e de vínculos estabelecidos. Ou seja, a ESF focando a família como um todo e cuidando das necessidades específicas de cada um de seus membros, porém sempre dentro do contexto familiar, onde direta e indiretamente, todos seriam responsáveis pela prevenção, pela educação e pelo tratamento.

No entanto, o que evidenciamos no cotidiano dos serviços de saúde, mesmo nas USF é a segmentação, as propostas sempre focadas em um segmento ou em uma doença (idoso ou diabético, hipertenso, etc.). A prevenção pensada de forma fragmentada e não contextualizada. Isso se reflete no como as pessoas são abordadas, entendidas, atendidas, orientadas e tratadas.

Enf. J traz para o contexto sua experiência de trabalho com adolescentes dentro da ESF, mas aponta como dificuldades a sua continuidade. Parece-nos que o sentido construído sobre adolescência exacerba dificuldades eminentes nos serviços de saúde e, como esta é uma demanda que quase não bate à porta, acaba sendo negligenciada, esquecida, negada, da mesma forma como foi na formação do profissional, como bem ela apresenta, ao fazer uma análise crítica sobre sua formação. Enquanto contexto, podemos acrescentar que Enf J se formou em uma universidade pública do Estado de São Paulo, cuja análise de currículos apreendemos o não-lugar do adolescente. O sentido que a formação lhe possibilitou construir sobre a ESF, mesmo não sendo o foco, não aconteceu com relação à adolescência.

Assim, sua história de formação vem respaldar a análise prévia realizada por nós sobre os currículos (planos e programas de ensinos de universidades públicas do Estado

de São Paulo), onde pudemos observar o não-lugar do adolescente, inclusive naquelas disciplinas cujo título indicava a adolescência como objeto.

A formação, despreocupada com a adolescência, negada enquanto demanda da saúde a ser compreendida, reforça e encontra respaldo nos serviços de saúde: já que o profissional não sabe lidar com esta população, ela também não chega até as Unidades de Saúde, ou, quando chega, é tratada segundo concepções pessoais decorrentes da história de vida do profissional, tanto pessoal quanto de trabalho.

Este contexto indica que não existe espaço para a reflexão, planejamento, ação e avaliação de propostas voltadas à adolescência, na formação (graduação, residência e especialização) e nem na formação em serviço, nas experiências que não vão além do atendimento clínico (clínica médica tradicional).

Por outro lado, quando chegam aos serviços, os profissionais se deparam com a população adolescente, sentem-se inseguros, por serem mal preparados e, em muitos casos, carregados de preconceitos. Sem ter muita opção, acabam encarando de forma naturalizada a adolescência, respaldados por manuais de pediatria, desconsiderando o contexto, a família, as condições reais de vida do adolescente em suas intervenções.

D - Considerações Sobre os Sentidos Construídos por Enf J

Para acessar os sentidos construídos pelos sujeitos, é de fundamental importância compreender como eles se constituem, tendo por base a concepção de homem e de mundo sobre a qual o olhar se direciona. Esclarecemos, que nosso olhar sobre os sentidos da Enf. J foi na perspectiva de compreendê-los enquanto determinados socialmente, e que, no processo de internalização, apropriação do mundo externo e dos significados socialmente partilhados foram simbolizados e ressignificados, construindo um sentido pessoal. Todo esse processo é constantemente mediado pela vivência do sujeito, pela sua atividade e suas simbolizações, ou seja, pela sua subjetividade, lembrando que para Vigotski (1995) todas as funções psicológicas superiores aparecem duas vezes: a primeira no social, e a segunda no individual.

Apoiando-nos nesses pressupostos, entendemos que Enf J aponta para a compreensão de saúde doença numa perspectiva flutuante, não pasteurizando o conceito. Para ela, saúde e doença dependem de como as pessoas vivenciam estes estados, e inclui as dimensões biológica, social, psíquica e espiritual. Portanto, o sentido

de saúde e doença para esta enfermeira está em constante processo de reconstrução, sendo significado no contexto e na história de cada pessoa.

Nessa perspectiva de saúde, considera a prevenção e o trabalho educativo como importantes, mas, no cotidiano de trabalho, procura justificar as dificuldades de efetivação desses princípios, responsabilizando a população pela cultura médico-centrada predominante no imaginário social.

Assim, identificamos a cisão entre a concepção e o entendimento da prática cotidiana, que para nós contribui para manter a cultura do especialista, médico-centrada. Como Friedman(1995) menciona, o processo de apropriação da realidade pode desenvolver maior ou menor consciência de si, já que nessa apropriação, o sujeito também se apropria de uma imagem de si, como parte desta realidade. Queremos dizer, portanto, que, na apreensão da realidade cotidiana da USF e na construção de sentido sobre o trabalho, Enf J não se apropriou da imagem conservadora da prática tradicional, que contribui para a manutenção da cultura médico-centrada junto aos usuários.

Quanto à ESF, construiu um sentido de possibilidade de mudança e de realização pessoal, que parece ir ao encontro de suas necessidades e ao entendimento do cuidado, na perspectiva que a motivou buscar a enfermagem e, durante a formação, o saúde da família. Parece-nos que ela vivencia uma prática em construção, sendo repensada a cada situação vivenciada. Encontra-se em processo de construção de novos valores e do entendimento do que seja o cuidado em saúde, tendo ultrapassado saberes tradicionais relacionados à racionalidade biomédica. Lembrando que as necessidades se constituem e se revelam no processo de internalização e simbolização das relações sociais, sendo um processo único, singular, subjetivo e histórico (Aguiar e Ozella, 2006)

A construção de sentido de adolescência da Enf J traz o entendimento de momento de conflito, apontando duas características principais: desconfiança e insegurança. Na análise de suas palavras, podemos captar no subtexto que ela não traz a priori uma concepção fechada de adolescência e, portanto, não tem um olhar naturalizado e patológico a respeito, mas entende que o conflito vivenciado é decorrente do lugar social em que o adolescente é colocado e da expectativa que se tem sobre ele. Compreendemos que esse sentido construído por ela está na perspectiva vigotskiana de entendimento da adolescência, que considera como um dos elementos fundamentais na idade de transição, a revolução nos interesses e o desenvolvimento da autoconsciência.

Porém, de certa maneira, universaliza quando indica que os adolescentes passam pelo conflito, não indicando qualquer diferenciação que dependa da cultura.

Ao tratar de saúde do adolescente, podemos perceber a coerência com sua perspectiva de saúde e doença, pois coloca que depende da vivência social a possibilidade do adoecimento. Ela não entende o momento de transição do adolescente como um problema, mas como algo que requer atividades educativas e conjuntas. Assim, não patologiza a adolescência, mas a coloca no foco do trabalho da promoção e prevenção, como estratégias que podem ajudar no desenvolvimento dele de forma mais autônoma e menos conflituosa.

Critica a formação, apontando falhas referentes ao estudo sobre adolescência. Sua formação tem um sentido construído na direção de que foi um quase espaço para apropriação do que é a ESF e de não-lugar da adolescência.

## Capítulo V - Considerações Finais

A perspectiva metodológica adotada neste trabalho tem como pressuposto que os sentidos construídos pelos sujeitos são pessoais e que, portanto, não cabe qualquer generalização ou comparação entre os profissionais de saúde participantes desta pesquisa.

Coerente com nossa perspectiva teórico metodológica, passaremos à elaboração de considerações sobre os profissionais de saúde, tendo como referência os elementos do discurso que julgamos mais significativos para a apreensão dos sentidos construídos por eles, relacionados ao nosso objeto de estudo e objetivos do trabalho. Apontaremos alguns elementos desses sentidos que parecem ser partilhados socialmente ou se mostram contraditórios ao que está instituído, numa perspectiva de captar elementos dos discursos e da produção de sentidos que possam ajudar a compreender melhor como tem sido o cotidiano dos serviços de Saúde e das Unidades de Saúde da Família (USF), focando a adolescência neste contexto. Lembramos que não buscamos generalizar e nem descontextualizar os sujeitos e seus sentidos pessoais.

Iniciamos este trabalho com o pressuposto de que a compreensão de como as pessoas pensam e, conseqüentemente, agem, constituindo-se sujeitos em seu processo só é possível a partir de um olhar que não fragmente o entendimento do fenômeno e possibilite compreendê-lo em sua dinâmica, em seu processo volitivo. Partimos do entendimento de que homem, mundo e fenômeno psicológico são construções sociais e históricas; assim, não existem a priori e não são decorrentes de um desenvolvimento natural, inerente ao ser humano. Desta forma, o psiquismo humano é resultado de mediações sociais, o desenvolvimento consiste na assimilação da experiência geral da humanidade, na apropriação do humano (genérico), constituído pela cultura, pela sociedade e pelas condições concretas de existência, num movimento de incorporação e superação dos aspectos considerados naturais ou biológicos. Consiste, portanto, na individualidade, no particular, compreendido como a internalização do mundo externo como expressão de sua condição histórica e social no mundo interno, mediada pela atividade, pela linguagem e desenvolvimento da consciência.

Apontamos que o referencial teórico metodológico que nos embasaria nesta busca seriam os pressupostos da psicologia sócio-histórica, tendo como um de seus principais representantes, Vigotski. Com este fundamento, realizamos as interpretações dos sentidos e as considerações a respeito dos profissionais participantes desta pesquisa.

Procuramos compreender os sentidos construídos pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município pesquisado, em seu contexto, em sua história de vida pessoal e profissional, na perspectiva de como construíram seus sentidos de adolescência - nosso objeto principal de análise. Coerente com nosso pressuposto de que não é possível captar os sentidos sem conhecer outros elementos constitutivos do discurso e do contexto dos sujeitos, buscamos também conhecer os sentidos construídos sobre a Estratégia de Saúde da Família, bem como do trabalho neste espaço, incluindo a adolescência neste contexto.

Os quatro profissionais de saúde que nos possibilitaram adentrar em sua subjetividade, expressando seus sentidos por meio das entrevistas, foram evidenciando um caminho sobre o qual construíram, constroem e reconstroem suas histórias de vida e reformulam seus sentidos sobre o mundo que os rodeia, mediando seus processos afetivos, cognitivos e sua ação.

Percebemos que a visão predominante sobre adolescência é, ainda, naturalizada, universal e patológica, com exceção da Enf J, que, por sua história de vida, sua experiência adolescente e pelo compartilhamento da adolescência de seus irmãos, foi construindo um sentido mais contextualizado, sendo o conflito entendido por ela não como um “problema” da adolescência, mas resultante da expectativa que a sociedade coloca sobre o mesmo. Ao tratar de seu cotidiano, do atendimento de adolescentes e de como pensa esta população dentro da ESF, coloca as ações preventivas e educativas em destaque, indicando que são as ações conjuntas, coletivas as que podem garantir ao adolescente um espaço de produção de saúde.

Os demais profissionais analisados também indicam ações coletivas, mas ainda muito focados em problemáticas, socialmente consideradas da chamada “fase adolescente”. Em seus sentidos, demonstram o entendimento de uma natureza humana dividida por ciclos de vida (fases), pela qual todos passarão, independentemente da cultura e do grupo social a que pertencem, bem como desconsideram grandemente as condições concretas de existência de cada adolescente.

No entanto, pudemos apreender um processo e não uma fixação nestas concepções. O sentido construído sobre adolescência e sobre o trabalho com essa população dentro da ESF traz sempre o elemento de mudança, um entendimento de que a área da saúde deve se responsabilizar pelo cuidado, na ótica da integralidade, com esses sujeitos. No movimento de construção de suas consciências e pensamentos, percebem o não-lugar do adolescente nos serviços de saúde e na formação profissional.

A forma pontual com que a adolescência tem sido foco no contexto da saúde e também da saúde da família foi outro destaque dos sujeitos, que a avaliaram como pouco efetiva, indicando que a predominância do modelo médico-centrado e do tratamento medicamentoso não abre espaço para o adolescente buscar os serviços de saúde e, assim, perceber a Unidade de Saúde como referência, mesmo porque do ponto de vista biológico, não adoece facilmente. A dimensão emocional foi apontada como a que representaria doença, por ser onde se configura o conflito. Este, visto como inerente à fase adolescente e problema a ser tratado, evidencia e reforça a naturalização e patologização deste momento de vida.

Todos os sujeitos desta pesquisa justificaram a ausência de trabalhos educativos e preventivos voltados aos adolescentes pela ótica do despreparo, principalmente metodológico, para trabalhar com eles. Este entendimento pressupõe que exista uma maneira "correta", ou que é preciso ter o domínio de uma metodologia para enfrentar a adolescência. Esta necessidade é por nós entendida como decorrente desta visão natural, universal e patológica, sobre a qual os profissionais expressam não ter domínio.

Se o olhar sobre a adolescência fosse reconstruído, na perspectiva de que o modo de ser adolescente é resultante da cultura e do grupo social em que cada um está inserido, sendo sua história de vida e de simbolização a responsável por novas formas de se comportar, provavelmente os profissionais se sentiriam mais capazes de intervir no processo. Compreendendo a adolescência como uma construção social, que pode ser experienciada e significada de maneiras diferentes, como o momento em que ocorrem mudanças revolucionárias nos interesses e o desenvolvimento da autoconsciência, os processos educativos passariam a ter papel fundamental nas ações em saúde, podendo de fato ser pensados na perspectiva da integralidade e do cuidado, como proposto por Ayres (2007).

Completando a análise, através dos sujeitos e de seus sentidos construídos, desenvolvemos algumas reflexões gerais sobre a ESF e, neste contexto, sobre a adolescência e a formação dos profissionais de saúde. Entendemos que são posicionamentos, sentidos pessoais que carecem de discussões aprofundadas e novos estudos.

Na proposta da ESF, a família configura-se como o foco da atenção das ações integrais de saúde, devendo ser considerada em seu contexto, em suas necessidades e dinâmica própria, consistindo numa política pública e numa estratégia com olhar

diferenciado sobre o usuário da saúde. Assim, seu foco deve ser a família e não segmentos isolados da população (criança, mulher, adolescente, idoso, adulto, outros).

Ponderando sobre essas proposições, entendemos que o trabalho com adolescentes dentro da ESF deve ser contextualizado na família e o foco deve ser o preventivo e educativo, como aparece na fala de um dos profissionais: *deve-se focar os pais para aprenderem a dialogar com seus filhos adolescentes(M6).* Consideramos ser este o parâmetro mais adequado para a efetivação da política de saúde voltada ao adolescente/jovem, focando o diálogo e as questões de saúde no contexto da família.

Porém, não foi isto que encontramos ao adentrarmos o campo e dialogar com os profissionais médicos e enfermeiros, participantes da pesquisa. A partir das falas e dos sentidos captados, construímos uma compreensão de que nos moldes atuais, a ESF, em sua metodologia, está materializando sua proposta de maneira incoerente com a concepção. Evidenciamos sentidos construídos sobre a ESF na perspectiva da integralidade e do cuidado, mas quando discursam sobre o cotidiano de trabalho, apontam para uma prática fragmentada, resultante da apropriação do modelo organizativo da ESF. Ou seja, a organização da proposta fragmenta a família, tratando seus membros individualmente, a partir da segmentação por idade ou por agravos à saúde. Quando são agrupados (os indivíduos), também persiste a segmentação por idade ou por agravos à saúde (diabéticos, hipertensos, idosos e outros).

Este modelo de organização do trabalho nas Unidades de Saúde da Família, em nossa compreensão, contribui para a manutenção da cultura médico-centrada, não possibilitando aos usuários a construção de novos sentidos sobre saúde e doença, sobre promoção e prevenção de saúde. Portanto, não ajuda a população usuária dos serviços de saúde a refletir sobre seu processo de adoecimento, colocando-se como sujeito ativo no processo. Como resultado disso, encontramos na fala dos profissionais a contradição entre o pensar, sentir e agir, já que o sentido da ESF está numa direção, e o modelo de organização do trabalho impulsiona para ações mais individuais e pontuais. Resta a este sujeito o esforço individual e, em alguns casos, coletivo (equipe de saúde da família) procurar alternativas criativas, ao mesmo tempo que tem de responder pontualmente a demanda e aos apelos da gestão.

O foco da prevenção e promoção em saúde também fica fragmentado. O curativo e o preventivo estão diretamente relacionados e não podem ser considerados em pontos extremos numa estratégia de intervenção em saúde. Com a predominância da cultura médico-centrada e o cotidiano de trabalho das USF contribuindo para sua manutenção,

toda e qualquer proposta diferenciada terá um sentido pouco efetivo, não afetando diretamente os usuários e nem implicando diretamente os profissionais.

A ESF é para nós e também para os profissionais de saúde analisados, fundamentalmente, um olhar a longo prazo, mas com ações a curto e médio prazo. No entanto, é preciso buscar na cultura e na história de nossa sociedade a compreensão deste modo de fazer saúde. A cultura médico-centrada ainda é muito forte entre os usuários, mas também entre os profissionais e gestores da saúde. Nesse sentido, a segmentação presente na ESF pode ser compreendida pela necessidade de resolutividade dos problemas de saúde frente à demanda, como bem aponta M6: *promovendo saúde e apagando incêndio.* O profissional justifica, de certa forma, a metodologia adotada. Mas é preciso avançar nessa compreensão, superando a lógica da medicina curativa, centrada no atendimento médico e medicalizante e contrária à concepção de saúde da família preconizada nos documentos oficiais, apropriada racionalmente pelos profissionais, mas que ainda não encontrou condições concretas de efetivação.

Esta contradição aparente nos remete ao próprio Ministério da Saúde, enquanto elaborador/efetivador de políticas públicas e orientador das ações. Ele tem apontado os grupos prioritários (por segmentos) e cobrado dos municípios e profissionais de saúde produtividade em cima dessas populações e segmentos definidos. O que evidenciamos nas USF foi a reprodução da contradição posta pelos direcionamentos e orientações oficiais.

Alguns exemplos podem ser citados a partir da realidade estudada e dos sentidos atribuídos pelos profissionais a algumas atividades cotidianas: o acolhimento e a terapia comunitária foram impostos pela gestão municipal; a definição de um único período na semana para a visita domiciliar dos profissionais médicos e enfermeiros engessou o cotidiano desses serviços e reforçou lógica do atendimento e consulta individual, inviabilizando o grande diferencial da ESF que possibilita o conhecimento do contexto e o vínculo - a visita domiciliar.

Quanto à visita domiciliar, depreendemos, na fala de M6, Enf.C e Em.J, um sentido de pertencimento à equipe  e de implicação com as famílias, que gera conhecimento e vínculo. Mas todos apontaram a dificuldade de efetivá-la, justificando pela via da demanda espontânea que procura a unidade e, ainda, por outras tarefas, como a tutoria de alunos da residência multiprofissional (M5), por exemplo.

Com um período reduzido para a visita domiciliar, priorizam o que foi indicado pelo agente comunitário e depois avaliam o trabalho dele como desqualificado. Parece-nos uma lógica perversa para esses profissionais, cuja concepção de saúde da família é constantemente reforçada, mas completamente inviabilizada pela dinâmica cotidiana das USF.

Voltando à questão da adolescência, olhando pela ótica da metodologia implantada, o adolescente parece ocupar um não-lugar. Não é visto como um membro da família, também não é destacado em suas necessidades de saúde, sob o argumento de que ele não apresenta *problemas de saúde*, e na fala de alguns profissionais *os adolescentes não ficam doentes.*.

No entanto, ao buscarmos o contexto de vivência da ESF dos profisisonais entrevistados, percebemos não só a visão naturalizada, como a invisibilidade dos sujeitos adolescentes. O adolescente não é visto nem mesmo como "doente em potencial" ou vulnerável fisicamente, apesar do discurso da maioria apontar uma compreensão de adolescência como um momento de vulnerabilidade, em termos de saúde e social, e de comportamentos que culminam em problemas de saúde. Assim, a adolescência só aparece como prioridade quando esta vulnerabilidade se torna risco eminente, como nos casos de gravidez, uso de drogas e DST's.

As ações são focadas em uma pseudoprevenção, não sendo as informações direcionadas às necessidades do grupo adolescente, por exemplo, quando analisam que as meninas desejam engravidar como possibilidade de reconhecimento e certo status social em sua comunidade, sendo, inclusive, incentivadas pelos pais. Os profissionais conseguem enxergar as necessidades, mas não as transformam em potencialidades de trabalho; não são afetados, mobilizados para uma ação preventiva, educativa, não-segmentada e muito menos para uma abordagem familiar da questão. São fatores culturais em que o profissional não se sente em condições de intervir, como nos apontou a Enf J, sobre os agentes comunitários considerarem normal uma adolescente de 13 anos querer engravidar e ser apoiada pela família.

Os profissionais de saúde participantes da pesquisa apontam as questões ligadas à sexualidade, uso de drogas, conflitos familiares como focos de atenção à saúde do adolescente. Com exceção da experiência relatada pela Enf J, nenhum outro apontou a existência de propostas preventivas e/ou educativas que adentrassem nesse campo. Falam da abordagem individual e pontual, quando os adolescentes procuram a unidade, o que não é muito comum.

Parece que os serviços de saúde estão centrados em suas verdades médicas e valores morais culturalmente compartilhados, advindos de uma referência da classe média, burguesa e influenciada por uma crença cristã. Fica evidente o círculo vicioso apontado por M5, segundo o qual o adolescente não tem a unidade de saúde como referência e, por conseguinte, ela não os prioriza no planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde.

O não-lugar da adolescência acaba aparecendo de maneira mais contundente, quando os profissionais são questionados e, de certa forma, levados à reflexão sobre suas práticas. Estabelece-se o conflito entre suas concepções, seus sentidos construídos sobre a ESF e saúde, e o que deveriam estar fazendo com as condições reais de trabalho e seus sentidos pessoais que norteiam a compreensão de adolescência.

Ao mesmo tempo, parece existir um grande esforço desses profissionais, ainda que no discurso, para a superação do modelo, mas sem muitas possibilidades, sem vislumbrarem caminhos para uma outra prática, principalmente, por decorrência da organização dos serviços de saúde e da sua formação profissional, que não respaldam a construção do conhecimento sobre adolescência e sociedade como socialmente construídas, portanto, passíveis de modificação.

O sentido construído para a saúde da família seguiu uma lógica diferente, ficando evidente nos discursos que a formação atrelada ao cotidiano dos serviços possibilitou a apropriação e significação da estratégia, desenvolvendo um sentido próprio, ligado às necessidades e motivos de cada um. Assim, pudemos captar falas com um sentido emocionado, quando os profissionais a consideram como a própria vida, ou como o resgate de ideais antigos.

Alguns autores (Duarte et al., 2005; Oliveira et al., 2004) apontam a metodologia baseada em problemas (PBL) como o grande diferencial para a formação do profissional de saúde mais humanizado e comprometido com a realidade da população. É a metodologia mais adequada para a formação na perspectiva da ESF. No entanto, questionamos ser esse um caminho no caso da adolescência. Como esta metodologia pode ajudar o aluno, futuro profissional de saúde, a compreender a adolescência, se o que verificamos no cotidiano das USF desse município, no relatado dos profissionais entrevistados e que se formaram dentro desse método é que a adolescência não é discutida, trabalhada ou vista como parte da ESF?

Consideramos importante refletir sobre o que captamos dos sentidos construídos pelos profissionais, quanto à prática em saúde com adolescentes e quanto às suas

dificuldades de efetivação de uma proposta. Ou seja, eles mencionam não saberem trabalhar com adolescentes, o cotidiano não permite reflexões e ações voltadas para esta população, já que não é prioridade (não são eminentementes vulneráveis), e os alunos, formados pela metodologia PBL também não convivem com adolescentes/adolescência, pois estes não buscam a unidade; consequentemente não têm casos a discutir. Observa-se o círculo vicioso descrito por M5: segundo ele a metodologia não tem dado conta de superar as lacunas existentes no processo de formação.

Entendemos que a metodologia tem grandes possibilidades de avanço na compreensão dos fenômenos relacionados à saúde e de propiciar um olhar mais integral, cumprindo os preceitos do SUS. Porém, mantém lacunas, ao ficar centrada nos problemas abarcados pelos serviços, ainda muito arraigados no modelo tradicional curativista e de saúde como o inverso de doença.

Destacamos, em nossa análise, uma grande contradição entre o que se propõe como modelo e o que, na prática, subsidia a formação. Haja vista os relatos dos profissionais quanto ao curso de especialização em saúde da família. Em alguns, a adolescência não foi discutida (Enf J). Em outros, foi trabalhada como caso no “papel” (M5 e M6), trazendo apenas questões já palpáveis para a saúde como a gravidez na adolescência (Enf. C). Os casos apresentados nunca abordam o adolescente como membro, parte integrante de uma família, que vivencia uma dinâmica própria. Um exemplo é a gravidez que pode até ser entendida como a solução para alguns conflitos, ou, ainda, pode representar a emancipação da garota, não sendo para ela um problema, mas, sim, uma solução desejável para sua dinâmica de vida e da família. Os profissionais não são levados à reflexão sobre o contexto da família, mas, sim, a destacar os membros da família pelas suas problemáticas.

Questões como essas deveriam ser discutidas, já que a ESF consiste em compreender e priorizar a família. Claro que saúde e as conseqüências de uma gravidez na adolescência devem ser abordadas e discutidos como parte das ações preventivas, educativas e curativas. No entanto, a ação na ESF precisa ser pensada dentro do contexto, com estratégias novas de como fazer a promoção de saúde.

Resta-nos apontar que, mais uma vez, a lógica que percebemos no processo de trabalho e construção de sentido cotidiano da ESF está na fragmentação, trabalhando os sujeitos e suas necessidades de forma segmentada e, consequentemente, ferindo os princípios do SUS, o preceito da integralidade. Identificamos que os atores responsáveis por essa forma de pensar o cotidiano dos serviços de saúde na ESF são vários: a gestão

em suas três esferas ( federal, estadual e municipal), as agências formadoras (graduação e pós graduação) e os próprios profissionais de saúde.

Os profissionais apontam, unanimemente, a necessidade de capacitação e treinamento, para ajudá-los a pensar estratégias metodológicas para o trabalho com adolescentes. Muitos relatam que o adolescente não vem à unidade (não tem problemas de saúde) e não aderem ao grupo. De certa forma, culpabilizam-no pelo fracasso de algumas tentativas de trabalho com este público.

No entanto, é preciso refletir e compreender que nenhuma metodologia, por si só, será capaz de superar problemas de fundo mais conceitual, por exemplo, o sentido que a adolescência tem para cada um. Este é um grande norteador da prática cotidiana, e, como pudemos constatar nas entrevistas analisadas, existe uma tentativa de olhar o adolescente no contexto, mas o sentido ainda está muito preso a uma compreensão de fase de desenvolvimento natural, universal e, em muitos momentos, patológica, não se entendendo que várias situações que envolvem o adolescente poderiam ocorrer em qualquer momento da vida do ser humano. Não compreendem que as sociedades constroem seus modelos de comportamento, sendo o modelo de adolescência predominantemente pautado no conflito, insegurança e rebeldia.

Entendemos que não só na questão da adolescência a ESF tem sido equivocada, já que os profissionais relatam dificuldades também quanto à compreensão da proposta e aderência aos grupos.

Porém, a questão parece ter outra amplitude. Se analisarmos a dinâmica de trabalho desses serviços (USF), fica evidente a ênfase nas consultas médicas e de enfermagem, como relatado por todos os profissionais entrevistados, mais especificamente na fala da Enf J: *dinâmica doida... atendimento, atendimento, atendimento..* A maior parte do tempo do profissional na USF é empregada nas consultas individuais, restando pouco ou quase nada para tantas outras atividades possíveis com a compreensão que a ESF tem de saúde.

Os grupos parecem ficar em lugar secundário, sendo responsabilidade, em algumas USF, da equipe matricial. O mesmo ocorre com a visita domiciliar, recebendo atenção do profissional apenas aqueles que não podem se deslocar até a USF. Ou seja, a ESF se transformou em uma unidade de atendimento médico e de enfermagem, complementada com atividades de grupo e preventivas.

Se a ESF tem como um de seus pilares o estabelecimento de vínculos com a comunidade, para que o profissional possa conhecer o contexto e planejar, junto com

esta comunidade e a equipe, estratégias de prevenção, promoção de saúde e resolução para questões mais pontuais e curativas, como pode ele assegurar este princípio se continua preso a uma sala, atrás de uma mesa e vestido, como apontou o M6, com a "armadura" de médico.

Parece-nos bastante difícil que o profissional consiga estabelecer este vínculo, conhecer o contexto, a dinâmica familiar, a realidade da comunidade onde está inserido, se de fato não se insere. Fechado na unidade, ele pode conhecer os membros da família, mas dificilmente conhecerá a dinâmica familiar, a grande responsável, segundo muitos deles, pela produção da saúde ou da doença.

Ressaltamos que as demais entrevistas não analisadas em profundidades, serviram de subsídio para compreensão de vários aspectos da dinâmica de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF), como a constatação do pouco tempo que os profissionais estão nas USF, significando que muitos ainda estão em processo de organização do trabalho, de estabelecimento de vínculos e conhecimento da realidade e com projetos idealizados para a ESF, mas ainda sem tempo para discutir e implementá-los. Percebemos que o município está, a partir dos profissionais médicos e enfermeiros, reorganizando a "casa".

Também é possível observar no coletivo uma formação muito voltada para a ESF, seja por decorrência da exigência do município, pontuando mais a especialização e a residência na área, mas também pelo fato de os próprios profissionais buscarem o conhecimento e desenvolvimento de novas metodologias de trabalho que possam, de fato, efetivar a ESF em seu cotidiano.

Pareceu existir vontade, necessidade e comprometimento desses profissionais com a construção de um modelo de saúde diferenciado, mais humanizado e de qualidade, contrariando uma realidade encontrada em alguns artigos, na literatura, segundo a qual os profissionais estão indo para a ESF pelo incentivo salarial.

Ficou evidente que a ESF leva o profissional a uma implicação pessoal, emocional, afetiva, tornando-se, em muitos casos *a sua própria vida*.

Quanto à adolescência, a produção do não-lugar permanece, ao mesmo tempo que, hierarquicamente, se impõe aos profissionais um olhar e uma atuação integral.

Avaliamos que precisam ser criadas possibilidades aos profissionais de saúde de repensarem suas concepções, a partir do lugar que ocupam no mundo do trabalho, de modo que considerem múltiplas variáveis no entendimento da adolescência. Como nos lembram Ozella e Aguiar (2008)

> *Não podemos negar que a construção do sentido subjetivo (social, histórico, singular) do que é ser adolescente ocorre nas relações concretas, na atividade significada, e aí verificamos a importância das variáveis classes sociais, cultura, sexo, raça e idade(p.121).*

Essa necessidade de repensar os sentidos construídos para a adolescência torna-se cada vez mais urgente, por dois motivos fundamentais. Primeiro pelo fato de que a formação profissional ainda não consegue redimensionar seus currículos de maneira a possibilitar aos alunos acesso a conhecimentos (teórico e práticos) sobre adolescência que superem a dimensão biológica, mesmo naqueles cursos cuja metodologia adotada tem como princípio a problematização. Segundo, com a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (2007), a atenção básica e a ESF passam a ter a responsabilidade de desenvolver ações integrais de saúde voltadas a adolescentes e jovens.

Entendemos que, sem propiciar momentos de reflexão sobre o sentido de adolescência aos sujeitos operadores da atenção básica, mais especificamente da ESF, corremos o risco de que esta se configure tal como o PROSAD, mantendo o imobilismo ou o desenvolvimento de ações pouco efetivas, ficando mais uma vez a população adolescente na invisibilidade, com um não-lugar na formação e nos serviços de saúde. Neste sentido, a ampliação das equipes, com a inclusão de outros saberes, como por exemplo da psicologia, numa perspectiva crítica, pode contribuir na construção de novas formas de pensar a adolescência e, conseqüentemente transformar as ações voltadas a essa população.

Finalizamos com nosso sentido pessoal construído sobre esses profissionais de saúde, sujeitos nesta pesquisa. Para nós, são individualidades, particularidades, resultantes da internalização do mundo externo, com a expressão de sua condição histórica e social no mundo interno, por meio da atividade, da linguagem e do desenvolvimento da consciência. São sujeitos ativos, sociais e históricos que constroem e reconstroem constantemente seus sentidos sobre o mundo e sobre a realidade concreta onde estão inseridos. Apreendemos desses sujeitos necessidades de mudanças no cotidiano de trabalho que os impulsionam a buscar novas formas de fazer dentro da ESF e com adolescentes. Precisam encontrar espaços reais e simbólicos onde estes sentidos possam se converter em práxis, podendo assim superar a cisão entre o pensar, sentir e agir.

## Referências Bibliográficas


ABERASTURY, A; KNOBEL,M.(1989) *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes médicas.

ABRAMO, H.(1997) Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo,anos 5 e 6, p.25-36.

_____; BRANCO, P.P.M. (orgs.) (2005) *Retratos da Juventude Brasileira*. São Paulo: E. Fundação Perseu Abramo e Instituto Cidadania.

AGUIAR, W.M.J. (2007) Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. In: Bock, A M.B.; Gonçalves, M.G.M.; Furtado, O (orgs). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 3ª ed., p. 95- 110.

_____.; OZELLA, S. (2006) Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol. Cienc. Prof*., jun.2006, vol.26, no.2, p.222-245.

_____.;BOCK, AM.B.; OZELLA,S. (2007) A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A M.B.; GONÇALVES,M.G.;FURTADO, O. (orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. (pp.163-178) São Paulo: Cortez.

ANDRADE, L.O.M.de; BARRETO, I.C. de H.C. (2006) Atenção Primária à saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. de S.; MINAYO, M.C. de S. *Tratado de saúde coletiva*. BR. Hucitec/Fiocruz.p.783-836.

ARAÚJO, M.B.de S.; ROCHA, P. de M. (2007) Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc. Saúde Coletiva*. 12(2) págs. 455-464.

ARIAS, E.H.L. (2001) *Desafios na formação médica*: o Programa de Saúde da Família como prática de ensino. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Universidade Federal do Pará.

ARIÉS,P. (1973) *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SILVA, C.M.F.P.; MALAQUIAS, J.V.; SANTOS, N.C.; OLIVEIRA, R.V. (2003) A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3). P.669-680.

AVILA, G.I.G. (1999) *Políticas Públicas e Programas de Saúde para o Adolescente Latino-Americano:* A enfermagem nos casos de Brasil e Colômbia. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro.

AYRES,J.R.C.M.(2007) Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. de. (orgs.) *Razões públicas para a integralidade em saúde*: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. p. 127-144.

_____.(1990) Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER,L.B. *Programação em saúde hoje*.São Paulo: Hucitec.p.129-182.

_____.; FRANÇA JR., I. (2000) Saúde do Adolescente. In: Schaiber, L.B.; Nemes, M.I. B. *Saúde do Adulto*: programas e ações na unidade básica. Brasil: Hucitec.p.66-85.

AYRES, R. C.V.; PEREIRA, S.A.O.E. (2006). Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. O *Mundo da Saúde*. abr/jun 30 (2): p. 306-311. Lilacs id: 439343

AZAMBUJA, E.P.; FERNANDES, G.F.M. (2007) Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm*. 16(1) p. 71-79.

AZEREDT, C.M.; COTTA, R.M.M. (2007) Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do programa de Saúde da Família. *Cienc. Saúde Coletiva*.12(3) págs. 743-753.

BAKHTIN, M.(1988) *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec.

BARBOSA, I. G.; MAGALHÃES, S.M.O.(2004) Método Dialético: uma construção possível na pesquisa em educação da infância? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, Ano 4, no. 2, 2º.semestre.

BASTOS, A.S. ( 2003) *Visões acerca dos adolescentes*: algumas concepções na área da Saúde. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

BLASCO, J.P. (1997) Una revision de la idea de adolescencia como etapa de crisis y turbulencia. *Anais do VII Congresso INFAD*. Oviedo - 29/30 de mayo. pp.142/150.

BOCK, A. M.B.(2007) A Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: Bock, A. M. B.; Gonçalves, M.G.M.; Furtado, O (orgs). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 3ª ed., p.15-35.

_____.; GONÇALVES, M.G.M.(2005) Subjetividade: o sujeito e a dimensão subjetiva dos fatos. In: González Rey., F.(org.) *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.p. 109-126.

_____.; AGUIAR, W.M.J..(2003) Psicologia da educação: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A.M.B. (org.) *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Petrópolis, RJ: Vozes.p.132-160

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. *Cienc. Saúde coletiva*. 13(1) págs 259-268. ( LILACS id: 472054)

BRAGA da SILVA, R.V.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. (2006) Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Org): *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, São Paulo: Hucitec, p. 75-91.

BRAIT, B. (org.) (2005) *Bakhtin*: dialogismo e construção do sentido. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2ª.ed. ver.

BRASIL. (2007) Portaria no. 1886/GM/MS de 18/12/2007. Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do programa de Saúde da Família.

_____.(2006). Portaria no. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

_____. (2001), Norma Operacional de Assistência à Saúde. In: *Gestão Municipal da Saúde*: leis,normas e portarias atuais. Brasília.

_____. (1998) *Saúde da Família*: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. M.S.Brasília.

_____. (1995) Congresso Nacional de Conselhos de Saúde. Salvador, 24 e 25 abril. Documento-guia de teses.

_____. (1994) PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Saúde dentro de casa, Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde. Brasília: DF, 18p.

_____. (1988) Constituição Federal do Brasil. 1988. pág. 141-142.

CALAZANS, G. (2000). Cultura adolescente e saúde: perspectivas para a investigação. In: OLIVEIRA, M.C. (org.) *Cultura, Adolescência, saúde: Argentina, Brasil, México*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (cedes /colmex/ nepo – unicamp), p. 44-97.

CALLIGARIS, C.(2000) *Adolescência*. São Paulo: Publifolha.

CAMARGO JR, K.R. de (2007) Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO. p.37-46.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. (2004) Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latioam. Enferm.* 12(1) p. 14-21.

CAMPOS, D.M.S.(1987) *Psicologia da adolescência*: Normalidade e Psicopatologia. Petrópolis,RJ: Vozes.

CAMPOS, E.M.S. (2007) *A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS:* a perspectiva de quem molda sua operacionalização. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. P.297.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M. das G.C.; ALVES,A.C.; NAKATA, C.Y. (1998) *A* produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem*:* período 1983 a 1996. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p. 91-97, janeiro.

CAPOZZOLO, A.A. (2003) *No olho do furacão:* trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas-Unicamp.

CARLINI-MARLATT, B. (2005) Jovens e drogas: saúde, política neoliberal e identidade jovem. In: ABRAMO, H.W; BRANCO, P.P.M. (orgs) *Retratos da Juventude Brasileira*. São Paulo: E. Fundação Perseu Abramo e Instituto Cidadania, p.303-321.

CARTA DE OTTAWA (1986) Primeira Conferência Internacional sobre promoção de saúde. Ottawa, novembro. www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf.

CARVALHO A.J.L.; DETSI, M.I. Sexualidade e Adolescência: discurso e prática nas instituições de saúde. In: VALE, J.R.A. (org.) (2001) *Nas pegadas da juventude*: estudos e pesquisas sobre adolescentes no Ceará. Fortaleza: Abreu Vale, p. 189-197.

CATHARINO,T.R. (2002). *Da gestão dos riscos à invenção do futuro*: considerações médico-psicológicas e educacionais sobre histórias de meninas que engravidam entre 10 e 14 anos. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

CIAMPO, L.A.D.; RICCO, R.G. (2003) O internato do curso de medicina e o Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. de Educação Médica* 27(1) pags. 50-54.

COATES, V.(1999) História brasileira da medicina do adolescente: Comemorando 10 anos da ASBRA**.** *Adolesc. Latinoam.* [online]. dic. 1999, vol.1, no.4 [citado 11 Junio 2008], p.260-265. Disponible en la World Wide Web: <http://ral-adolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414130199900010010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1414-7130

COATES, M.V.G. (1991) Evolução histórica da medicina do adolescente. *I Congresso Nacional de Medicina do Adolescente*/ Brasil/ Academia Nacional de Medicina.

COLEÇÃO OS PENSADORES (1975). Textos selecionados. Abril Cultural.

COHN, A. (2004) O modelo de proteção social no Brasil: qual o espaço da juventude?. In: NOVAES, R.; VANNCHI, P. (orgs). *Juventude e Sociedade*: trabalho, educação e participação. São Paulo:Editora Fundação Perseu Abramo. p. 160-179.

COHN, A.; ELIAS, P. E.(1996) *Saúde no Brasil*: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M.L. do.(2003) Jovens pobres: o mito da periculosidade. In: FRAGA, P.C. P.; IULIANELLI, J.A.S. (orgs). *Jovens em tempo real*. Rio de Janeiro-RJ, Editora DP&A, p.19-37.

DANTAS, R.A.; PAGLIUCA,L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L.( 2001) A saúde ocular de crianças e adolescentes de grupo de risco. Esc.Anna Nery. *Rev. Enferm*. 5(1) p.85-92.

DUARTE, A.(2005) Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro. *Rev. Natureza Humana* 7 (1): 129-158, jan-jun.

DUARTE, J.E.; OLIVEIRA, M.S. de; PADILHA, R.de QUEIROZ; BROOKLINI, C.E.(2005) A gestão municipal e a residência multiprofissional em Saúde da Família: a experiência de Marília-SP. *Rev. Divulgação em Saúde para Debate*, Séri Conasems, Rio de janeiro, n.32, p.11-38.

DUARTE, N. (2001) *Vigotski e o " aprender a aprender": crítica as apropriações neoliberais e pós modernas da teoria vigotskiana*. Campinas, São Paulo: Autores Associados. 2ª. edição ver. e ampl.

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

FABRI, A de E. (2008) *Categorias que constituem a compreensão do humano e os enlaces entre consciência, subjetividade e significação na abordagem vigotskiana*. Tese de Doutorado. Programa de Psicologia Social. PUC/SP.

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

FLEMING, M.(1993) *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação como os pais***.** Porto. Edições Afrontamento.

FONSECA, D.C.(2000) *O drama dos novos papéis sociais*: um estudo psicossocial da formação de identidade nos representantes de usuários num conselho municipal de saúde. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Programa de Psicologia Social, São Paulo.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA,M.C.O.; PORTO,L.A. (2000) Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (3): 831-841, jul-set.

FRAGA, P.C. P.; IULIANELLI, J.A.S. (orgs). (2003) *Jovens em tempo real*. Rio de Janeiro-RJ, Editora DP&A.

FREITAS, M. T. de A. (2006) *Vygotsky e Bakhtin*: Psicologia e Educação um intertexto. São Paulo: Ed. Ática. 4ª. Ed.

FREUD, A. (1986) *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

FRIEDMAN, S.(1995) Uma aproximação metodológica ao estudo das emoções. In: LANE,S.; SAWAIA, B.B. (orgs) *Novas Veredas da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense:EDUC. p.135-146.

FROTA, A. M. M. C. (2007) Diferentes Concepções da Infância e Adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, Ano 7, n.1, 1º. Semestre.

_____.(2001) *Uma compreensão histórica do sentimento e significado da adolescência*. In: FROTA, A.M.C. O desalojamento e a reinstalação do si-mesmo- um percurso fenomenológico para uma compreensão winnicottiana da adolescência, a partir de narrativas. Doutorado em Psicologia- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 125f.

GALLATIN,J.E. (1978) *Adolescência e Individualidade: uma abordagem conceitual da Psicologia da Adolescência.* São Paulo: Harper & Row do Brasil.

GOMES, R. da S.; SILVA, F.H. da; PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B e.(2007) Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. de; Barros, M.E. B de (orgs.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade*: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. p.19-36.

_____.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. (2005) A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) *Construção Social da Demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO.

GONÇALVES, M.G.M. (2005) O método de pesquisa materialista histórico e dialético. In: ABRANTES, A; MARTINS, S.T.F.; SILVA, N.R.(orgs.) *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes. P.86-104.

_____.(2003) Concepções de adolescência veiculadas pela mídia televisiva: um estudo das produções dirigidas aos jovens. In: OZELLA, S. (org.) *Adolescências Construídas:* a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez. 41-62.

_____.; BOCK, A.M.B. (2003) Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, A.M.B. (org.) A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, p. 41-99.

GONZÁLEZ REY, F. (2005a) *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade*: os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2005b) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2005c) *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____. (2005d) *Sujeito e Subjetividade*: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

_____.(2004) A visão do social na psicologia: várias abordagens. In: _____. *O social na psicologia e a psicologia social:* a emergência do sujeito. Petrópolis: Vozes. p.7-70.

_____. (1997) Epistemologia *Qualitativa e Subjetividade*. São Paulo, EDUC.

GRACIA, T. I. (2005) O "giro lingüístico". In: IÑIGUEZ, L. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Trad. Vera L. Joscelyne. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2ª. ed., p.19-49.

GROSSMAN, Eloísa. (1998) A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana*. 1414-7130/1-68-74.

GROPPO, L. A.(2000) *Juventude*: ensaios sobre Sociologia e História das juventudes modernas. Rio de Janeiro: DIFEL.

GUARESCHI, N. (2007) Infância, Adolescência e a família: práticas psi, sociedade contemporânea e produção de subjetividade. In: Jacó-Vilela, A.; Sato, Leny (orgs.) *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda. p.229-239

GUEDES, A. M.(2001) Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A, (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, p. 127-156.

HEIDEGGER, M. (1989) Linguagem. *Rev Associação Brasileira de Daseinsanalyse,* no.7. Trad. Maria de Fátima Almeida Prado e outros.

HEIDEMANN, M. (2006) *Adolescência e Saúde:* uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis, RJ: Vozes.

HELLER, A (1992) *O Cotidiano e a História*.Rio de Janeiro: Paz e Terra. 4ª. ed.

HEYWOOD, C. (2004) *Uma História da Infância*. Porto Alegre: Artmed.

IBGE (2004) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

_____ (2003) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

_____ (1997) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

_____ (1991) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA ( 2007 ) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

IULIANELLI, J. S. (2003)Juventude: construindo processos- o protagonismo juvenil. In: FRAGA, P.C. P.; IULIANELLI, J.A.S. (orgs). *Jovens em tempo real.* Rio de Janeiro-RJ, Editora DP&A, p.54-75.

KAHHALE, E.M.P. (2003) Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A.M.B. (org.) *A perspectiva Sócio-Histórica na formação em Psicologia.* Petrópolis, RJ: Vozes.p 161-190.

KEHL, M.R. (2004) A juventude como sintoma da cultura. In: NOVAES, R.; VANNCHI, P. (orgs). *Juventude e Sociedade: trabalho, educação e participação*. São Paulo:Editora Fundação Perseu Abramo. p. 89-114.

KLUTHCOVSKY,A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M..M (2007) Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 29(2) p. 176-183.

LANE, S.T.M. (1995) Avanços da Psicologia Social na América Latina. In: _____; Sawaia, B.B. (orgs) *Novas Veredas da Psicologia Social.* São Paulo: Brasiliense:EDUC. p.67-81.

_____ (2003) Emoções e pensamento: uma dicotomia a ser superada. In: BOCK, A.M.B. (org.) *A perspectiva Sócio-Histórica na formação em Psicologia.* Petrópolis, RJ: Vozes.p.100-112.

LEI 8069 de 13/07/1990 Cria o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA).

LEI 8080 de 19/09/1990. Cria o Sistema Único de Saúde

LEI 8142 de 18/12/1990. Complementa a Lei 8080 de 19/01/1990, disciplinando o funcionamento do SUS

LEONTIEV, A.N.(1978) *Actividad, consciencia y personalidad*. Buenos Aires, Ciências Del Hombre.

LEVY, F.M., MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E.(2004) Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 20 (1); p. 197-203

LOUZADA, A.P.; BONALDI,C.;BARROS, M.E.B de. (2007) Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO et.al. (orgs.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO. p.37-52

LURIA A.R. (2001) *Pensamento e Linguagem*: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas. 2ª. Reimpressão.

_____.(1991). *Curso de psicologia geral*. Vols. I. 2a. Ed. Trad. de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira S.A.

MACHADO, M.L.T.(2007) *História da Saúde em São Carlos*. São Carlos: EdUFSCAR; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo.

MARCELLI, D;BRACONNIER,A. (2007) *Adolescência e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed, 6ª. Ed,

MARCELO, V.C. (2001) *Adolescentes e profissionais de saúde:* olhares sobre a saúde bucal. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. P. 188.

MARTINES, W.R.V.; CHAVES,E.C.(2007) Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm*. USP. 41(3) p.426-433.

MARTINS, S.T.F. (2005) O materialismo histórico e a pesquisa-ação em psicologia social e saúde. In: ABRANTES, A; MARTINS, S.T.F.; SILVA, N.R.(orgs.) *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes, p.139-154

MARX, K. (1983a) *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo.

_____.(1983b) *O Capital*. São Paulo: Abril, Vol I .

_____.(1978) Coleção Os Pensadores. São Paulo, 2a. ed.

MATHEUS, T.L.C. (2006) *Crise da adolescência:* história e política do conceito na psicanálise. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Psicologia Social, São Paulo.

MATTOS, R.A. de (2006) Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO. p.33-46.

_____. (2005) Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO. p.41-66.

MEAD, M. (1973) *Adolescencia Y cultura em Samoa*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 4ª. edición.

MENDES, E. V. (1994) As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, V. (Org.) *Distrito Sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde . São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 2.ed, p.19-91.

MENDONÇA, MHM.(2004) Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2(2):353-365.

_____.(2002) O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas eqüitativas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 113-120.

MERHY, E.E.(2006) Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. de. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ. p.97-109.

MINAYO, M.C.S. (2000) *O desafio do conhecimento* - pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 7ª. ed.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) Fundação Nacional de Saúde, Departamento de Informática do SUS, Sistema de Informações sobre mortalidade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) DATASUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993) Norma de atenção à saúde integral do adolescente

MOLON, S.I. (2003) *Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky*. Petrópolis: Vozes.

NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (orgs.) (2004) *Juventude e Sociedade:* trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

OLIVEIRA, B. (2005) A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, A; MARTINS, S.T.F.; SILVA, N.R.(orgs.) *Método histórico-social na psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

OLIVEIRA, M.A. de C.; EGRY, E.Y. (1998) A Adolescência, o Adolescer e o Adolescente: Re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença.Brasília: *Rev. Brasileira de Enfermagem*, v.51, n4,p643-654, out/dez.

OLIVEIRA, M.S. de; DUARTE, C.E.; PADILHA, R de O. (2004) O PSF como cenário de ensino-aprendizagem em Marília (SP). *Rev. Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de janeiro, n.30, p.99-102.

OMS (2000) Informação mundial de violência e saúde. Washington.

OMS (1948) Organização Mundial de Saúde. Documento que define a concepção de Saúde.

OSÓRIO, L.C. (1992) *Adolescente hoje***.** Porto Alegre. Ed.Artes Médicas.

OZELLA, S.(2003a) A adolescência e os psicólogos: a concepção e a prática dos profissionais. In: OZELLA, S. (org.) *Adolescências Construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez. 17-40.

_____.(2003b) Pesquisar ou construir conhecimento: o ensino da pesquisa na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, A.M.B. (org.) *A perspectiva Sócio-Histórica na formação em Psicologia*. Petrópolis, RJ: Vozes.P.113-131.

_____. (2002) Adolescência: uma perspectiva crítica. In: Contini & Koller (orgs) *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas***.** RJ. CFP. pp 16/22.

_____; AGUIAR, W.M.J. (2008) Desmistificando a concepção de adolescência. São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*. Jan/abr. v.38,n.133. p.97-124

_____.; SANCHEZ,S.C.(2007) Breve histórico do desenvolvimento da pesquisa na perspectiva sócio-histórica na PUC-SP. In: BOCK, A M.B.; GONÇALVES,M.G.;FURTADO, O. (orgs.), *Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez. (p.141-158)

PEDROSA, J.I.S; TELES, J.B.M., (2001) Consenso e diferenças em equipes do programa de saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 35(3); p.303-311

PERES, F; ROSENBURG, C.P.(1998) Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 7(1),53-86.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. (2006) Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO. P. 21-36

_____.; MATTOS, R.A. DE (2005) Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: _____(orgs) *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO. p. 05-07.

PINO, A. (2003) A Psicologia Concreta de Vigotski: implicações para a educação. In. PLACCO, V.M.N. de S. (org.) *Psicologia & Educação: revendo contribuições*. São Paulo: Educ. p.33-61.

_____. (1995) *A questão da significação*: perspectiva sociocultural. Temas em Neurologia, v 4, Campinas, FE?Unicamp.

POCHMANN, M; CASTRO, J.A de (2008) *Juventude e políticas sociais*. In: www.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp. Acessado em 11/06/2008.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS (2007)

POLITZER, G. (1928). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia.*. Tradução de Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. Lisboa, Editorial Presença, v.1, 2. ed . 191p.

PORTARIA 1721 (1994) Ministério da Educação. Dispõe sobre o currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem.

PRIORE, M. D.(2007) A criança negra no Brasil. In: Jacó-Vilela, A.; Sato, L. (orgs.) *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda. p.211 – 227

PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE (1989). (PROSAD). Ministério da Saúde

REATO, L. de F. N.*(1999) Avaliação do Ensino de Medicina do Adolescente no quinto ano do curso de graduação*: experiência da disciplina de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da Fundação ABC. Tese Doutorado, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo.

REIS, A O A; ZIONI,F.(1993) O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Rev. Saúde Pública*, 27 (6): 472-7.

RESOLUÇÃO 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos - Ministério da Saúde/CNS Brasília.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C. de (2008). A representação social do cuidado no programa de saúde da família na cidade de Natal. *Cienc. Saúde coletiva*. 13(1) págs. 71-82.

RODRIGUES, R.M.; ZANETTI, M.L. (2000) Teoria e prática assistencial na enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho. *Rev Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.102-109.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S. (2003) Identidade e Formação Profissional dos Médicos. *Rev. Brás. Educ. Medica*. 27(3) p.229-236.

RUFFINO, R. (1999) Adolescência e modernidade. *Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões*. Rio de Janeiro. Companhia de Freud.

SALES,M.A.; MATOS, M.C.; LEAL,M.C. (orgs.) (2004) *Política social, família, e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez.

SANTOS, B. R.dos, (1996) *A emergência da concepção moderna de infância e adolescência. Mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias***.** Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais-Antropologia - PUCSP.

SAWAIA, B.B. (1995a) Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S.T.M.; Sawaia, B.B. (orgs) *Novas Veredas da Psicologia Social.* São Paulo: Brasiliense:EDUC. p.157-168.

_____. (1995b) Psicologia Social: aspectos epistemológicos e éticos. In: LANE, S.T.M.; Sawaia, B.B. (orgs) *Novas Veredas da Psicologia Social.* São Paulo: Brasiliense:EDUC. p.45-53

_____. (1987) *A consciência em construção no trabalho de construção da existência.* Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, PUC/SP.

SÈVEN, L. (1979). Marxismo e teoria da personalidade. Lisboa, Livros Horizonte Ltda.

SILBER, T.J.(1997) Medicina de la adolescencia – uma nueva subespecialidad de la Pediatria y a Medicina Interna en la América del Norte. *Adolescencia Latinoamericana*. 1414-7130/1-11-15.

SILBER, T.J.; MUNIST,M.M.; MADDALENO, M.& OJEDA, E.N.S.(1992) *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington, D.C.: Organização Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud.

SILVA, J.L.P. e; PINOTTI, J.A.(1987) A Adolescência e o sistema de saúde. *Rev. Femina*.15 (8) p. 640-642.

SILVA, M.R.F.da (2001) *Subjetividade e a arte de viver o Programa de Saúde da Família:* o pensar e o agir dos médicos (as) e enfermeiro(as) a partir de sua prática. Dissertação de Mestrado. Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará.

SINDER, M. (1997) *Vygotsky e Bakhtin – Psicologia e Educação*: um intertexto. Educação & Sociedade, ano XVIII, no. 60.

SPINK, M.J.P.; BERNARDES, J. de S.; MENEGON, V.S.M. (org.) (2007) *A Psicologia em Diálogo com o Sus*: prática profissional e produção acadêmica. Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia –Mudança na Formação em Psicologia e Pesquisa e Sistematização de Experiências. Colaboração entre a Associação Brasileira deEnsino de Psicologia – ABEP e Ministério da Saúde, com a interveniência da Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde.

SPOSITO, M.(1997) Estudos sobre a juventude em educação. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, nos.5 e 6 , p.37-52.

STANLEY HALL, G. (1904) Adolescence: its Psychology and its relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education Volume 2. Disponível **em:** *http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ps000085.pdf*

TEIXEIRA, R.A.( 2002) *O trabalho da enfermeira na saúde da família*: potencia de (re) construção do modelo assistencial e (re) criação do trabalho da enfermagem. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

TEIXEIRA, R.R. (2007) O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO. p. 91-110.

TRASSI, M.L. (2006) *Adolescência-violência: desperdício de vidas*. São Paulo: Cortez.

TRONCON, L.E.A.(1996) Ensino médico de graduação: em busca de maior qualidade. Medicina ( Ribeirão Preto) (29). P. 365-371

TURAZI,M.C. (2007) *A especialização em Saúde da Família e a pedagogia crítica*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Ciências. Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde.

VALENTIN, I.V.L; KRUEL, A.J. , 2007 A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Cienc. Saúde coletiva*. 12(3) pág. 777-778.

VENTURA,M. CORRÊA,S. (2006) Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7) 1505-1509.

VICENTIN, M.C. G. (2002) *A vida em rebelião* – histórias de jovens em conflito com a lei. Doutorado em Psicologia Clínica: PUC-SP

VIGOTSKI, L.S.(2006) Obras Escogidas IV. Psicologia Infantil. Editorial Pedagógica, Moscú. 2ª. Ed.

_____. (2001a) *A construção do pensamento e da linguagem*.Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes.
_____. (2001b) *Obras Escogidas II*. Editorial Pedagógica, Moscú

_____. (1999a) *Psicologia da Arte*. Trad. Paulo Bezerra.São Paulo: Martins Fontes.

_____.(1999b) *Teoria e Método em Psicologia*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes. 2ª. ed.

_____.(1998) *A formação Social da Mente*: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 6ª.ed.

_____.(1995) *Obras Escogidas III*. Problemas del desarrollo de la psique. Editorial Pedagógica, Moscú.

_____.(1997) Obras Escogidas I. Problemas Teóricos y Metodológicos de la Psicologia. Editorial Pedagógica, Moscú. 2ª. Ed.

_____. (1991)La consciência como problema de la Psicologia del Comportamiento. In: *Problemas teóricos Y metodológicos de la Psicologia*. Madri, Visor Distribuiciones.

_____. (1987) *História del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Tradução Luis Oliva Ruiz. Havana: Editorial Científico Técnica.

WAISELFISZ, J.J. (2007) *Relatório de desenvolvimento Juvenil 2007*. RITLA, Instituto Sangari, Ministério da Ciência e Tecnologia.

WAISELFISZ, J.J.; ATHIAS,G. (2005) *Mapa da violência de São Paulo*. Brasília: Unesco.

WERTSCH, J.(1991) Beyond Vygotsky: Bakhtin's Contribution. In_____. *Voices of the Mind*. Cambridge, Mass: Harvard University Press. Trad. Carola Ahlgrimm.

WINICOTT, D.W.(1987) *Privação e Delinqüência*.S.ao Paulo: Martins Fontes.

# ANEXOS

## Anexo I - Roteiro para Entrevista

Nome:_____
Idade:_____Estado civil:_____Profissão: (  ) médico (  ) enfermeiro
Onde se formou_____
Ano de formação_____
Especialização/Residência_____
Tempo de exercício profissional_____

**I – Dados Gerais**

Unidade_____Tempo de funcionamento:____No. de equipes_____
Quais profissionais integram a equipe.

Fale como é a dinâmica de trabalho de vocês.

Qual foi a sua trajetória: quando e como chegou a Estratégia de Saúde da Família.

**II– Adolescência**

1 – Compreensão de adolescência.

2- Como foi/é a experiência de vida com adolescentes.

3- Considera as experiências (ou não experiências) como influência na sua visão sobre adolescência, como e por quê?

4- Do que você conhece, no geral da ESF e também da sua unidade, como tem sido o trabalho com o público adolescente e qual a avaliação que faz.

5- Dificuldades/problemas que encontra relacionados à saúde do adolescente e a que atribui.

6- Se você fosse pensar numa proposta de trabalho, na Estratégia de Saúde da Família, voltado para o publico adolescente, o que acha que deveria ser considerado. No que pensaria.

**III – Formação**

7 - Avaliar a sua formação na graduação quanto ao embasamento para o trabalho no PSF e para ações voltadas aos adolescentes.

8 - Recordação sobre a graduação ter disciplinas/ conteúdos sobre adolescência e como foi.

9- Como pensa que deveria ser tratada a adolescência na formação do médico e do enfermeiro.

10- Na residência e/ou especialização, como foram tratadas questões da adolescência.

**IV- Estratégia de Saúde da Família**

11- Fale um pouco sobre a ESF ( como você entende este trabalho e o que significa ser um profissional da equipe.

12- Como trabalha um profissional médico/enfermeiro na ESF ( atribuições e competências) e fale um pouco como você se sente neste trabalho.

13- Como compreende saúde e doença. (parâmetros que utiliza para entender saúde e doença)

14- Saúde e doença na adolescência.

15- Mais alguma coisa sobre adolescência, ESF, formação ou qualquer outro tema que lhe surgiu.

**Anexo II – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

1 – Identificação e Proposta

Débora Cristina Fonseca, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social – PUC/SP, está conduzindo o estudo "A construção de sentido e significado de adolescência e a formação dos profissionais de saúde que integram a estratégia de saúde da família", sob orientação da Prof Dr. Sérgio Ozella.

2 – Convite e recusa

Eu estou sendo convidado (a) a participar deste estudo. Meu nome foi selecionado porque trabalho na área de saúde. Outras pessoas, na mesma condição, serão convidadas.

Eu sei que a participação neste estudo é absolutamente voluntária. Tenho o direito de desistir em qualquer ponto do estudo. Minha decisão em participar ou não desta pesquisa não terá influência em meu trabalho, nem me prejudicará no desempenho de minhas funções. Desta forma, não sofrerei nenhum prejuízo profissional ou pessoal.

3 – Procedimentos

Se eu concordar em participar deste estudo, o seguinte ocorrerá:

- a pesquisadora irá me fazer perguntas e ouvirá minhas respostas, sendo elas gravadas. Tenho o direito de recusar a gravação, prosseguindo a entrevista, que será anotada pela pesquisadora. Esta entrevista será realizada numa sala fechada, onde somente eu e a pesquisadora estaremos presentes.
- Também participarei de um grupo onde todas as pessoas se comprometem ao sigilo sobre o que for discutido. O mesmo procedimento da entrevista se aplica a este grupo.

4 – Risco/Desconforto

Não há nenhum efeito prejudicial antecipado em participar da pesquisa. Se alguma pergunta me deixar chateado ou desconfortável, eu sou livre para me recusar a responder a qualquer momento.

5 – Sigilo

Meus dados serão guardados e usados o mais confidencialmente possível. Nenhuma identidade pessoal será usada em qualquer relato ou publicação que possam resultar do estudo.

6 – Questões

Se eu tiver alguma questão ou comentários sobre a participação neste estudo, eu posso falar com Débora Cristina Fonseca, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, telefone .....

**7 – Consentimento**

Eu conversei com Débora Cristina Fonseca sobre o estudo e recebi uma cópia deste consentimento. Eu entendi o que eu li ou o que ouvi e tive minhas perguntas respondidas. A participação neste estudo é voluntária. Eu sou livre continuar no estudo ou desistir a qualquer momento. Minha decisão não irá afetar meu trabalho ou em qualquer outro lugar.

Data __/__/__ Nome do participante _____

_____ _____

Assinatura do participante RG

_____

Assinatura da pesquisadora

## Anexo III – Carta enviada aos cursos de graduação

Prezado

**Prof.(a) Dr(a)._____**

Coordenador (a) do Curso de Graduação em _____/ Universidade_____

Sou Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo ( PUC/SP), sob orientação do prof. Dr. Sérgio Ozella. Meu trabalho de pesquisa consiste em compreender os sentidos e significados de adolescência dos profissionais de saúde que integram o Programa de Saúde da Família (PSF), objetivando verificar se a formação possibilita uma atuação comprometida com o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A formação dos profissionais de saúde, entre eles o médico e o enfermeiro por integrarem os Programas de Saúde da Família, é um dos objetos de investigação da pesquisa.

Pretendo verificar como adolescência é abordada na formação destes profissionais. Desta forma, venho solicitar a valiosa colaboração de V. Sa, . para que me sejam fornecidos alguns documentos referentes ao curso desta Universidade, entre eles:

- grade curricular (onde seja possível verificar quais disciplinas abordam a questão da adolescência ou puberdade). Ainda neste ponto, que V. Sa aponte quais são elas.
- os planos de ensino das referidas disciplinas, onde seja possível verificar a ementa, o conteúdo abordado, bibliografia utilizada e metodologia adotada;
- e ainda, se possível, um pequeno relato dos professores responsáveis por tais disciplinas de como compreendem a adolescência. Em não sendo possível este último item, os anteriores continuam sendo de extrema importância.

Gostaria de receber o material via e-mail. Em não sendo possível, que eu possa consultá-los in loco e fazer cópia. Nesta segunda opção, se possível já me informasse a quem devo procurar, dias e horários disponíveis. Certa de poder contar com a colaboração para o desenvolvimento da Tese, comprometo-me a enviar posteriormente os resultados do trabalho, em forma de artigo, para conhecimento e desde já agradeço a atenção. Aguardo um retorno o mais breve possível.

Em anexo, cópia do projeto de pesquisa.

Atenciosamente

Débora Cristina Fonseca

End para contato:

Rua .....

Telefones .....

E-mail: dcfon@terra.com.br

## Anexo IV – Tabelas com as disciplinas informadas pelos cursos de graduação em enfermagem e medicina

**Disciplinas informadas pelos cursos de Enfermagem**

| **ENFERMAGEM** | Curso A | Curso B | Curso C | Curso D |
|---|---|---|---|---|
| Disciplinas | Psicologia do Desenvolvimento | Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública | Psicologia do Desenvolvimento | Assistência de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente I |
| | Enfermagem Pediátrica | Enfermagem Pediátrica e Neonatal | Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente | Assistência de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente II |
| | Enfermagem Psiquiátrica | | Psicologia Aplicada à Saúde | |
| Total de disciplinas no curso/grade curricular | Grade não fornecida | 59 | 61 | 57 |
| Total de disciplinas X disciplinas indicadas | | 3% | 4,9% | 3,5% |

**Disciplinas informadas pelos cursos de Medicina**

| **MEDICINA** | Curso 1 | Curso 2 | Curso 3 |
|---|---|---|---|
| Disciplinas | Módulo Materno Infantil:<br>Pediatria I (Gastroenterologia Pediátrica e Suporte Nutricional-15h; Metabolismo e Nutrição Pediátrica - 30h; Nefrologia Pediátrica 15h;Pneumologia Pediátrica e Alergia Respiratória- 15h; Pediatria Social-45h; Pediatria Geral-45h; Laboratório Pediátrico 15h; Medicina do Adolescente 15h e Cardiologia Pediátrica | Pediatria | Pediatria Geral e Comunitária |
| | Módulo Pediatria II: Estágio Composto pelo conjunto de disciplinas: Pediatria Geral – 107 h; Medicina do Adolescente 30h; Gastroenterologia Pediátrica- 60 h; Endocrinologia Pediátrica – 30 h; Hepatologia Pediátrica- 15 h; Imunologia Pediátrica – 15 h; Reumatologia Pediátrica 30h; Nefrologia Pediátrica – 15h; Pneumologia Pediátrica 15h. | Semiologia e Saúde da Criança | Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros: Cardiologia, Unidade de Cuidados intensivos em Pediatria e emergência |
| | | Estágio em Pediatria I | |
| | | Reprodução Humana | |
| | | Sistema Endócrino e Metabolismo | |
| Total de disciplinas no curso (grade curricular) | 109 | 55 | 74 |
| Total de disciplinas X disciplinas indicadas | 1,8% | 9% | 2,7% |

**Anexo V - Entrevistas transcritas dos quatro profissionais de saúde**

**Médico 6..... i**

**Médico 5..... xix**

**Enfermeira C..... xxx**

**Enfermeira J..... xlv**

**Entrevista com Médico 6 (M)**

Entrevistadora: Débora (D)

Data: 21 de fevereiro de 2008

Local da entrevista: Unidade Saúde da Família .....

FITA I - LADO A

D: Primeiramente, para eu poder caracterizar os participantes da minha pesquisa, eu gostaria que você me dissesse o seu nome, a sua idade, onde você se formou e quando.

M: Certo. Meu nome é ....., Dr. ... com "i". (risos) Eu tenho 49 anos, eu sou de 20 de outubro de 1958. Sou natural de .....

D: Ah, .....?

M: Nossa querida ..... Estudei lá em ....., no estado do ....., na Universidade ..... Depois eu volto para .....

D: Quando você se formou?

M: Em 1986. Eu fico um tempo no Hospital Escola ..... e depois eu volto para .... e me aproximo, vou trabalhar no Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina, eu me aproximo da Secretaria Municipal de Saúde e fico lá até 1997, quando eu vim para .....

D: Você fez alguma especialização, residência?

M: A minha formação, em princípio, é em pediatria e depois exerci a pediatria quase 20 anos. E aqui em ....., desses 20, 10 praticamente aqui, até um pouco mais, mas depois eu acabei me aproximando do programa, da estratégia da Saúde da Família. Surgiu a oportunidade da especialização na ....., através de uma parceria muito feliz que a Prefeitura fez com a Federal. Aliás, parceria que não existia aqui em ..... antes. Apesar da Federal oferecer muitas possibilidades, melhorias, tecnologias, o poder municipal da época não aceitava, não queria. Por razões pouco confessáveis, é verdade, mas não queriam. Quando o professor ....., ele faz essa mudança, ele cria esse intercâmbio com a Universidade, não só na área da saúde, mas, por exemplo, na Estação de tratamento de água, que nós vamos ter, depois de 150 anos de existência de ....., agora, com a chegada dele, criou a Estação que vai ser um benefício. E com a saúde foi assim. Então a Federal vem, oferece o curso, com essa troca muito gostosa da Academia com o serviço público, nesse momento, então, eu me aproximo do Saúde da Família. Faço especialização em abril, deste 2007 passado, eu vim para cá.

D: Nessa Unidade você está há quanto tempo?

M: Estou na Unidade Saúde da Família do ..... desde abril de 2007.

D: A Unidade já existia antes?

M: A unidade existe há 10 anos.

D: Já como Saúde da Família?

M: Já como Saúde da Família. Não nesse prédio, mas nessa mesma rua, umas quatro, cinco quadras a frente, sentido centro. Aqui, pelo menos há uns seis anos já, nessa casa. A Saúde da Família do ..... foi a ..... Unidade de Saúde da Família instalada em ....., unidade biomédica.

D: Vocês têm uma equipe?

M: Isso.

D: Quais os profissionais integram mais essa equipe?

M: Os da Unidade Saúde da Família, os da estratégia?

D: Não, os daqui.

M: Na equipe de referência nós temos o médico, a enfermeira, a dentista (Dra. ....) e as duas auxiliares de enfermagem. Então essa é a tal da “equipe de referência”. Nós temos na retaguarda nossa os agentes comunitários de saúde, temos seis agentes. Excepcionalmente nós estamos com cinco por conta da saída de uma das agentes, mas já com a possibilidade de reposição, que o próprio concurso autoriza. E depois nós temos a chamada “equipe matricial”, de apoio matricial, que também faz a retaguarda. Mas, na verdade, o apoio não é só matricial. O Centro de Especialidades, os ambulatórios oncológicos, a mastologia, todos os serviços, na verdade, acabam compondo... o serviço de Psicologia do Centro de Especialidades, a Fisioterapia de lá. A diferença é que o grupo matricial, que está mais em contato aqui com a Unidade, eles são ao mesmo tempo apoio e residência. Então, daí a presença deles física aqui na Unidade.

D: Eles são de que área?

M: Nós temos a Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem, Educação Física, temos a educadora física, a fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e a nutricionista, são sete profissionais.

D: E como é a dinâmica de vocês, a dinâmica de trabalho dessa equipe? Como é que vocês se organizam?

M: O trabalho da Saúde da Família basicamente se divide em dois lados: a promoção e a terapia, o tratamento. A Medicina preventiva, promocional de saúde e a Medicina curativa. Não podemos deixar de ser curativos porque nós temos os nossos doentes que foram vítimas da falta, exatamente, de prevenção, de promoção. Então nós temos uma população que adoece e nós precisamos olhar para essa população. Não podemos ficar muito só querendo fazer promoção ou prevenção, nós temos que acudir as duas pontas. Ir prevenindo, promovendo saúde e apagando o incêndio. Nesse sentido nós temos o trabalho de atendimento da Clínica Médica. Nós temos uma Clínica Médica que nós chamamos de Clínica Médica Ampliada porque ela encontra, ela olha, ela tem um olhar do contexto no usuário, que ele não é uma doença que está aqui, ele não é um órgão doente a ser curado ou extirpado, mas ele é um indivíduo pleno, que está num contexto de vida, com necessidades de saúde, que nós precisamos fazer o máximo possível para, nessa avaliação, e na avaliação daqui, ter essa percepção. Então, o trabalho, ele é feito muito nesse sentido: o paciente chega na unidade, são cadastrados na área de abrangência, ele já é acolhido na recepção, nosso trabalho, nesse sentido, é incessante para que o acolhimento seja bastante técnico, no sentido de priorizar a urgência, a situação de maior gravidade, mas mais afetivo. A primeira impressão é a que fica em qualquer setor, especialmente na Saúde. Acolhido para a recepção ele é acolhido ali, literalmente por um colega de equipe, eventualmente eu faço o acolhimento, mas no mais das vezes são as enfermeiras, as agentes, o pessoal, as colegas da Odonto. Esqueci, temos na equipe as duas residências: a Enfermagem e de Odontologia, elas dão também apoio e retaguarda. Então, feito esse acolhimento, ouvido o paciente num primeiro momento, ele é direcionado segundo a necessidade de saúde que ele apresentou, ou que a despeito daquela e apesar daquela, que o acolhedor percebeu além da fala do usuário. E aqui, então, esse paciente é direcionado: ou aqui já para a consulta médica, um serviço de Odontologia. Se for uma questão de Saúde da Mulher, a ....., ela é capacitada para isso, a enfermeira, para poder fazer um Papanicolau, verificar um corrimento, medicações. Ele é direcionado... Nós não temos aqui o serviço médico centrado. É um trabalho de equipe, nosso esforço contínuo é nesse sentido, de usar a competência, o saber, a possibilidade de cada profissional. Porque senão eu centralizo aqui e tudo é

aqui. E não é assim. Então, no momento do acolhimento, o paciente é direcionado. Ninguém pode sair da Unidade e ninguém sai da Unidade sem um direcionamento, não necessariamente a consulta com o médico porque muitas vezes, na cabeça do usuário, ele acha que vai solucionar a questão. Nós não somos uma equipe enorme, e que pode sim, direcionar, orientar. Esse é um trabalho de educar a população, no sentido de acolher essa nova forma de cuidar.

D: E aí vocês fazem, além da consulta, além desse atendimento, acolhimento, vocês têm trabalhos com grupos?

M: Sim, aí paralelo a esse atendimento mais rotineiro, vamos chamar assim, então nós temos os grupos de trabalho, que nós começamos a dividir. Hoje nós temos 10 grupos de trabalho, chegamos a um número muito bom, de 10 grupos, envolvendo bastante a chamada "equipe matricial". Então é o grupo de coluna, as lombalgias, as artroses, os degenerativos crônicos, nossos "idosinhos" aí, temos o grupo de ginástica postural, que é um trabalho que a educadora física faz, é fantástico, ela usa uma série de técnicas, técnicas orientais, Medicina Oriental, os alongamentos, os exercícios, tudo no sentido de educar a postura, reeducar a postura exatamente, mas ensinar também o usuário, o paciente, a usar em casa também algumas técnicas, se amanhã está chovendo e ele não pode vir, por qualquer razão, para ele ter um pouco de autonomia e ele poder se resolver. O grupo de gestantes, quando a intenção é exatamente, trazer para cá a gestante e a família em torno da gestante, de maneira muito especial o pai, para que ele participe. Nós temos uma preocupação grande de trazer, de pescar o pai, está sendo difícil o trabalho e tal. Nós temos uma figura na rede de apoio da mãe, é fundamental ao longo da gestação e no pós-parto. Estar sempre, mesmo, nesse peri-parto é muito importante. O grupo de hipertensos e diabéticos, nós colocamos as duas categorias no mesmo grupo porque está muito interligado, uma patologia com a outra, então esses grupos não são curativos. De jeito nenhum nós vamos receitar, prescrever, salvo situações emergenciais, eles vêm para cá. No mais é a troca, é a negociação, é a interatividade entre profissionais e os indivíduos convidados, os pacientes. E depois tem aí a terapia comunitária, a que trabalha também muito o emocional, os traumas, os inícios de síndromes depressivas, as angústias, as melancolias, isso tem um reflexo positivo também na equipe porque nós também participamos. Nós receitamos os reoxigenados. São 10 os grupos ao todo.

D: Existe uma adesão, as pessoas vêm, participam? Tem algum que é mais difícil, outro mais fácil?

M: De início é um pouco difícil porque não é essa a cultura da população: a participação de grupo, a terapia comunitária, isso é novo para a população. Nós estamos aqui há 10 anos, sim, mas esse trabalho tem sido feito de maneira bem gradativa. Essa população tem uma cultura imensa de que tratar a saúde é vir ao posto de saúde, ao serviço de saúde e pegar um remedinho, um comprimidinho, uma injeção e ponto. Ele não quer conversar muito, ele não quer fazer parte de grupo. Não é que ele não quer, ele não foi orientado, ele não aprendeu que isso é fantástico, que isso muitas vezes é melhor que o remedinho, que a injeção. Aqui dentro da Unidade nós temos uma filosofia assim que nem sempre o paciente vem aqui em busca de um comprimido. Muitas vezes, e talvez até na maior parte das vezes, ele vem aqui em busca de um ombro amigo. E nós precisamos ter duas coisas funcionando bem aqui: a cabeça - o intelecto - e o ombro, o ombro para ser acolhedor, para ouvir porque não é só medicalizar. Os grupos trabalham muito nesse sentido, nós temos muita interatividade entre os grupos. A adesão se faz na medida do boca-a-boca, um vem, gosta, comenta com o outro, me lembra muito disso na terapia comunitária. No primeiro

momento, ninguém sabia muito o que era isso, mas daqui a pouco o grupo começou a se animar. É uma dificuldade que nós temos, sim, para manter o grupo, é preciso dedicação porque não faz parte da cultura da população esse tipo de atividade. Ainda tem uma cultura medicalizante, médico central. Elas não querem, de maneira nenhuma, que a enfermeira atenda. Num primeiro momento, houve uma dificuldade enorme. Hoje, essa população nossa está sendo educada aos poucos, orientada, sempre renovando a informação, eles aceitam melhor. Mas é um desafio fazer esses grupos todos funcionarem bem, estar contente.

D: E a visita domiciliar, como é que vocês fazem?

M: A visita domiciliar, quem praticamente busca, visa esses pacientes são os nossos agentes comunitários de saúde, que têm o contato direto com as famílias. Eles ficam sabendo quem mudou, quem adoeceu, qual a mudança, se nasceu um bebê, engravidou, enfim... essa demanda nos é trazida no dia-a-dia pelos agentes comunitários. A partir disso, então, a visita médica é feita, se é um paciente que pode vir aqui, a consulta já é agendada na primeira oportunidade. É um cuidado bem especial com relação aos acamados, é um grupo à parte por quem nós temos um carinho todo especial, as visitas médicas são feitas com mais prioridade, com mais freqüência. Mas não só os acamados, tem o idoso, que embora se locomova, mas já tem uma dificuldade, nós vamos até lá. Os exames, de laboratório, a enfermagem vai colher para facilitar um pouco a vida, de modo que a visita domiciliar não fica reservada só ao acamado. Então nós procuramos... o paciente mais arredio, que não vem para cá, os alcoolistas, os drogados. Essa clientela é uma clientela que não vem para a Unidade com muita facilidade. Então no primeiro momento nós vamos até eles, aí quebramos o gelo, nos fazermos conhecer, criamos um vínculo que é fundamental e aí ele passa a vir. Mas é um momento mágico a visitação domiciliar, é um momento especial porque você adentra no que há de mais particular da pessoa, sua casa, seu quarto e você passa a conviver com aquela realidade. As pessoas então confiam, contam suas intimidades, fazem relatos que muitas vezes não fariam até para um familiar. Eu valorizo muito, eu tenho um encantamento muito grande pela visita domiciliar, eu acho que esse diferencial de Saúde da Família é fantástico.

D: Como é que foi... você já falou um pouco de quando foi... como foi essa sua chegada na Saúde da Família? Como foi essa aproximação, o que te levou? Quando foi e como foi?

M: O Saúde da Família, a gente, na hora das entrevistas, na qualificação, não bem na qualificação, mas na seleção você tem que falar uma coisa do perfil: "o profissional da área de saúde, de todas as áreas, precisa ter o perfil do médico de família, precisa ter o perfil da enfermeira de família, precisa ter a estratégia Saúde da Família". Com o passar do tempo, eu comecei a ouvir coisas assim: "....., você tem o perfil para médico de família". Eu fiz a pediatria desde que me formei e achava graça nisso, pensava: "O que será que eu tenho de diferente, será que eu sou gordinho, barrigudo, esse é o perfil do médico de família?" Mas isso de quando em quando eu ouvia e alguns anos atrás, minha coordenadora de regional, de saúde, a ....., um talento a ....., ela me fez a proposta. Eu estava lá no ....., na pediatria e ela acabou comentando comigo, ela falou: "Eu acho que você tem o perfil para médico de família. Nós estamos fazendo uma remodelação, uma reestruturação, vai surgir concurso. Por que você não vem para o grupo, eu gostaria que você integrasse essa equipe". Eu pensei bastante porque mudar completamente de setor, de área, não é a mesma coisa. Eu não tinha mais vivência com a clínica médica, com a ginecologia, então eram preocupações pertinentes que eu tinha que colocar na mesa e pensar bastante. Mas eu comecei a

visitar algumas Unidades. Eu queria vivenciar um pouco isso. Então eu solicitei da Secretaria de Saúde, na época o secretário era o Dr. ....., que ele me autorizasse uma vez por semana eu freqüentar um período que fosse de Saúde da Família, de uma Unidade. E fui visitar e fiquei lá durante três meses, uma vez por semana, lá no ..... com a Dra....., que é um talento, uma criatura vocacionada para o que faz, muito jovem, mas um talento. E convivi com a ..... 90 dias, três meses ali. E a partir daquilo, eu tive certeza que eu iria para o Saúde da Família, me encantei com a visificação da visita domiciliar, lá no ..... é uma realidade muito diferente do que aqui do ....., é uma população muito mais sofrida, um ambiente muito mais mesclado com o tráfico de drogas, de modo que é uma população bem mais carente do ponto de vista social, sócio-econômico do que a do ..... Mas eu me encantei com o trabalho, e então confirmei com a ....., que eu provavelmente iria, sim, fazer o curso quando surgisse. Passou um ano eu fiz minha seleção para o curso de especialização, um ano e meio, um pouquinho mais, eu fui aprovado pelo currículo e fiz o curso. Quando eu terminei, eu tive o convite, na época da Dra. ..... para assumir o Saúde da Família, foi quando nós esperamos um pouco para que houvesse a possibilidade de substituição na pediatria. No final das contas, nem deu muito para esperar porque aqui a remodelação foi grande em várias Unidades. E eu comecei cobrindo várias Unidades, vinha aqui, ia no ..... até que as contratações chegassem, por questão de burocracia, tinha um período para dizer se vinha ou se não vinha, alguns acabaram não vindo ao final do prazo, isso dificultou um pouco a vida do Departamento de Operação Básica, eu acabei indo fazer algumas substituições antes mesmo de ser homologado o concurso, os resultados, a contratação. Finalmente, minha designação veio aqui para o ..... que eu já conhecia, que eu já tinha vindo aqui fazer algumas substituições. Então foi nesse cenário, nessas circunstâncias que se deu a minha vinda para o PSF. O curso foi uma reciclagem, eu ao lado de gente muito nova, colegas que poderiam ser meus filhos lá, eu convivendo com eles, foi muito bom, muita riqueza em termo de conteúdo, uma equipe fantástica, mestres queridos de ....., com quem eu já tinha convivido no meu tempo de ....., que eu pude revê-los aqui, conviver, tive alguns tutores que vieram de lá, são de lá, e a equipe: a dra. ....., o dr. ...., o ....., que eram pessoas com quem eu já tinha contato em ..... Essa é minha história do PSF.

D: Agora entrando mais especificamente na questão da adolescência. Eu queria, primeiramente, que você me dissesse, o que você entende por "adolescência"? Qual é a sua compreensão de "adolescência"?

M: A minha compreensão de adolescência, eu sempre vivi isso aqui, sempre que tenho a oportunidade, é uma fase terrível de absoluto desnorteio tanto da família quanto do adolescente! O adolescente não é mais criança, mas ele também não é adulto. Então a mãe fala: "Você não pode fazer isso, rapaz, porque você não é adulto ainda". Daqui a pouco ele toma outra atitude: "Mas você não pode, você não é mais criança". Na cabeça desse adolescente, é um festival de confusão. Eu acho que até é uma fase, sem dúvida, de maior dificuldade, de maior desencontro tanto do adolescente quanto da família. Eu sempre gosto de focar os dois lados: a gente toca muito o adolescente, mas não dá para dissociar essas duas coisas, a mãe e o pai entram em parafuso tanto quanto o adolescente. Então, eu acho que no meu modo de entender é a fase mais delicada, mais vulnerável do ponto-de-vista da formação da personalidade, de focos na vida. E aí eu acrescento a isso o tempo atual que nós vivemos, os apelos são muito grandes para esse adolescente, tanto na sexualidade e pega esse adolescente numa fase em que ele precisa e quer experimentar, romper limites. Eu, se pudesse definir, eu diria que adolescência é a fase mais vulnerável do indivíduo, do ponto de vista

do comportamento, da saúde. É a fase vulnerável do indivíduo no meu modo de entender.

D: E qual foi, ou ainda é, suas experiências de vida com adolescência? Eu estou falando no geral: pessoal, profissional. Quais as experiências que você já teve com adolescentes?

M: Que eu tive profissionalmente, eu tive minha experiência ao longo da pediatria, alguns serviços, que você como pediatra, permitiam que você estendesse o atendimento até 19 anos, 20 incompletos, isso portanto incluindo adolescentes e alguns serviços já não permitiam, fechavam em 12 anos.

D: Que serviços, por exemplo?

M: Serviços públicos.

D: Permitem ampliar?

M: Não permitem.

M: Alguns locais permitem. Aqui em ...., até o tempo em que eu estive nas UBSs, o limite era 12 anos. Então eu só convivia com essa faixa muito curta, de 11, 12 anos, dali para frente não mais. Então profissionalmente, a minha experiência com eles, foi pequena nesse sentido. Aqui em ...., no ....., eu pedi autorização para a Secretaria, para que nós criássemos, para que nós estendêssemos a faixa até os 20 incompletos. Isso foi feito durante um tempo, e foi um tempo riquíssimo porque eu passei a conviver com uma faixa etária que eu não tinha experiência nenhuma praticamente, a não ser no meu tempo de graduação, já há muitos anos. Eu me surpreendi com a franqueza dessa faixa etária, com a liberdade de expressão, eu não acreditava, às vezes, no que eu estava ouvindo de algumas pessoas porque na minha cabeça eu tinha conservado o adolescente que eu fui. Pelo menos, eu estou para fazer 50, há 30 anos atrás. Diante dos pais, a consulta sempre feita em dois momentos, com o pai e com o responsável ao lado, e com o adolescente sozinho. Mas nos dois momentos, a presença do pai e da mãe não devia em nada, uma franqueza, uma liberdade, uma sede de saber, de questionar tudo. Mas nesse ambulatório, infelizmente, por questão exatamente da demanda muito grande em pediatria, meu horário era um horário bem complicado, era o primeiro horário da manhã. Eu precisava abrir mão um pouco da criançadinha para atender o adolescente. Acabou não dando muito certo, infelizmente, nesse ano, interrompeu. Foi uma das experiências mais ricas que eu tive. Entre algumas, que eu poderia destacar, por exemplo, a questão da sexualidade e do uso de drogas. Essas duas situações eram precisos contatos permanentes e era preciso que se estabelecesse o vínculo para que finalmente ele se abrisse. E quando isso acontecia, no mais das vezes, conseguia um resultado tão extraordinário, tão bom, tão positivo. Mas eu comecei a aprender que para lidar com adolescente eu preciso respeitar o tempo do adolescente, por mais ansioso que eu esteja em tentar ajudar. A minha ajuda pode ser um desastre se ela não respeitar o tempo dele, que não é o meu. A minha cabeça não é a do adolescente. Então, eu tive situações em que eu já tinha certeza absoluta, pelo andar da carruagem, pela conversação, da opção sexual ou do uso ou não de entorpecente, mas eu precisava me conter e esperar ele se abrir. As vezes que eu atropelei a situação, não deu certo. Eu aprendi isso: ele tem um tempo e ele é arredio como um passarinho, tem que deixar ele vir, tranqüilizar, se ele não adquirir confiança, não adianta, se eu me precipitar, eu atrapalho porque aí eu fico tão adolescente quanto ele. Mas só que eu conservo dentro de mim todas as idades, mas naquele momento eu preciso frear meu adolescente porque senão... Mas foi uma experiência riquíssima nesse sentido, de entender essa cabeça tão fantástica.

D: Você lembra de outras, além dessa profissional?

M: Fora da profissional, no meu dia-a-dia, com vizinhas. Eu sempre tive muita facilidade de lidar com adolescentes, assim, não profissionalmente, de jogar bola, sempre gostei muito de fazer pipa. Então o pessoal, na época da pipa, a gente acabava fazendo, quando eles eram menores. Depois eles cresciam, acabavam amigos. Eu me lembro que sempre, à tarde, eu chegava de casa e tinha sempre um grupo brincando, jogando bola, alguma coisa e a gente acabava entrando na brincadeira. O pessoal achava graça porque eu já tinha muito mais idade e eu me aceitava com eles! Isso fazia com que de vez em quando algumas mães viessem falar, pedir para mim fazer um certo comentário, indicar alguma coisa. Falavam: "Você é médico, tem uma certa força e é bom porque não está lá no consultório, está aqui na rua. Imagine, jogando bola aqui no asfalto, aqui na rua e às vezes um comentário nesse momento pode ajudar". Então, às vezes, tinham essas coisas. É a minha experiência com eles. Meu trânsito sempre foi muito bom, agora quando eu me colocava como profissional, aí eu me sentia um pouco - não digo inseguro - , mas mais truncado, eu tinha mais dedos para ficar pisando em ovos, eu tinha um pouco de medo da figura do profissional atrapalhar. Eu sempre procurei conversar ali, sentadinho, como eu deveria estar fazendo com você e estou aqui. Então minha experiência nesse sentido é muito boa, de ter bom trânsito com eles.

D: Você acha que essa visão que você tem hoje, sobre adolescência, que você me relatou antes, ela foi formada principalmente pelo que? Quais foram as diferenças? Foi essa do trabalho? O que você acha que mais te influenciou para você pensar a adolescência como você me relatou?

M: É um caso complicado, colocando fora aqui da área de saúde, no meu dia-a-dia, dos meus pacientes, alguns familiares próximos, que eu vi se perderem por completa falta da compreensão do pai, da mãe, do educador, e às vezes até do próprio profissional que acompanhava. Ao longo do tempo, percebendo essas situações, eu fui entendendo... Porque a opinião, o que me passavam sempre, era: "Olha, a pior raça do mundo é adolescente, gente baderneira, não tem afeto a ninguém". Eu cresci, um pouco, escutando isso, sempre acontecia alguma coisa: quebrava uma vidraça. Então quando a gente via um adolescente, a gente já logo ficava um pouco com o pé atrás. Mas com o passar do tempo eu comecei a perceber que na verdade não era... Porque eu conversava com alguns desses rebeldes sem causa e eram pessoas ótimas, né? Ali naquela conversa, boa índole, eu percebia que tinham bons sentimentos, sim. Então por que será que fazem essas coisas tão terríveis, pelo menos é o que dizem que fazem, a família diz que faz. Isso que me despertou. Então quando acontecia de eu me aproximar, começar a conversar, eu descobri uma outra figura ali dentro. Às vezes até meio mascarada, querendo até mostrar medo exteriormente, uma figura truculenta "bad boy" da vida, mas que na verdade, ele era um menino tão frágil quanto qualquer outro. Na verdade, temeroso de avançar para a fase adulta, não querendo mais voltar a ser criança, e aí que eu acho que eles ficam vulneráveis, por isso, porque eles não se entendem. E se eles próprios não se entendem, não conseguem compreender em que terreno eles estão pisando, então não posso esperar muito equilíbrio, atitudes muito ponderadas. Se por um lado eu não posso soltar muita a rédea, por outro, eu preciso contemporizá-los nas situações porque ele está vivendo uma situação muito complicada. Eu acho que essa geração, agora, de pais mais jovens compreende isso melhor, mas a minha geração e até uma depois da minha eu tenho a impressão que ainda não.

D: Agora, pensando na estratégia de Saúde da Família, mais no geral: você considera, como é que você avalia o trabalho, na Saúde da Família, voltado para o adolescente? Ele existe, se ele existe, como está

sendo feito? Não existe? Como é que você avalia hoje o adolescente dentro da estratégia da Saúde da Família? Como é que essa estratégia tem dado conta do adolescente?

M: Um dos nossos grupos, aqui dessa Unidade, especificamente, é justamente o grupo de adolescentes com a participação de toda a equipe, de maneira alternada, para que todo mundo possa participar de uma forma ou de outra, não só na questão de orientação, de promoção, de saúde, prevenção e promoção, a Medicina Curativa aqui entra também, e também trabalhos esportivos, atividades físicas. Uma tentativa de inclusão social desse grupo, então essa é a missão do grupo. Mas, eu acho que nós ainda estamos longe, longe de ter alcançado... porque o grupo que participa, é o grupo com quem eu não vou ter muita dificuldade, ele foi aberto, ele foi ao encontro do grupo, ao encontro da proposta. Mas o rebelde, o complicado, o difícil, esse nós ainda não atingimos. Nós precisamos muito dele, nós precisamos sim dos bonzinhos, mas os mauzinhos, eles são os que mais precisam. Aquela história de que quem precisa de médico é o doente, não o saudável, nós mudamos isso. Mas isso é bíblico, né? Cristo disse isso, "Eu vim para os doentes", espiritualmente falando. E nós precisamos dos sadios, nós precisamos multiplicá-los cada vez mais. Mas eu acho que nós ainda deixamos muito a desejar. Acho que não só na Saúde da Família, mas no sistema de saúde, eu acho que nós ainda não temos - salvo honrosas exceções -, um trabalho que realmente vá ao encontro para resgatar essa população de adolescentes que mais precisam, que estão nas periferias e também os que estão nas mansões, nos Parques "Fer" da vida, a gente acha que porque eles estão lá eles estão bem servidos, cercados e cuidados, mas na verdade não estão, na maioria dos casos não é muito assim, mas eu acho que nós ainda estamos devendo muito. E nesse sentido, eu fiquei muito feliz com o seu trabalho porque isso vai nos despertar, a toda a equipe e por onde você tem passado...

LADO B

continuação.

M: ... vem favorecer e disparar o gatilho, sendo disparador para que a gente possa trabalhar melhor e abraçar essa causa. Porque nós temos muito cuidado com o bebê. Então nós temos na Saúde da Criança, uma atenção muito grande, toda uma programação. A Saúde da Mulher, os hipertensos e diabéticos. São programas muito bons, muito cuidados. Tem a Saúde do Trabalhador, tem um horário aqui na Unidade específico para a Saúde do Trabalhador, de modo a facilitar o acesso, mas acho que no adolescente, especificamente, nós ainda estamos em falta.

D: O que você tem visto nessas suas experiências e no tempo aqui nessa Unidade, o que existe de problemas e dificuldades relacionados à Saúde do Adolescente? Tanto do ponto-de-vista da saúde dele quanto das relações, o que você avalia ou identifica como problema ou dificuldades?

M: Eu diria o seguinte: o adolescente, em princípio, ele não é uma criatura de quem você se aproxime com muita facilidade, ele tem um grupo, ele se sente confortável com aquele grupo e o estranho, principalmente o profissional de saúde, ele acaba sendo visto, não com muitos bons olhos, daí a importância do vínculo, da aproximação. Mas eu vejo algumas dificuldades. A questão da formação escolar, que eles não têm muita. Eu saio por aí fazendo visita, encontro muito adolescente pela esquina, soltando pipa, conversando, grupinhos, fumando e eu acho que esse é um caminho muito perigoso, é uma ambientação que vulnerabilizar mais ainda. Por outro lado, nesse sentido, eu acho que o Estado precisaria absorver um pouco mais esse pessoal, criando situações atrativas, até recreativas, mas colocando também

a questão educacional, as oficinas, essa questão da informática, coisas pelas quais eles se sentem atraídos. Nesse sentido eu noto um pouco essa lacuna em termos de Estado, em trazer o adolescente para dentro de instituições de ensino, de recreação, de teatro, de cinema, enfim, ofertar coisas culturais, mas que também tenham um certo brilho, um certo chamariz sem o que eles não se aproximam. Por outro lado, acho que nós, profissionais da saúde, deixamos muito a desejar, precisamos ainda de uma capacitação, de treinamento, de um aperfeiçoamento para falar o linguajar do adolescente, para nos aproximarmos mais dele através de programas especiais, não de uma coisa muito fechada, enquadrar em caixinhas, não, uma coisa bem com a cara do adolescente. Programações variadas em que o profissional, psicólogo, médico, enfermeira, estivessem ali convivendo de uma forma mais leve, sem o peso da farda, sem o peso do ambiente. Eu acho que é esse movimento ao encontro do adolescente que poderia ser feito. Isso o Estado, no caso aqui a Secretaria Municipal de Saúde, a gente possa sentar junto, e há todo o interesse da Secretaria nesse trabalho. Vejo um entrave enorme com relação aos adolescentes com referências aos psicotrópicos, às drogas. Em ...., lamentavelmente, não foge à regra, nós temos aqui um consumo... eu quase que diariamente, tenho mães aqui desesperadas, depressivas, angustiadas por conta de filhos envolvidos com drogas. Eu acho que esse é um outro trabalho que junto com Saúde da Família, uma equipe, um outro grupo poderia trabalhar junto com a gente aqui essa questão: de esclarecimento, de prevenção, de cuidado. Eu sinto falta disso porque eu tenho pacientes aqui cujo envolvimento com a droga é enorme, é imenso, a ponto de precisar de vez em quando fugir de casa, se esconder por conta das brigas entre quadrilhas, prisões aqui na nossa vizinhança, de encostar o camburão e levar todo mundo: o pai, a mãe, o filho. Então eu acho que a droga é uma coisa que está... se não é uma solução concreta, não vamos querer ser muito utópicos, mas eu acho que nós precisamos trabalhar muito, trabalhar o pré-adolescente, geralmente as famílias são grandes, então eu tenho lá o adolescente, mas eu tenho um outro ali com 9, 8 anos. Hoje um garoto com 10 anos ele sabe da vida muito mais do que eu sabia aos 15, é uma outra geração. Então, a promoção, a prevenção precisa ser feita nesse sentido. O paciente que está lá envolvido até o pescoço com a droga, ele precisa de cuidado, mas é um outro tipo de cuidado. A prevenção e a promoção, eu preciso fazer aqui nessa turminha e começar nas escolas e nós sabemos aqui que a polícia tem uma tensão contínua nas portas das escolas, e é a criançada que está lá dentro. Esses dias, meu amigo que mora no bairro chamado ....., numa região antiga de ....., um bairro residencial, não de luxo, mas uma região de moradores proprietários de suas casas, famílias bem construídas, eu escuto uma garota de 11 anos, brincando com a colega, que se tiver 8 ou 10, e cantando na rua, alto, uma musiquinha que falava de maconha, de maconheiro, de cocaína. Na letra tinha lá: maconha, maconheiro, cocaína, cocaineiro. A menina tem 11 anos, uma loirinha linda! Então, na cabeça dessa criatura, essa história de maconha, de maconheiro, é um universo meio mágico e que está instigando essa menina porque senão ela não estaria cantarolando, brincando com esse tema. Então, quer dizer, de alguma forma, isso está aguçando a mente dessa criatura. Se ela encontrar pela frente alguém interessado em desenvolver nela esse hábito, ele não vai ter nenhuma dificuldade em adotar essa menina. Então quando eu ouvi aquilo, eu fiquei... eu me senti tão mal, eu falei: "Meu Deus do céu!" É uma pré-adolescente, mas é uma menina inteligente, esperta. Nesses campos é que eu gostaria de ver muito a atuação.

D: Outras questões relacionadas à Saúde do Adolescente?

M: É. Em relação à Saúde do Adolescente, outras questões. Tenho percebido e me preocupa muito, a

questão da obesidade, nós temos adolescentes obesos aqui, hipertensos, com dislipedimia, com dosagem de colesterol, triglicérides aumentada, diabetes na família, e o menino obeso, a menina obesa. Nesse sentido, essa saúde preventiva, eu também acho que os nossos hábitos e o nosso cuidado estão falhando também. Nós precisamos cuidar porque nós vamos ter um geração de obesos aqui como os Estados Unidos já têm. Nossa dieta é uma dieta rica, mas oferecida de maneira muito errada. Então a obesidade neles, a hipertensão... Eu atendi um menino de 18 anos hoje, quase hipertenso, hipertenso rebelde: obeso, sem nenhum cuidado! Agora, hoje eu tive contato com ele pela primeira vez e começamos um plano de cuidar para tentar resgatar esse menino, que é um garoto de 18 anos, hipertenso, obeso, com diabete no histórico familiar, daqui a pouco ele vai se complicar. Então essas duas questões na Saúde do Adolescente preocupa bastante, ao lado da sexualidade, as doenças sexualmente transmissíveis, isso sem dúvida.

D: E quando eles procuram a Unidade, quem procura mais, é o menino ou a menina?

M: Quando procuram a Unidade, eu tenho a impressão de que quem mais vem aqui é a menina, o menino não.

D: E ela trás questões diferentes do menino ou essas todas que você foi falando aqui?

M: As meninas, quando elas vêm para cá, eu percebo que elas estão mais preocupadas com a gravidez, com a anticoncepção, com doenças sexualmente transmissíveis e com a AIDS de maneira muito especial e a gravidez, de vez em quando ela quer, ela acha que engravidou. Então é um pouco nessa área que elas vêm mais. A questão do conflito, as questões comportamentais, o menino já mais, o menino vem mais preocupado com questões comportamentais. Eu concluí um atendimento de alguns meses, com um garoto de 17 anos, depressivo, um garoto de muita iniciativa, começa um negócio quase que sozinho, monta aí uma pequena empresa, a pequena empresa não dá certo, vai à falência, desmorona todo aquele ideal, aquele castelo, ele entrou em depressão. Ele perdeu, precisou emprestar dinheiro do pai, o pai teve que custear, até então ele estava fazendo as coisas, estava se sentindo pleno e daqui a pouco ele precisa depender de novo do pai. E nós fizemos um acompanhamento aqui dentro da Unidade e eu pedi suporte até da nossa colega, a ....., a companheira psicóloga, mas no fim não deu, ele teve alguma dificuldade e ele preferiu que nós continuássemos aqui a nossa conversa. Eu disse: "Olha, eu vou fazer exercício ilegal da Psicologia, eu vou usar só o que eu aprendi lá atrás, do que eu tenho lido, do que eu tenho visto". Mas eu sei que nós fomos conversando e eu sempre reservei períodos maiores para que ele pudesse ficar com mais tempo. E ele, olha! E tem histórico na família de síndrome depressiva, foi uma luta não medicalizar! Ele vinha, marcava dia sim, dia não, graças a Deus, conseguimos tirar daquela fase, ele foi voltando mais animado, houve o reencontro com a namorada também, o universo também conspirou a favor, mas você vê, é um adolescente. Então, os meninos são mais nesse sentido, mais nas questões ligadas ao comportamento, ao psicológico, mais nesse sentido.

D: Se fosse para você hoje pensar, programar uma proposta voltada para o adolescente dentro da estratégia da família, o que você acha que deveria ter? Como ela deveria ser pensada? Quais aspectos deveriam ser...?

M: A saúde regular, a clínica médica tradicional, sem dúvida. Mas além disso, eu focaria a orientação sexual com os meninos, com as meninas isso é mais complicado, mas com os meninos eu tenho tido muita abertura com relação à homossexualidade e à prática insegura de sexo, sem preservativo, ele não sabe o que transmite o quê. Que tipo de prática transmite, que tipo de prática não transmite. É um número

considerável. Para mim, eu fico até surpreso. Eu não sei se depois que um outro caso apareceu, aqui no bairro certamente há uma troca de informação, talvez um colega, um menino desse conversou com outro, achou novo isso. Eu lembro que o primeiro me fez um verdadeiro círculo, até chegar - eu esqueci o nome - , até chegar a ter um espiral não construtivista, até chegar no ponto. Eu já tinha percebido, mas como eu te disse, eu esperei que ele falasse. Daqui a pouco ele pergunta se pode trazer o namorado dele para cá. Eu falei: "Pode e deve, eu vou ficar muito feliz com isso". Num primeiro momento conversamos juntos, depois conversamos separados. Então eu incluiria orientação sexual porque eu noto, assim, que há uma tendência a esquecer dos cuidados. Como a AIDS, agora com os esquemas terapêuticos, os coquetéis da vida, eles se mantêm bem, eles estão achando que não tem mais problema, que eles vão ficar muito bem: "preservativo é bobagem, tira o prazer, chupar bala com papel", eu ouço bem essas expressões aqui. Eu focaria muito isso: a orientação sexual ampla, ampla, geral e irrestrita. E eu gostaria muito também, se fosse possível, a questão, junto com a nutricionista, a questão do obeso: controlar muito isso porque eles são desesperadamente esfomeados e nisso estaria a família toda e esse cuidado acabaria virando para a família toda. Eu pensaria nessa questão e a questão do conflito do adolescente dentro da casa. Quer dizer, que papel esse adolescente representa e que disparadores ele promove dentro da família. Então são três coisas que eu gostaria muito: como é que a família entende, que olhar a família tem para esse adolescente? E a partir desse olhar, que atitudes toma, que comportamento tem? E a volta: que olhar o adolescente tem da família? E aí eu pensaria em grupos, em grupos terapêuticos, em grupos de discussões, simulações. De vez em quando em casa eu começo a escrever algumas coisas, às vezes eu converso com o pessoal, mas eu não encontro, a não ser lá com a direção, mas às vezes eu não encontro muito, entre os meus pares aqui, muita animação para seguir. Eu vou fazer 50 anos em ..., mas eu sempre digo que eu não tenho, definitivamente, 50 anos. Eu devo ter muito menos, meu espírito deve ser bem mais jovem, o que contrapõe com minha crença espírita que eu entendo que eu sou secular, milenar. Mas eu digo assim, eu gosto do desafio. Quando eu fui fazer especialização em Saúde da Família, um colega ligou para mim: "Nossa, você vai voltar para banco de escola, você está louco! Pelo amor de Deus!" Mas eu me senti tão bem, eu gosto desse tipo de coisa, mas às vezes eu não vejo num jovem colega, a disposição. Essas coisas são trabalhosas, mas porque são que são desafiadoras. Eu faria isso num primeiro momento, pode até ser muito ousado, mas seriam três toques de bola iniciais.

D: Você acha que o trabalho tem que ser na Unidade?

M: O menos possível na Unidade porque não é o ambiente que o adolescente gosta. Essa coisa formal, eu de branco. Eu acho que - salvo as questões curativas, a prática, o exercício da Medicina Curativa, sem dúvida, eu não posso atendê-lo, fazer uma avaliação clínica lá no meio da rua -, mas eu acho que aqui seria reservado para essas situações como o consultório odontológico, a saúde bucal, a saúde da mulher. Mas isso é uma parte, é uma faceta. Fora daqui é que nós faríamos realmente o grande trabalho, indo ao encontro, promovendo grupos, criando ambiente, situações, festas, enfim... situações muito próximas, porque eu não posso criar um sarau, eu não posso montar um sarau para convidados. Eu preciso criar coisas atrativas para ele e usar o ambiente, fazer mais ou menos o que o SENAI, o SENAC faz com o "brincando na praça"...

D: É o SESI, né?

M: É o SESI, perdão. Não sei se é "brincando na praça", é... É "não sei o que" na praça e usam aquilo ali

para brincar, para educar, para orientar, para fazer exame, para cortar cabelo, enfim... eu acho que a gente precisa fazer uma coisa semelhante, "piratear" um pouco essa idéia, direcionada para a clientela adolescente.

D: Você acha que essa é uma atribuição da saúde?

M: Eu acredito que sim. Nós podemos ter parceiros nisso. De modo geral nós temos: O Rotary Club, a maçonaria, instituições da cidade, instituições religiosas, por que não? As igrejas hoje são pontos de referência muito importantes, eu acho. Aqui nós freqüentamos, nós vamos visitar, se tem que ir na Igreja Católica nós vamos, se tem que ir na Casa espírita nós vamos, no templo. Felizmente, há uma certa abertura, uma maior abertura, nesse sentido de acolher a orientação. Então eu acho que nós podemos trabalhar em vários setores, vários parceiros, porque se ficarmos só nós, uma andorinha só não faz verão.

D: E você considera que quem está na rua, quem está mais em contato com a comunidade lá fora, os agentes, você considera que os agentes têm preparo, têm condições de trazer o adolescente, as dificuldades do adolescente? Enfim, olhar o adolescente enquanto um usuário da área da saúde e trazer as questões do adolescente para a Unidade?

M: Eu acho que não. Definitivamente, não! Salvo honrosas exceções, não. Porque eu acho que falta estrutura, falta capacitação que nós, do serviço, não temos oferecido a eles. A tendência da Secretaria Municipal de Saúde sob a coordenação da Dra. ..... agora é exatamente, de ter uma seleção mais rigorosa em relação ao agentes comunitários de saúde. Isso, no passado, não aconteceu. Hoje nós temos grupos, como é o caso aqui do ....., de agentes comunitários que estão aqui há 10 anos, 11 anos, desde que instituiu o Programa, de uma maneira muito precária há 11 anos atrás. Por conta disso nós temos deficiências e dificuldades sobre vários aspectos no dia-a-dia de alguns agentes comunitários, mas são figuras que nós também não podemos descartar de uma hora para outra porque são pessoas concursadas, que tem lá seus direitos, a despeito e apesar de não terem, muitas vezes, a capacitação, o preparo, ou até oferecer o resultado que se espera. É uma questão mais delicada. Mas agora, de agora para frente, nesse novo grupo, do concurso agora em 1º de março, esse grupo vai passar pela seleção, pela entrevista e depois nós vamos fazer um curso de capacitação, onde eles vão aprender a abordar diferentes clientelas, incluindo os adolescentes. É um curso de 8 horas, são 40 horas: 8 horas vamos ficar à disposição, o dia à disposição, é um curso bem longo. 40 horas, não. São três meses, eu não sei quantas horas vai dar. Mas é um curso cansativo e longo, vai ficar quem, de fato, for vocacionado. Quem não for, não vai ficar. Nesse momento, não acho e não vejo qualificação, uma qualificação mínima, leiga ao extremo.

D: Então falando agora um pouco da formação, da sua formação. Eu queria que você avaliasse - você disse que já faz um bom tempo - , eu não sei se você vai se lembrar um pouco: a sua graduação. Você acha que a sua graduação te deu embasamento para trabalhar na Saúde da Família e para trabalhar com adolescente? Pelo que você lembra, você acha que te deu esse embasamento, referências para estar fazendo o que você faz hoje?

M: No caso específico da pediatria, já da minha pós-graduação, ali eu tive o primeiro contato maior e o incentivo no sentido de trabalhar com adolescente, mas isso já na pós-graduação, na residência. Antes disso, não. Eu sou de uma geração bastante, ainda ligada, médico centrada, mesmo, sem muita visão do contexto, da ambientação do paciente. Eu me lembro muitas vezes de que ao longo do curso, o professor me chamava, chamava o grupo de colegas e dizia assim: "Olha, eu quero mostrar para vocês lá na

enfermaria 5 um fígado". "Ah, está bem". Então dava a impressão de que nós iríamos lá e íamos encontrar um fígado em cima da mesa, tamanha a fragmentação do paciente que se tinha. Então, em questão de olhar o adolescente de forma diferente, não só o adolescente, a nossa formação foi feita para ser rigorosamente técnica: medicar, operar. Mas na residência eu já comecei a mudar um pouco esse olhar e tive o privilégio de contar com grandes mestres, ligados inclusive à adolescência, à hebiatria. Esses profissionais, então, nos despertaram o interesse já pela adolescência, mas minha formação posso dizer que foi no sentido, mesmo, da Medicina Curativa, nada de se envolver com outras questões, as questões psicológicas, "a psique do paciente é para o psicólogo resolver, para o psiquiatra tratar. Nós vamos tratar é do órgão, da saúde, é da doença, do organismo, então está bom". Então, "a parte emocional é bobagem, isso o tempo se encarrega", era um pouco essa a visão. O paciente chegava no ambulatório estressado e tal, a gente dizia que ele estava dando um baita "piti", que era uma bobagem, que não era doença coisa nenhuma. Então era uma visão diferente, mas, ao longo do tempo, talvez por índole, por personalidade, não sei, eu fui mudando essa forma de olhar em relação a minha prática médica. Depois com o tempo, nesses últimos anos aqui em ....., a aproximação de novo com a Academia, com a Federal, o convívio com os professores, isso foi resgatando em mim aquele antigo amor pela outra forma que era o ideal de antes da faculdade. Quem vai para a escola médica, para qualquer curso, tem muitos ideais, de servir, tudo. Uma vez ingressado a gente começa a ficar muito técnico, muito científico, só. Eu aqui devo muito a ..... e à Secretaria de Saúde e nesses últimos anos, nesses 8 anos, praticamente, investiu demais na capacitação. Na capacitação e na humanização do atendimento. Então eu acho que isso... O Saúde da Família prima por isso, tanto que o profissional que não tem esse perfil, ele fica um período, mas ele acaba não continuando porque ele não se encontra no ambiente, ele acha que isso aqui é alguma coisa que não casa com ele.

D: E você acha que deveria ter na graduação, disciplinas ou formas específicas de tratar da questão da adolescência na Saúde da Família?

M: É o que a nossa querida ..... está fazendo hoje, tem um trabalho fantástico. Eu acho que deveria ser modelo porque no meu entender, a adolescência é uma das fases mais complicadas da vida, de extrema vulnerabilidade e é uma criatura que ninguém quer olhar. O clínico não gosta muito porque ele acha que é criança, tem uma porção de queixas ainda de crianças. O pediatra já acha que ele é um adulto: "Não, eu não trato mais, eu só trato de criança". Então ele fica meio sem amparo no serviço de saúde. É comum a gente ouvir isso, que pediatra não gosta muito de tratar de adolescente, eles são muito complicados, eles são muito instáveis, fantasiam demais. E por sua vez, o clínico pensa a mesma coisa e joga para o pediatra. Então eu acho que as escolas médicas deveriam ter uma atenção fantástica porque é exatamente nessa fase que eu vou sedimentar o indivíduo com mais preparo emocional, com mais saúde, com bons hábitos porque na infância ele está ali muito cercado de cuidados de pai e mãe, mas na adolescência já socializou mais, a extensão territorial, o avanço dele é muito maior, ele já saiu ali da barra da saia da mãe. Então, os serviços de saúde, os serviços de orientação, isso não está muito presente. Nisso, a escola médica precisa ser fundamental, precisa encucar isso no profissional.

D: Nessa especialização em Saúde da Família, em algum momento vocês tiveram algo específico para falar do adolescente?

M: Tivemos, nós tivemos um determinado módulo do curso que a gente chama de situações-problema e

algumas situações foram dirigidas ao adolescente. Eu me lembro do título de uma que era "Adolescência: fase de produção de ruídos", "período de produção de ruídos", uma coisa assim. Você recebia um texto com esse título e era um caso, uma situação. A partir daquela situação, nós íamos debater, pesquisar e depois voltava na semana seguinte, depois abria, a narrativa era feita, cada um fazia a sua, era discutido, uma síntese provisória, uma síntese final, um desfecho daquele tema. Nós tivemos algumas ocasiões exatamente de adolescentes. Porque são os temas que o Saúde da Família mais enfatizou: a saúde da mulher, do adolescente, a criança, adulto, trabalhador, a questão depressivas, então foi uma fase muito gostosa. Nós podemos discutir muito, alguns pais ali na mesa, vivenciando aquelas situações, e nesse caso tinha gravidez na adolescência, que foi um dos temas, e a droga. E outro caso era o conflito familiar, que me agradou muito, era um adolescente sem problemas maiores, mas o conflito familiar, ele desestruturava o restante do ritmo da casa e o ritmo da casa desestruturava o adolescente. Nós tivemos, sim!

D: Agora, que eu já estou passando um pouco do tempo, eu estou finalizando, falta pouco. Eu queria que você, voltando agora na estratégia da Saúde da Família, para você, o que significa a estratégia da Saúde da Família? O que é para você e o que significa para você ser um profissional que faz parte de uma equipe de Saúde da Família?

M: Eu descobri o Saúde da Família, como eu te disse, eu fui pescado, eu fui mordido pelo mosquitinho azul da Saúde da Família. Eu me fazia essa pergunta. Meu trabalho de conclusão de curso ele versa um pouco sobre isso: eu ali indago, questiono o profissional, o que levou aquele profissional ao encontro do Programa Saúde da Família e o que ele pensa, o que ela acha que é o que deveria ser, o meu TCC é um pouco disso. Na minha visão, e é o que o Ministério também preconiza, o estratégia de Saúde da Família, como o nome já diz, tenta e busca resgatar a qualidade do cuidado que nós, infelizmente, deixamos para trás. Então, o que preceitua o Serviço Único de Saúde, o SUS é fantástico, mas só que nós acabamos...

(interrupção conversa paralela: "Fecha aqui?")

M: ... eu acho que ao longo do tempo nós fomos nos afastando dos preceitos do SUS, a ponto de nós precisarmos criar uma estratégia de saúde, quando, na verdade, o SUS deveria perfeitamente, desde o início, ter sido aprimorado, os profissionais dedicados e nós teríamos um Serviço Único de Saúde perfeito, não necessariamente, precisaríamos ter criado uma estratégia de mudança, de resgate. Então eu vejo nesse sentido, mas vejo que o estratégia Saúde da Família ele aproveitou tudo o que um primeiro projeto tinha de bom e ele ampliou muito isso. Essa questão do cuidado porque hoje nós vemos a saúde não mais aquela questão: "Eu vou tratar". Não, não, eu não sou um curandeiro, eu não sou só um cientista, eu não sou só um... eu sou um cuidador! E eu quero que o meu paciente também seja um auto-cuidador e quem ele precise cuidar, ele faça isso com competência, com qualidade, com capacidade. Eu acho que o Saúde da Família é um sistema de saúde em que eu vejo, em que eu tenho para meu usuário, meu paciente, o cuidado. E quem faz, quem escreve uma coisa linda sobre isso, é o Ayres.

D: ahh!!

M: Fantástico, né? José Ricardo Ayres. Ele termina um dos artigos dele dizendo que ele espera que a prática médica, cada vez mais possa se chamar cuidado, "que minha prática médica, cada vez mais, possa chamar-se cuidado". Eu demorei para entender um pouco isso, "mas eu trato tão bem meus pacientes, eu sou gentil, eu sou atencioso, eu procuro me informar, eu acho que eu tenho competência, saber", mas não é só isso. O cuidado é muito mais do que isso. Então hoje, quando eu começo a entrevistar um paciente

aqui, eu pergunto uma porção de coisa. A primeira vez que ele está vindo, eu percebo que ele já estala o olho: "Nossa, por que ele está perguntando como é que é minha casa? Quantas pessoas vivem lá, o que eu já tive de doença? Quando foi que eu menstruei a primeira vez? Sujeito curioso!" E aí eu vou explicando porquê disso, isso é cuidado. Aquela paciente que chega desesperada, chorosa, nervosa e nós ouvimos ela até esgotar no assunto dela! Isso é cuidado, o tempo que nós temos. Então eu acho que o Saúde da Família, no meu modo de entender, ele transparece e ele representa o cuidado, o cuidado no que há de mais amplo do termo. E o cuidado não meu, médico, só, o cuidado de cada um de nós da equipe de Saúde da Família, todos nós somos co-responsáveis pelo êxito ou pelo fracasso da estratégia. Em cada unidade, em cada celulazinha. Eu vejo que o Saúde da Família é a prática médica ampliada. Tem profissional que detesta: "Prática médica só existe uma!" Não, é ampliar, eu vejo além da queixa que você me trás. Se você vem com cefaléia e eu trato só cefaléia, eu posso até descobrir um aneurisma em você, solucionar e você vai ter uma sobrevida fantástica, e no final você tem. Porque eu não foquei só na doença. Então isso, eu vejo na Saúde da Família.

D: E o que significa para você fazer parte disso?

M: O que significa para mim, hoje, eu posso dizer para você que o que significa é a realização profissional. Eu nunca fui, Débora, tão feliz em toda a minha vida, nos meus quase 50 anos como eu sou feliz hoje, o quanto eu sou realizado. Olha que aqui, como em todas as Unidades, o trabalho é intenso, ele é denso. Mas, ele é potente no sentido de gratificar cada profissional. Nós terminamos, cada dia aqui, às 5 da tarde, na quarta-feira, às 9 da noite fisicamente moídos, mas o nosso coração, o nosso astral, o nosso espírito, a nossa alma, está festiva porque nós temos certeza que nós procuramos e tentamos fazer o melhor possível. Então, eu hoje, se eu viajar hoje, se eu partir hoje, eu parto feliz porque eu finalmente consegui fazer a Medicina que o meu pai e o meu avô lá em Salvador, na Bahia, preconizaram. Eram médico das antigas que eles falavam: "Você é médico de antigamente", como eu ouço hoje alguns colegas de maneira muito depreciativa se referindo a Saúde da Família, que nós somos saudosistas, que nós queremos trazer a Medicina do passado. Mas, para mim, é a realização. Eu agradeço muito a Deus por ter me permitido, nessa passagem aqui, ter resgatado esse aspecto.

Fim da FITA I

FITA II - LADO A

M: ...resgate de ideais antigos. E quando eu converso com outros colegas, eu encontro uma idéia muito parecida, muito próxima disso. Com os jovens, eles tiveram o privilégio de já fazer o curso. Os colegas de ..... foi quem orientou a metodologia aqui da ..... Eu tenho jovens colegas que já fizeram a graduação com esse sentido, da importância, do cuidado, da Medicina ampliada, dessa metodologia construtivista e, portanto, eles pegaram já a coisa numa fase muito positiva e mantém muito essa divisão do que era a Medicina profissional, conservadora, ortodoxa e o que é hoje esse modo diferente de trabalhar a saúde.

D: Como você vê o médico, em geral, dentro da equipe de Saúde da Família? Que papel ele tem dentro da estratégia?

M: Acho que ainda não tem o papel que deveria ter porque a especialização, a capacitação, a residência médica em Saúde da Família é uma coisa relativamente nova e, nesse sentido, se por um lado, culturalmente, o paciente estranha um pouco uma Unidade de Saúde com um único médico, onde não há o pediatra que ele tanto gosta, o clínico geral, o ginecologista que ele tanto gosta. Por outro lado, os

profissionais da Medicina, agora, se aproximando do Saúde da Família, eles ainda não tiveram muito tempo... A não ser essa geração que está sendo formada, um pouco mais direcionada para o serviço público, a importância da saúde pública, ele pode transformar-se amanhã num especialista, mas ele vai ser um especialista melhor se ele teve ao longo do curso essa sensibilização, essa orientação do cuidado, da importância da saúde pública, do papel que representa a saúde pública. Então eu acho que o profissional hoje, salvo - eu repito - as exceções maravilhosas que nós temos, aí colegas com quem eu convivo, com quem eu aprendo demais, mas nós ainda temos um grupo de pessoas que ainda - os profissionais, colegas - que não só médicos, da equipe toda, que ainda não compreenderam bem o que é o exercício, o trabalho de Saúde da Família. Eu digo sempre que é um vocacionado, um profissional que é vocacionado para isso porque ele não vai ganhar fortuna, ele tem que ter dedicação exclusiva, portanto ele não pode ser um profissional que pense lá no consultório, que queira ter sua iniciativa privada, sua atividade de iniciativa privada porque se for um sonho desse colega manter sua clínica, ter lá o seu nome na fachada, ele não vai ser feliz no Saúde da Família porque aqui ele precisa se dedicar em tempo integral. Nós tivemos várias situações de colegas nossos precisar ser remanejados exatamente por conta disso porque ele entendia que ele podia vir aqui, fazer meia hora, uma hora, duas de atendimento e voltava para assumir sua vida profissional na Santa Casa. E não é possível assim. Então eu acho que a nossa categoria médica ligada ao PSF ainda não se interou exatamente do que significa, mas é uma questão de tempo. As gerações vão se formando, esse concurso último, agora, da nova turma que vem para ...., nós já tivemos 18 profissionais interessados, tivemos outra agora atrás com quase 30, de modo que eu acho que há um despertamento nesse sentido, mas o tempo vai refinar essa dificuldade que nós hoje vivemos. Nós ainda não temos uma categoria exatamente plena, consciente, mas vejo aqui em ..... com muitos bons olhos. Dessas 11, 12 ou 13 Unidades que nós temos aqui em ...., nossas dificuldades têm sido muito pequenas em relação ao médico, muito pequena. Na medida do possível sanadas, solucionadas porque o interesse da administração é que a estratégia da Saúde da Família continue indo bem, como de resto do país, e vai bem! Mas os ajustes, os apertos de parafusos têm que ser feitos.

D: Para terminar, eu queria que você me dissesse o que é saúde e o que é doença para você. O que você compreende de saúde e o que compreende de doença?

M: Eu gosto muito da antiga citação da Organização Mundial da Saúde quando dizia que saúde é ausência de doença. Porque hoje, graças a Deus, nós derrubamos essa tese, essa famigerada tese que dizia que eu estou saudável se eu não tenho doença, e ali a doença entendida, mesmo, do ponto-de-vista orgânico, físico. Então, a doença é muito mais do que aparenta, ela não é necessariamente física, ela não é apenas detectável com exames, com a chamada tecnologia pesada, dura e nem com a leve-dura, e sim com a tecnologia leve, a conversação, o diálogo, o acolhimento contínuo. Então, doença, portanto, é muito mais do que essas letrinhas expressas. E eu preciso ter olhos para ver, eu posso estar diante de um paciente que vem aqui para fazer ginástica, é saudável, ele faz isso todo o ano, fazer uma avaliação rotineira, clínica, e esse paciente, ao longo da entrevista, eu descubro que ele está vivendo um drama emocional fantástico, que na verdade, ele vai lá na ginástica, numa tentativa de fugir da tragédia que ele está vivendo dentro da casa, portanto esse paciente está doente emocionalmente, ele está fugindo porque quando ele volta os problemas estão lá, ele está angustiado, e um dia ele vai botar fim nessa situação de uma maneira trágica. Numa entrevista ele começa a falar para mim que a vida não está valendo muito a pena, que é saudável,

que não tem doença nenhuma, mas que ele está muito cansado da vida, que a vida não vale a pena... Daqui a pouco eu começo a notar nele uma intenção suicida, mas ele está hígido, ele está perfeito, magrinho, elegante, colesterol bom, tudo, mas ele não está, não, ele está doente! E o outro que vem aqui, exatamente, vítima de um câncer, vivendo uma situação dramática, essa figura é só alegria, é só bom humor, um astral fantástico, ele convive com a doença de uma maneira muito positiva, enfim... eu não posso dizer muito que este homem está doente. Ele vive, momentaneamente, numa situação, uma anomalia de um órgão, mas a doença é relativa. Por outro lado, a saúde é quase que a interface, a outra face da moeda. O que é a saúde? No meu modo de entender, eu estou saudável se eu estou, do ponto-de-vista emocional, equilibrado, se eu tenho a minha inclusão social aceitável dentro do meu padrão, se eu percebo que minha família está equilibrada. A saúde, no meu modo de entender, não é a saúde do organismo só, é a mente, é minha profissão, eu estou feliz no meu casamento, eu estou equilibrado, então eu estou saudável. Eu posso até ter uma deficienciazinha orgânica, mas eu vou corrigir de maneira muito equilibrada, mas eu estou saudável. Eu acho que saúde e doença são muito mal interpretadas do ponto-de-vista nosso, médico, principalmente. Eu, às vezes, acho que doente é um sujeito absolutamente sadio, no sentido figurado, e mais espiritualizado, mais emocional da palavra. E muitas vezes, o que tem saúde aqui, o que vem aqui saudável, trabalha, convive comigo, então um dia me surpreenda como me surpreendi há pouco tempo atrás com uma tentativa de suicídio, de uma figura absolutamente rígida, feliz, tranqüila, freqüentando festas, convivendo, e no entanto, essa criatura de repente toma uma atitude dessa e aí então que vai se levantar e se percebe que de saudável não tinha nada. Eu vejo com muito cuidado quando eu olho para alguém e diz: "Olha, eu tenho muita saúde". "Que bom", mas eu vejo com muito cuidado. E o doente também: "Eu estou muito doente". Eu vejo isso com muito tato.

D: O que seria a saúde e a doença no adolescente?

M: Eu não fugiria muito dessa maneira de ver. O que eu consideraria no adolescente é que nele, por uma questão até da vitalidade orgânica da idade, ele, do ponto-de-vista orgânico, ele é menos vulnerável às doenças tradicionais, ele já passou a geração da infância, a fase mais crítica ele já venceu. Se ele chegou à adolescência ele provou que a seleção natural foi boa, ele deve ter tido cuidados com relação a doenças de infância e tal. Mas eu acho que nele, é a saúde mental, o emocional dele que muitas vezes não está bom. Ele pode estar fisicamente rígido, mas emocionalmente, psicologicamente falando, completamente vulnerável e doente, aí diferencia.

D: Bom, ..., eram essas as minhas questões...

M: Ah, sim, muito bem formuladas, espero ter respondido de maneira a contento.

D: Claro, sem dúvida. Colaborou muito. E aí eu até te pergunto se tem alguma coisa que eu não perguntei, se você acha que é importante, que pode ajudar para colaborar no meu trabalho. Tanto sobre o adolescente, quanto sobre formação, sobre Saúde da Família. Alguma coisa que suscitou e que eu não tenha perguntado e que você queira acrescentar.

M: Eu vou ser sincero: eu fiquei encantado com a formulação, a formatação do questionário, não sei se posso, mas vou me atrever a dar uma sugestão, que você colocasse no seu horizonte de possibilidades, de perspectivas, a possibilidade de capacitação dos profissionais em relação à clientela adolescente. Gostaria que você levasse essa sugestão aos seus... a quem, de direito... para que em algum momento nós pudéssemos contar com seu saber, com sua experiência, no sentido de nos capacitar e nos preparar para

enfrentar essa clientela vulnerável e adorável ao mesmo tempo, né?

D: a intenção é depois socializar os resultados do trabalho, para que todos vocês possam ter conhecimento. E claro, eu vou estar à disposição para colaborar no que for necessário...

M:... eu tenho certeza que a ..... vai se interessar muito.

D: ... quero que ela conheça, é uma das coisas que a gente já acordou. Ela vai ter o resultado do trabalho, enfim, para ela poder conhecer um pouco mais...

M: Claro, com certeza.

D: E eu acho que uma das intenções do trabalho é justamente poder focar a formação, como é que os profissionais podem ter mais conhecimento...

M: Você programaria uma capacitação para o grupo de Saúde da Família...

D: Claro!

M: Estudaria com a Secretaria, viria a questão de honorário, essas coisas, faria esses acertos todos, essa formalidade porque eu acho isso extremamente importante! Com certeza os outros colegas comungam da mesma opinião.

D: Está bom! Eu te agradeço pela participação, seu tempo disponível.

M: Eu que agradeço a sua gentileza...

D: ...colaborando para o trabalho.

M: Parabenizo você pelo seu talento, pela sua dedicação, pelo seu objetivo de vida, ideal, que seja muito feliz, que tenha muito êxito. E a Unidade de Saúde da Família do ....., nós nos colocamos ao seu inteiro dispor, para outra oportunidade, qualquer coisa que você queira pesquisar aqui, as portas aqui estão abertas e o interesse em tê-la aqui é todo nosso!

Fim da entrevista.

**Entrevista com Médico 5 (M)**

Entrevistadora: Débora (D)

Data: 12 de fevereiro de 2008

Local: USF .....

FITA I - LADO A

D: Só para caracterizar um pouco, ...: a sua idade, estado civil, em que ano você se formou.

M: Vamos lá: Meu nome é ...., eu tenho 31 anos, sou desquitado, médico, eu me formei em 2004, na ..., em .....

D: E você fez alguma especialização, residência?

M: Eu fiz especialização em Saúde da Família, terminei a especialização em Saúde da Família em 2006, dezembro de 2006, e hoje estou fazendo o Mestrado em Saúde Pública.

D: Essa Unidade: você está aqui há quanto tempo?

M: Ahn... Sete meses e nove dias.

D: E a Unidade, você sabe há quanto tempo funciona?

M: Não tenho idéia, já faz bastante tempo, ela funcionava num Sistema Saúde da Família meio complicado, não era bem... porque você tinha o clínico da família, o pediatra e o ginecologista. Então a implantação e quebrar isso está meio difícil, mas estamos indo.

D: E vocês funcionam em quantas equipes?

M: Nós temos duas equipes, as duas equipes estão incompletas ainda.

D: Quais profissionais integram essas equipes atualmente?

M: Nós temos médico, enfermeiro, dentista, cada um tem três agentes comunitários e dois auxiliares de enfermagem, ainda falta. E ainda os atendentes de consultório dentário também, que ajudam os dentistas. Faltam três agentes comunitários para cada lado. E aí a gente tem o suporte de uma equipe matricial que é a equipe de residentes, tem a fisioterapeuta, tem a assistente social, tem psicólogo, tem nutricionista, tem fisioterapeuta, tem educadora física. E tem outros que acabam ajudando a gente com o trabalho.

D: E como é que tem sido a dinâmica de vocês, como vocês funcionam cotidianamente? Um pouco do esquema de trabalho.

M: O esquema de trabalho é super complicado porque trabalhar com duas equipes é muita coisa para administrar, muita gente pensando diferente, olhares diferentes, capacidades de envolvimento diferentes, de dedicação, e isso gera muito conflito. Realmente, no começo foi assim "um incêndio na floresta" quando eu cheguei aqui. Agora a gente pode dizer que a gente está numa fogueirinha (risos), mas é bem complicado. Tem essa dificuldade, quando eu cheguei aqui a gente tinha... Quando eu cheguei, tinha... a equipe ... que tinha só a enfermeira e um agente comunitário, aí eu cheguei, passou um mês chegou o auxiliar de enfermagem. Então a nossa equipe veio se montando, enquanto a equipe 1, que é a equipe do ...., já estava pronta, então a gente teve um pouco mais de dificuldade, mas estamos indo bem, hoje a gente está bem melhor!

D: E como é? Vocês atendem aqui, consulta, fazem visita? Como é a relação com o agente comunitário?

M: Ainda é assim: a gente está num momento que a gente está terminando o cadastramento, a gente tem cadastradas, efetivamente, 625 famílias, em casas vagas, de casas que faltam cadastrar, vai chegar a 751, que é o preconizado, mesmo, pelo Ministério da Saúde, vai ficar legal isso. A gente trabalha com o

atendimento aqui na Unidade de Saúde, tanto o médico, como o enfermeiro. É... A gente faz as visitas domiciliares, tem tido muita dificuldade de fazer visita domiciliar porque a demanda aqui é um pouco maior do que talvez dê para se organizar. E também tem a questão dos alunos, eles tiram algumas horas minhas por semana e eu poderia estar dedicando mais à população, então eu fico naquele meio: se eu dou mais atenção para o aluno, a população fica sem, se eu dou mais para a população, o aluno fica sem, eu fico meio... no meio desse impasse aí, eu fico bem nesse impasse porque eu gosto de fazer as duas coisas. Eu gosto de me envolver mesmo com a população, mas eu gosto de atuar como professor, eu fico meio dividido. Mas estamos indo bem, por enquanto, eu acredito, temos muito para melhorar, mas estamos indo bem.

D: Você falou que já fez a especialização no Programa de Saúde da Família. A minha pergunta era um pouco assim: quando e como você chegou no Programa de Saúde da Família? Ou seja, lá desde a sua graduação? Como é que foi para você chegar no Programa de Saúde da Família?

M: Eu acredito assim...

D: Qual o caminho?

M: Eu acredito que eu sou o único médico criado para o Saúde da Família porque no meu primeiro ano de faculdade, eu via muitos professores falarem mal do SUS: "É uma porcaria, não presta, não funciona, não sei o quê". Aí eu via, todos eles tinham emprego no SUS! E eu não entendia o que era isso. E aí eu tive o prazer de conhecer uma enfermeira, que hoje ela é docente aqui da .....: ....., uma enfermeira, e aí eu fui fazer um estágio com ela para eu aprender o que era SUS, como funcionava, de onde vem toda essa história, como é que estava implantado, tal. Aí ela acabou me colocando em contato com ....., que era diretor dos hospitais na .... naquela época, hoje é do Hospital Escola. Com a .... e com ele que era quem comandava a Saúde lá em ..... Então eu conheci, no segundo ano de faculdade, eu tinha uma idéia do que era o SUS. Então, desde o segundo ano de faculdade, eu venho me preparando para ser médico de família, então toda parte teórica eu fiz no segundo ano, a parte de Sistemas de Informação eu fiz no terceiro ano. No quarto ano, no estágio de seis meses, eu fiz estágio numa Unidade de Saúde da Família seis meses mais o obrigatório que você tinha lá. Então eu me preparo para trabalhar no Saúde da Família desde o segundo ano da faculdade, por isso que eu falo que eu acho que eu sou o único criado, mesmo, os outros, não, eles acabaram fazendo faculdade e depois resolveram fazer residência, eu, não, desde o segundo ano já sei o que eu quero.

D: Já tinha feito essa escolha?

M: Já, já, eu já sabia o que eu iria fazer.

D: Antes de trabalhar em ..., no Programa de Saúde da Família, você trabalhou em outro lugar?

M: Eu trabalhei numa cidade de 4.200 habitantes, .....: no final da Castelo Branco, à direita (risos).

D: Eu trabalhei em .....

M: Saí de lá, eu vim de lá o ano passado, .....!

D: Quando eu me formei, eu fui trabalhar lá.

M: Ah, é? Eu trabalhei lá... No período em que eu estava em ...., eu estava fazendo pronto-atendimento e fazia pequena cirurgia, depois eu fui chamado para trabalhar em ....., aí eu fui para .....! Tinha um processo seletivo que ficou pendente para trabalhar em ...., depois de nove meses que eu estava lá, .... me

chamou, aí eu fui para ...., eu fiquei um ano e três meses lá, aí até que eu passei no concurso público aqui, eu vim para cá.

D: Mas lá não era PSF?

M: Só trabalhei em Saúde da Família, fazia pronto atendimento, fazia pequena cirurgia que eu gosto, fazia hospital, mas o que eu gosto mesmo é Saúde da Família, nunca larguei, desde que eu me formei sempre trabalhei em Saúde da Família.

D: Bom, entrando na minha questão mais específica: eu queria que você me dissesse como é que você compreende "adolescência"? O que é "adolescência" para você? O que você define, qual é a sua compreensão de "adolescência"?

M: Conflito!

D: (risos)

M: (risos) Adolescência é viver em conflito, é a fase do conflito, acredito, porque você acaba perdendo alguns privilégios que você tinha como criança: os pais, a sociedade fala: "você não é mais criança", mas ao mesmo tempo você não é mais adulto para você mandar no seu nariz, não é adulto ainda para você mandar no seu nariz! Então é uma fase de transição em que você perde algumas coisas e não consegue ganhar outras coisas para repor. E você está desenvolvendo, montando, terminando de montar a sua personalidade. Na verdade é que ela já está montada, uma criança de 3, 4 anos ela já está bem segura pra onde que ela vai. Mas aquela, vamos dizer assim, aquela... o refinamento da personalidade está acontecendo na adolescência. E dependendo muito de como família lida com isso, como o meio em que essa criança, esse adolescente está inserido, seja escola, sejam as atividades de lazer fora da escola, familiares, amigos de rua que eles têm, ele pode ir para um lado ou para o outro. Mas eu acho que é uma época de conflito e muitos sofrem demais com isso, aqueles menos preparados e principalmente hoje, com tanto desarranjo familiar, a maioria dos lares hoje são desarranjados, eles não são aquela coisa que a Igreja fala, por exemplo, tradicional: pai, mãe e filhos, né? Você tem um pai que cria filhos, ou a mãe que cria filhos, ou avós que criam netos, que é a grande maioria que acontece são os lares desarranjados. Na população que eu trabalhei até hoje, de Saúde da Família tem muito, que é aquele lar... Existe uma coisa em Psicologia, agora eu não lembro exatamente o termo, mas que mostra que não é um lar tradicional. É uma coisa complicada.

D: Qual é a sua experiência de vida com adolescência? Em tudo: pessoal, do trabalho, que experiências você já teve com adolescentes e como foram?

M: (risos) É... A minha experiência com adolescentes é muito boa porque assim: eu me sinto adolescente. Apesar dos meus 32 anos, adoro esporte, gosto muito de assistir filme, de sair para festas, fazer as coisas que adolescente faz, mesmo. E assim: além de ter uma adolescência bem descontraída, quando eu precisei entrar na faculdade, eu me sustentava dando aula, então eu dava aula em escola estadual, então eu dava aula para adolescentes, eu dava aula de 5ª até o 3º colegial. E aí eu dava aula de tudo para eles, eu entrava como substituto, e aí dava Matemática, Biologia, Física, Química, de tudo, enfim. E aí eu tive uma experiência legal, que eu comecei a fazer um trabalho em duas escolas em especiais que eu passei lá em ....., trabalhava a parte de sexualidade. Eu trabalhei na periferia, meninas grávidas aos montes, e aí comecei a fazer um trabalho. Então foi legal porque eu consegui ter a empatia deles, então nas minhas aulas eram assim: todo mundo ia embora em todas as aulas, na minha sempre casa cheia. (risos) Todo

mundo pulava o muro, fugia, descobria que era eu que ia substituir ou que eu que estava dando a matéria, eles iam embora em todas as aulas, na minha, a platéia cheia.

D: Você considera que era pelo conteúdo que você trabalhava, a forma, a metodologia, o que era?

M: Pelo contéudo, o que é uma coisa de interesse para eles e a forma que eu trabalho, eu tento me aproximar ao máximo deles. Então, eu falo "nóis vai", "a gente vai lá pegar uma", "a gente vai fazer não sei o que". Então, eu tento trabalhar a linguagem deles. Às vezes era aula de uma "coisa", eu ia para a quadra jogar vôlei com eles, jogar basquete com eles. Então eu tentava me enturmar para mostrar que eu era o igual e aí, nisso eu consegui a confiança deles, ficava mais fácil de lidar. Enquanto muitos professores, com aquelas classes horríveis, que dava trabalho para todo mundo, para mim não me dava porque eu acabava entrando no meio deles e aí eu fazia eles participarem das coisas, como se eu fosse um deles.

D: Teve alguma outra experiência que você considera que foi importante, que te ajudou a formar as suas idéias sobre adolescência? O que você considera que mais te influenciou para você ter uma idéia sobre adolescência, sobre a concepção que você tem?

M: Sobre adolescência? ah... Acho que assim: eu sempre fui um pouco... eu sempre fui um pouco? Eu sempre fui muito crítico (risos). Eu sou crítico demais, desde a minha adolescência eu questiono muito o que eu devo fazer, o que eu não devo, o que é certo, errado e... Acho que desde a infância eu venho vindo me comparando, comparando situações que outras pessoas adotaram, atitudes que não davam certo, que davam errado. Ia vendo as pessoas mais velhas, o que eles fizeram, ia comparando, eu ia tentando escolher caminhos para ir. E acho que isso... essa vivência com esses adolescentes que estavam a minha frente, vamos dizer assim, me ajudou a ver os erros deles para eu não cometer os mesmos. E vivendo dessa maneira, acho que me ajudou também a entender, às vezes, por que alguns estavam cometendo aqueles erros. Então, para lidar... quando eu fui para dar aula nas escolas estaduais, para essa molecada, vamos dizer assim, eu consegui entender um pouco o sofrimento, a carência, as dificuldades que eles viviam porque eu via. Minha família é um pouco melhor, assim, que aquela região que eu estava dando aula, mas muito pouca coisa. Então dava para usar um pouco a minha experiência de vida para entender o contexto deles. E o trabalho no Saúde da Família em 2002, que eu tinha um preceptor lá, o médico de Saúde da Família de lá, ele me pôs para trabalhar com todos os grupos, então eu trabalhava, inclusive, com grupos de adolescentes, foi meu primeiro contato para trabalhar com um grupo de adolescentes, que não fosse dentro da sala de aula. Que aí é uma outra questão, que eu estava exercendo não o lado do professor, mas o lado um pouco de médico, né?

D: Como é que foi?

M: Foi muito legal, a gente tinha uma Unidade que tinha uma sexualidade bastante aflorada, vamos dizer assim, muito consumo de droga. A gente conseguiu diminuir taxa de natalidade, a gente conseguiu, não recuperar completamente, mas melhorar muito a condição de vida daquelas famílias desestruturadas por causa de adolescentes que estavam indo para o caminho das drogas, álcool e tal. Acho que foi muito boa, apesar de depois não conseguir dar seqüência porque eu tive que ir para uma outra Unidade do outro lado da cidade para continuar o meu quarto ano, mais foi muito boa.

D: Dentro do PSF, como você vê o trabalho feito com o adolescente? Como é o trabalho voltado para o adolescente, existem os trabalhos, como é? Como você avalia hoje o olhar do PSF para a adolescência, para os adolescentes?

M: Não existe trabalho no Saúde da Família para o adolescente.

D: Você acha que isso...?

M: Ele não é encarado como uma prioridade porque nós temos assim, problemas de maior grandeza, problema de maior grandeza, por exemplo, as patologias crônicas, a hipertensão diabética, a gente causa comprometimentos, seqüelas e morte. A gente tem problemas nisso com as mulheres, principalmente as gravidezes, as gestações. Então, o Saúde da Família, ele acaba atacando pontos chaves, onde dá mais problema. Então, onde dá mais problema? É quem tem doença crônica, a mulher, principalmente o enfoque no pré-natal e, justamente as crianças. A gente trabalha muito criança até dois anos! Depois disso, a gente... não existe esse trabalho. O único trabalho que eu tenho... eu não fiz nenhum trabalho depois de formado, com adolescente. Até hoje eu não consegui, o único lugar que eu trabalhei foi no 4º ano, no estágio de Saúde da Família. Acho que porque lá já era uma Unidade quando eu cheguei lá, acho que já tinha três anos que tinha a Unidade lá, a mesma equipe trabalhando junto. E eu nunca fiquei tempo suficiente num lugar para dar tempo de eu acertar a casa: hipertensos, diabéticos, acamados, pré-natal, acertar a casa das crianças, para depois partir. Em .... eu estava muito perto disso, só faltava acertar as crianças. Lá faltava muito pouca coisa. Mas aí eu acabei vindo para cá. Agora, sinceramente, eu desconheço qualquer outro lugar que tenha um trabalho que realmente funcione. Todo mundo descreve muito o trabalho, falando, mas vai ver a amostra que eles têm, são cinco, seis, sete, oito, acho que isso não é uma amostra para um trabalho significativo, com sucesso. Igual aqui: a gente tem um grupo de caminhada, que chegou a ter 27 pessoas, cadastrados 33, mas flutuava 27. Nas férias reduziu, está dando 17. Eu tenho experiência com um grupo de ..... de 108 pessoas. Quando ia menos, dava 80! Em ....., 76, quando ia menos, dava 45, 50. Então assim, realmente, existe um lugar que realmente deu certo, eu desconheço! Fui a Sobral, conhecer lá, eu fiquei 3 dias em Sobral o ano passado, quando eu fui para o congresso cearense, fiz questão de ver lá, se era mais organizado, se tinha... não tinha! Tive contato com o pessoal do Rio Grande do Sul, o professor Felipe veio de lá dar uma capacitação para a residência médica do Saúde da Família, que lá é bem adiantado, lá existe a residência de Medicina Comunitária, é uma das mais antigas do país! Depois acabou virando Medicina de Família e Comunidade, também não existe. É... Uberlândia, Uberaba, aqui também existe alguma coisa, desconheço porque eu tive contato com a ....., que veio de lá e ela também não falou disso. Então na verdade, eu desconheço que exista um trabalho, assim, que realmente deu certo, com adolescente. Se tiver, você me avisa, que eu quero conhecer. Adoro conhecer projeto que deu certo. Projeto que não deu certo, não me interessa, eu quero saber onde deu certo para eu ir lá, aprender e fazer igual e, se der, melhorar, logicamente.

D: Claro. Sem dúvida. Do que você vê sobre adolescentes, que não tem um trabalho voltado para eles, mas alguns chegam até a Unidade... Que problemas ou dificuldades você vê voltados à Saúde do Adolescente? Tanto do trabalho com adolescente quanto... Que tipo de problemas eles trazem, as dificuldades? Por que eles procuram, às vezes, a Unidade?

M: Acho que a maior dificuldade de trabalhar com adolescente é eles conseguirem chegar a Unidade (risos), você conseguir tê-los perto para você trabalhar. Mas de uma forma geral, quando eles chegam, as

meninas vêm mais para a questão de buscar... anticoncepção, elas querem... as que vêm, vêm para tentar não engravidar. E os rapazes, principalmente aqui (risos), eles vêm porque eles já estão com DST. Então, eles vêm quando a coisa está feia, mesmo. Homem, adolescente, homem é uma tranqueira para procurar médico, só vem quando está realmente mal. Então, o adolescente menino é muito raro aparecer, muito raro. Quando aparece, ou ele aparece ou porque ele já está com uma DST, ou está com medo de ter tido porque a camisinha furou, ou não sei o que, em alguma relação que ele esteja desprotegido. Ou, o que vem acontecendo bastante e é uma coisa que o meu trabalho é sobre isso, a depressão e ansiedade, mas eu gosto muito de estudar depressão e ansiedade, eu tenho encontrado muitos adolescentes com distúrbios de ansiedade, distúrbios de humor, síndromes depressivas, alguns até em depressão. E aqui eu encontro mais do que nos outros lugares que eu trabalhei, ainda não consegui ter tempo para medir isso, mas aqui tem mais!

D: Você vê, eles chegam a ter esses problemas na Unidade?

M: Chegam, hoje eu atendi dois.

D: Reclamando?

M: Reclamando.

D: Mas eles têm essa queixa ou?

M: Tem a queixa! Eles vêm contando as queixas achando que um exame de sangue, de hemograma, de diabetes, de colesterol é um problema. Mas quando você faz aquela triagem, levantando os sintomas, as características, quanto tempo, você consegue fechar quadros ansiosos, quadros mistos, quadros depressivos. Ou alguma síndrome de adaptação e inadaptação, você consegue fechar algumas coisas assim, ter algumas idéias sobre isso. Isso aqui é bem presente. E o que me chama a atenção aqui, é que antes eu estava acostumado a ver isso muito em menina. Aqui não, aqui vem menino. Adolescente, 17, 18 anos, assim, vem bastante. Acho interessante.

D: É um dado interessante, mesmo.

M: É uma coisa que, talvez até, quem sabe eu ficando mais tempo, gere um trabalho com os alunos para eu fazer aí. Mas é uma coisa interessante da área aqui.

D: Se você fosse pensar numa proposta de trabalho voltada para o adolescente: como é que você acha que deveria ser o trabalho voltado para o adolescente na área da saúde, no Programa de Saúde da Família? O que você acha que ele deve ter, como ele deveria ser pensado?

M: Eu sou bem assim, vamos dizer assim: eu sou imediatista, eu penso como se eu estivesse trabalhando numa grande calamidade pública. Tem um grande acidente, você é o médico, você tem um monte de gente para atender e você tem que tentar resolver aqueles que são mais importantes primeiro. Se eu fosse começar hoje aqui, eu voltaria a insistir nesse trabalho que eu já fiz nas escolas com os alunos. Questão de adolescente grávida: aqui, eu tenho com 16, 17, tem uma com 15. Eu não tenho menos do que isso, mas eu já acho que é um problema. No ...., aqui na frente, na Unidade do ....., tem uma menina que já tem um filho com 12 anos, ganhou no final de 11 para 12 anos, por exemplo. Não tenho muito contato para conversar com os outros, mas eu acho que a primeira coisa que eu encararia seria isso. Sexualidade! E assim que eu conseguir estruturar um pouco melhor, espero que a partir do meio do ano, eu vou atacar as escolas, eu vou para as escolas atacar o tema sexualidade, DST e gestação não planejada. Uma segunda coisa que me preocupa muito nessa região, a gente tem um índice de alcoolismo absurdo. Você tem

desarranjo familiar aqui por alcoolismo absurdo, e é onde a gente tem que fazer o trabalho. Com quem já está, a gente sabe que se estiver com uma clínica bem feita, tratamento bem-feito, acompanhamento, a gente tem... quando consegue 30, 40% de resgate, é uma maravilha, é um sucesso fantástico. Então não é aqui que eu tenho que atacar, eu tenho que atacar lá em baixo. Eu acho que seriam as duas coisas: drogas e sexualidade. São as duas coisas que eu escolheria para começar a trabalhar.

D: Você faria isso indo para as escolas?

M: Para as escolas. Não adianta ficar esperando eles aqui, eles não vêm. Eles só vêm quando a coisa está feia.

D: Você acha que a Unidade não é uma referência para os adolescentes?

M: Não.

D: Eles não encaram como referência?

M: Eles não encaram isso porque o adolescente ele tem aquela síndrome de super-herói, complexo de super-herói: "Eu posso tudo, eu faço tudo, nada vai me acontecer". Se você for ver estaticamente, o que eu atendo aqui... Eu atendo a faixa etária acima de 20, a faixa etária abaixo de 9 e, aquela de 10 a 19 anos eu não atendo, é a faixa etária mais vazia. Se você pegar um mês de atendimento meu, de 450, 500 pacientes que eu atendo, se tiver uns 50 é muita coisa, é muita.

D: Eles não vêm?

M: Não vêm.

D: E o agente, você acredita que ele está preparado para ver os problemas da adolescência ou não?

M: Não. Hoje não existe nenhum agente bem treinado, nenhum agente bem capacitado. Esses cursos de formação do Ministério são uma porcaria! Eu falo isso porque eu acompanhei alguns treinamentos. A minha irmã, que é enfermeira em ...., ela foi dar algum treinamento, ela me mostrou algum material, eu falei: "Não, vamos mudar algumas coisas", mas mesmo assim eu acho que não existem agentes bem treinados para isso. Talvez você consiga alguma coisa melhor quando você tem aquele agente mais comprometido, que eu te falei. Mas isso é tão raro, tão raro! A maioria vem trabalhar por causa do salário. É difícil aquele que larga, como eu, que eu ganhava R$2.000,00 a mais, vim ganhar R$2.000,00 a menos para trabalhar e faz porque gosta. Hoje o pessoal trabalha por dinheiro, mesmo. Então, não tem agente, não...

D: É a sobrevivência, né?

M: É a sobrevivência.

D: Agora entrando um pouco na questão da formação. Como você avalia a sua formação, em termos de graduação, quanto ao embasamento que te deu para trabalhar no PSF e para trabalhar com adolescente? Você acha que a sua graduação, mais especificamente, te deu embasamento para essas duas coisas? E por quê?

M: Para trabalhar no Saúde da Família, como o currículo lá de .... é diferente, é o PBL, o método baseado em problemas, assim como o da ..... também é. A gente trabalha com casos reais desde o primeiro ano, não trabalha segmentado, trabalha com pessoas que têm problemas, desde o primeiro ano. Então isso ajuda a gente a pensar nisso. Depois, a minha linha, que eu segui a minha trajetória estudando só para isso, então, a minha formação, eu acredito que a minha formação de graduação é melhor que qualquer residência médica do país. O que eu fiz na minha graduação, a maioria das pessoas não fez, fez tudo na

residência. Não teve oportunidade e também eu acho que não quis vir, porque é difícil ter uma pessoa que vai atrás. Agora, para trabalhar especificamente com adolescente, nenhum, não existe. Não existe.

D: Não teve nada, não sei se vocês trabalhavam com disciplinas, mas não teve nenhuma que tratasse das questões do adolescente?

M: Hum... eles colocavam algumas coisas nos problemas de papel, que a gente chamava, mas ficavam algumas coisas muito vagas. E como a gente, assim, não estava preparado, não estava tão ambientado para acostumar, para trabalhar com o método, a gente talvez teve dificuldade de levantar. Eu acabei levantando muita coisa, eu acabei estudando muita coisa de formação de personalidade, eu li muito, Winiccott por exemplo, que eu achava um autor excelente, que fala dessa formação, de todas essas mudanças. Mas eu não tive uma coisa específica, alguém tentando levar a gente a realmente entender sobre isso, isso não existe. Isso é uma carência, acho que de todo... no meu currículo médico que eu fiz, que era mais moderninho não tinha, muito menos nas tradicionais! Nas tradicionais é doença, doença, doença!

D: Você acha que deveria ter?

M: Com certeza! Com certeza. É isso que eu vou tentar fazer com meus pupilos, agora, segundo ano, eles vão começar a rebolar um pouquinho mais, que eu vou tentar mostrar para eles o que eu não tive, tentar dar para eles o que eu não tive. Lógico, com as minhas dificuldades porque eu também não tive, vou ter que aprender a lidar com isso, mas eu vou tentar oferecer para eles o que eu não tive.

D: E na sua residência, que você fez depois, a nível de pós-graduação, teve algum momento que tratou de questões de adolescentes?

M: A maneira de montar a especialização, a residência, é a mesma coisa que a da faculdade. O currículo é o mesmo tipo... Hum... Não dava tanta margem também, a mesma coisa, não teve muita diferença. Não teve muita diferença. Também é um processo novo, né? Eu acho que assim: que o povo que está aqui em ..... eles estavam em ...., eles montaram ..... Aqui eles já têm melhoras muito grandes. Eu vejo hoje muito melhor do que a época que eu passei na faculdade. E eu acredito, quem sabe, daqui 4 ou 5 anos, talvez tenha um currículo voltado para isso, agora, inexistente!

D: Quando você chega a atender os adolescentes, o que você acha que te dá maior referência, então, para atender esses adolescentes? Não foi a formação, foi o quê: suas experiências de vida, ou alguma outra experiência?

M: Experiência de vida, como um adolescente engajado em tudo que era movimento estudantil, tudo que era movimento das igrejas, eu sempre estive no meio, tudo o que era movimento, né? E essa experiência de dar aula na periferia. Então eu acabo me levando a referência por essas experiências que eu tenho. E aí, você vai acabando, passando as experiências anteriores. Eu venho trabalhando desde 2004 na Saúde da Família, você vai testando algumas coisas que não dão certo, algumas abordagens você vai quebrando a cara (risos), você vai aprendendo. Então é um processo que você vai construindo ao longo do tempo. Mas eu acho que o que me fortaleceu bastante, com certeza, foi a experiência de ter dado aula na periferia.

D: Falando agora, de novo, mais um pouquinho sobre o PSF, eu queria que você me dissesse, o que significa para você - aí, né, bem mais pessoal -, o que significa para você ser um profissional de uma equipe do Programa de Saúde da Família? Como é que você se sente nesse trabalho?

M: Na verdade, o Saúde da Família é minha vida. Eu tenho isso como minha opção de vida. Por que isso? Eu sou de família pobre, eu tive muita dificuldade para estudar, eu tive que lutar muito para entrar na faculdade. Eu vi muitos descasos, mandos, desmandos quando eu era paciente, quando eu era estudante, e eu acho que assim, é... na verdade falta médico! Tem muito técnico em Medicina! Técnico em Medicina, que foi lá e estudou para ser marceneiro, ferramenteiro, serralheiro, tem um monte. Agora, médico, que está a fim de chegar dentro da pessoa, ver o que ela está precisando, jogar junto com ela, viver um pouco com ela e tentar ajudá-la é muito pouco. Eu acho que isso é muito ruim, então aonde eu vou, em todos os lugares que eu trabalhei, eu dou o máximo e não aceito que equipe minha... para trabalhar na minha equipe, tem que dar o máximo. Se não der o máximo não serve para trabalhar comigo. Criei conflitos memoráveis em todos os lugares (risos). Em ....., se você abrir o Jornal ..... na internet, você vai ver um monte de foto minha, para todo lado, lá. Porque eu defendo o Saúde da Família e essa maior interação da equipe de Saúde da Família com a comunidade até o último momento, até eu achar uma coisa melhor. Enquanto eu não achei coisa melhor, é isso que eu quero. E... é opção de vida, mesmo, faço porque gosto, poderia estar... Ainda hoje estava conversando com minha namorada: poderia estar hoje, já, ganhando rios de dinheiro porque eu tenho uma mão muito boa para operar, era para eu ter feito cirurgia plástica, um professor da ..... queria que eu seguisse, mas... me sinto melhor desse jeito (risos).

D: Já estou terminando.

M: Ahn, ahn.

D: Como você compreende saúde e doença? O que é saúde e o que é doença para você?

M: Poxa... Então, aí você tem as definições incompletas, que é a ausência de doença, que é o bem-estar bio-psico-social, espiritual, não sei o quê. Tem várias abordagens de autores, da OMS. Eu acho que assim, a pessoa, na verdade, ela está doente quando ela se sente doente. Eu acho que o mal da humanidade, a doença da humanidade são os distúrbios emocionais. Esse é o pior mal da humanidade, não é AIDS, não é pressão alta, não é diabetes, não é nada dessas coisas, não. O emocional é a pior coisa. Então, quando a pessoa está doente emocionalmente, ferida emocionalmente, independente se é filho, se é marido, se são questões outras familiares maiores, se é trabalho, se é meio social onde vive.

LADO B

M: O estado emocional, o equilíbrio emocional. Porque, é... eu acabei aprendendo com pacientes que me ensinaram muito nessa pouca jornada minha como médico. Eu lembro muito de uma senhora que chama ....., de ...., uma senhora hoje com 68 anos, hipertensa, diabética, hipotiroidismo, obesa, na época, quase mórbida, perda de visão por causa de hipertensão e diabetes 70%, vida familiar atribulada. Mas quando a equipe de Saúde da Família chegou lá, ela começou a entrar nos grupos, ela começou a participar. Teve a parte médica, que eu melhorei a pressão, melhorei diabetes, controlei a tireóide. Mas quando ela conseguiu se inserir e resgatou amor, carinho, importância que ela poderia trabalhar e divulgar os conhecimentos dela nos grupos que a gente trabalhava, ela, apesar de ter todas essas doenças crônicas e provavelmente vai morrer de uma delas, ela falava: "Dr, o senhor me curou"... Ela não estava doente, ela tomava um monte de remédio por dia, tomava insulina, mas a alegria dela de viver, era uma coisa impressionante! É um dos pacientes que mais me marcam na minha vida. Uma mulher que mal andava, eu saí de lá, no grupo de caminhada, ela já estava andando 2,5km em meia hora.

D: Fantástico, né?

M: Então, por isso, para mim é isso, doente, a maior doença que a gente tem é a doença mental, é a doença emocional. O resto, a pessoa consegue superar. Talvez essa visão minha de pensar nisso, eu acabo fazendo muito diagnóstico (risos), acabo acompanhando bastante o paciente, eu acompanho bastante porque é uma área que eu gosto, é uma área que eu gosto de trabalhar.

D: E o que você consideraria, ou considera, como saúde e doença no adolescente? O que é saúde e o que é doença no adolescente, na adolescência?

M: Ai, ai... (risos) Aí dá pra gente lembrar de primo, dá para lembrar de colegas. Tem alguns que falavam que doença é não ter dinheiro para sair à noite, para eles era uma doença. Para eles, doença era as vezes que você não conseguia algumas coisas materiais. Isso deixava eles tão mal, que psicologicamente estava abalado, estava destruído. O adolescente por ser... se achar, não ser, mas se achar super-poderoso, as questões deles quando emperram para eles, doenças, são questões emocionais. Têm pacientes que eu atendi aqui, 16, 17 anos com aquelas cristas de galo gigantescas, que tinham problemas importantes de saúde, mas para ele estava tudo bem, nem aí! "Dr, me dá um negocinho aí para eu passar aqui, tirar isso porque a menina está me esperando lá", entendeu? Para eles está tudo legal. Eu acho que a parte emocional é a mais importante, principalmente porque é uma área de conflito, é um momento de conflito e que uns acabam levando até depois da adolescência, acabam levando até mais e muito para frente. Acho que essa seria a maior questão.

D: E você considera, você acha que os profissionais de saúde, principalmente os médicos, conseguem ver o adolescente assim? Qual é o olhar que a maioria tem sobre a adolescência?

M: Eu posso responder essa pergunta assim: as últimas 4 turmas que saíram da ...., 80, então são 320 novos médicos, saíram 4 médicos de Saúde da Família.

D: (risos) É muito pouco, né?

M: Um pouco mais de 1%, né? E assim: os médicos de Saúde da Família são formados para tentar ter uma visão diferente, apesar de toda carência da residência, das especializações, pelo menos tem essa tentativa. Então esses têm um pouquinho mais de visão. Lógico que existem aqueles que não foram fazer Saúde da Família e é dele, é da pessoa, consegue. Mas eu acho assim, sem medo de errar: mais de 90% não está preparado para lidar com coisa nenhuma, ele só sabe lidar com doença. Quando ele vai lá e vê uma pessoa com queixas inespecíficas: "meu coração está disparando, eu sinto uma angústia no peito, formiga meu braço, não estou dormindo à noite, não consigo comer, estou comendo demais, não estou me sentindo bem, estou tendo tontura, estou tendo, às vezes, desmaio", não sabe lidar com isso. Por quê? Vai lá, pede eletro, hemograma, um monte de exame de sangue, não sei o quê, vem tudo normal. "Esse não tem nada", fala para o paciente: "Você não tem nada", aí o paciente depois volta pra gente, você acaba pegando um monte de paciente assim: "Eu fui lá, fiz isso e isso e o outro médico falou que eu não tenho nada, mas é impossível eu ter alguma coisa", eles não estão preparados, não estão preparados! E aqui, em especial, em .... infelizmente, se bobear (risos), é quase 100%, , não dá! Espero que num futuro próximo, aumentando as especializações de Saúde da Família, a gente consiga ter pessoal mais qualificado para ter essa parte, o pessoal é muito carente, essa é uma área muito importante.

D: Bom, acho que minhas questões eram essas. Você tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar, que você acha que é importante e que vai contribuir com meu trabalho? Alguma coisa que te suscitou

enquanto a gente conversava que você queira falar? Tanto sobre adolescente, como sobre PSF, sobre formação.

M: ... É... Na verdade, assim, eu acho que a gente está num processo de transformação da saúde, da maneira de encarar a saúde, da maneira de oferecer serviços de saúde para a população, existe uma batalha muito grande ainda, nós somos muito pequenos - os profissionais de Saúde da Família - para esse grande monstro da indústria curativa e hospitalocêntrica que aqui a gente tem. E aí a gente precisa do que? A gente precisa de mais gente que façam trabalhos científicos na área, mais gente que tente se formar para isso, mais gente que tente dar apoio para isso. Mais prefeituras que comprem a idéia e que comecem a trabalhar em cima. Porque, assim, está muito bem posto no papel, o Ministério já colocou isso, só que as pessoas não acreditam. E aí o que acaba ficando? Acaba faltando, mesmo, esforço político. Na verdade, as coisas, falando por força política, por exemplo: em ...., onde eu me criei dentro do Sistema de Saúde lá que estava muito bom, que era o melhor de toda a região Sul, com certeza, no momento em que houve uma transição política, saiu um prefeito que apoiava incondicionalmente as mudanças da saúde e entrou um novo que, apesar que era apadrinhado dele, a Saúde em ..... destruiu. Não existe, lá é uma porcaria hoje. Lá é pior que do que hoje aqui, que está começando, aqui tem um ano que está andando. Então, na verdade, eu acho que precisa de mais pessoas que queiram trabalhar e querem entender e, infelizmente, fica amarrado muito nos políticos, né? Não sei, talvez as pessoas que trabalham no Saúde da Família deveriam, eu acho, que entrar na política (risos)...

D: (risos).

M: ...para ver se a gente consegue porque dinheiro para fazer as mudanças vem de onde? Da política. Talvez, acho que nós, profissionais de Saúde da Família deveríamos entrar na política: vereador, prefeito, deputado, para tentar fazer a mudança porque se ficar deixando do jeito que está aí, o que acontece? Esse prefeito que está aí agora apóia, ele perde a eleição, entra um outro que era oposição, desapoia tudo o que foi construído quebrou! Isso vai até onde, né? É complicado.

D: Mais alguma coisa?

M: Não. É só isso.

D: Está bom. Obrigado pela participação. Espero depois socializar os resultados da pesquisa com vocês.

M: Ah! Eu adoro saber de todas as pesquisas, todos os trabalhos que são feitos no Saúde da Família, eu gosto de receber e gosto de ler. Então, você me mandando uma cópia, me deixando... Deixa eu já deixar meu e-mail com você e aí você pega e me passa o trabalho quando você concluir .

Fim da entrevista

**Entrevista com Enfermeira C (E)**

Entrevistadora: Débora

Data: 28 de fevereiro de 2008

Local da entrevista: USF .....

LADO A

E: Se eu responder alguma bobeira, não tem problema, né?

D: Não, imagina! Para caracterizar, eu queria saber primeiro a sua idade, estado civil, onde e quando você se formou.

E: Eu tenho 25, 26 anos! Eu trabalho em .... há um ano e meio na Saúde da Família, sou solteira, fui formada pela Faculdade ..... e me formei em 2003. No ano de 2003 eu fiz a residência na faculdade, mesmo.

D: Em Saúde da Família?

E: Em Saúde da Família, a especialização lá, mesmo. E terminei em 2005. Aí quando eu vim para cá, eu deixei meus pais lá.

D: E nesse período você trabalhou em algum outro lugar além de ...., ou não, na Saúde da Família?

E: Não. Eu saí da residência e entrei em .... na gestão, na administração do ...., administrei duas Unidades Básicas e uma Unidade de Saúde da Família, mas não estava diretamente na assistência, estava mais na atenção de gerência, mesmo. E aí aqui eu estou desde maio do ano passado. Então, é a primeira vez que eu exerço, como enfermeira, não residente, na Saúde da Família, então não fez nenhum ano, ainda.

D: Essa Unidade, ela existe há quanto tempo?

E: Ela foi inaugurada em 2003, quando eu me formei, que a proposta dela... ela começou, os profissionais foram chamados, começaram a se pensar no ..., na Unidade, eles foram contratados, mas não estavam assistindo e... e aí... ficaram um ano, praticamente, não assistindo a população, mas pensando de como seria a assistência, aí ela foi inaugurada, mesmo, assim, na física, em 2004. Ela é bem novinha.

D: Ela já começou, então, como Saúde da Família?

E: Saúde da Família, ela foi a primeira Unidade de ....., pensada, já, no modelo de Saúde da Família, nunca teve uma Unidade antes aqui. E ela entrou junto com o projeto do BIRD Brasil, uma proposta de reorganização social da comunidade. Antigamente era tudo barraco. No ..... começou a organizar o bairro. Aí foi uma proposta do BIRD Brasil, o banco financiou algumas casas, alguns predinhos, financiou a praça, financiou a estação comunitária, e aí deram espaço pra gente dentro da estação para a Saúde.

D: Você tem uma equipe só?

E: Uma equipe só.

D: E quem são, quais são os profissionais que integram a equipe de vocês?

E: Tá. É uma médica de Saúde da Família, ela também é especialista nisso, fez a residência também, eu, enfermeira, a dentista, duas auxiliares de Enfermagem, cinco agentes – mentira -, seis agentes comunitários, agora, de saúde, e uma auxiliar odontológica, a equipe básica. Hoje a gente conta com a ajuda de apoio matricial de uma psiquiatra, que ela vem duas vezes por semana aqui, assim, fazer, tanto o trabalho de educação permanente com a equipe, como ajudar a gente a atender alguns casos e... a gente tem a equipe de residência multiprofissional. Quer que eu fale o nome de todos?

D: Quais os profissionais que têm?

E: Eu tenho o residente da Enfermagem, o residente da Medicina, o residente da Odonto, esses ficam todos os dias aqui, com exceção de sexta. E existe a equipe matricial de residentes, que fica duas vezes por semana: uma nutricionista, um educador físico, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta... acho que falei todos. E vai entrar uma fono e uma farmacêutica a partir de abril.

D: Vocês são a única que tem uma psiquiatra na equipe, ou não?

E: É a primeira. A gente é um projeto piloto. Porque assim, cada Unidade Básica da Regional, tem o psiquiatra que dá o apoio para todas as equipes, Unidade Básica e Unidade de Saúde da Família, as outras, eles encaminham, mas a nossa, a gente não encaminha, ela vem pra cá e está fazendo um projeto de... piloto, para montar algumas estratégias de descentralizar, mesmo, da Regional, a gente tentar resolver aqui o máximo que a gente puder.

D: Ela dá, também, orientação para os profissionais, para os agentes?

E: É muito engraçado porque assim, ela não atende muito sozinha, sempre tem que ter alguém da equipe para atender junto, pra gente problematizar um plano de cuidado. E é legal porque está gerando confronto, enfrentamento, tem gente que não quer assumir, tem gente que quer assumir, mas aí a gente vê hoje que o pessoal está mais comprometido com a Saúde Mental e na reunião de equipe a gente tem o espaço de discutir pelo menos dois casos dela, toda semana, para servir de parâmetros para outros casos e... é interessante que assim, ela levantou todos os prontuários, todos os mil prontuários e... viu cada um que usava medicação controlada, ou tinha diagnóstico sugestivo de problema da Saúde Mental e abriu pra gente e a gente montou uma ( ????) para toda a equipe estar investigando, pra gente cobrir a área, está legal, está interessante.

D: E já faz tempo?

E: Não, está há uns três meses. Então a gente está ainda engatinhando (risos) algumas coisas.

D: E como é a dinâmica de trabalho de vocês, como é que vocês cotidianamente funcionam, que tipo de trabalhos vocês fazem?

E: Tá. Está muito longe ainda do papel, do papel de vigilância da saúde, a população ainda tem, e algumas pessoas da equipe, por falta de conhecimento e eu acho também de viver a prática de vigilância e saúde, eles encaram ainda o médico-curativo, ainda, procuram muito pela assistência médica. Hoje, desde que eu cheguei, há um ano, eu percebo que está mudando, existe uma mudança, está se estruturando algumas coisas, mas é bem médico-centrada, ainda, se trabalha na co-gestão, procura-se trabalhar, então, enfermeiro, médico e dentista são responsáveis pela gestão dos outros profissionais e ajudam a problematizar com a equipe as prioridades. A gente procura trabalhar com planejamento, diagnóstico de área, trabalhar com a produção mensal, que a gente faz e trabalhar com visitas, trabalhar com o trabalho dos agentes das famílias. É... a gente trabalha oito horas diária, tem um horário noturno que a gente atende trabalhador e escolar, que é nas quartas-feiras à noite. E, na verdade, assim, tanto a médica, enfermeira e dentista tem uma agenda que atende de uma forma geral toda a população, então, não... criança, gestante, mulher, na questão da prevenção do câncer de mama...

D: Como é que vocês fazem com as visitas?

E: As visitas, a gente está planejando... se você for notar, na sala dos agentes, uma bagunça porque a gente encheu a parede, a gente levantou por micro área, quais as famílias que precisam na questão

biológica, o acamado, uma pessoa de difícil adesão ao tratamento, levantou essa parte biológica, levantou as pessoas que são de visita por questões sociais que a gente identificou na consulta, ou numa visita que a dinâmica familiar está interferindo, então, tipo um confronto familiar que a pessoa vem sempre aqui medir a pressão, nervosa, tal, a gente visita essas famílias. É... questão de... a gente divide por... às vezes fazer por... a gente divide, por exemplo, se a pessoa nunca vem na consulta, a gente vai na casa e faz a consulta lá, independente que seja, médico, enfermeira, ou a residente. E a gente faz tratamento na casa também, a gente passa exercício quando é Fisioterapia. Educação bucal, a gente escova o dente lá... a Enfermagem, curativo, geralmente é lá quando a gente vai ensinar a família a fazer. Faz reunião, às vezes, quando tem um acamado, reúne a família inteira dentro da casa. E a visita mais... escolar, criança que está faltando, criança que não está ganhando peso, a gente prefere ir na casa, também.

D: E vocês se revezam nas visitas, como é?

E: A gente levantou tudo, está na parede lá, a gente discute um pouco na reunião de equipe também, tem uma meia horinha que a gente discute quem vai visitar quem e qual é a área que está sendo mais coberta, qual é a prioridade, a gente levanta. Ainda, existe bastante falha, existem famílias debilitadas, a gente acaba priorizando outras que não eram tão importante, mas a gente parte dos agentes que, obrigatoriamente, é função fazer uma visita mais direta, mais contínua, eles trazem a demanda: “Olha, aquela família não está legal, queria que fosse ver”, “Aquela pessoa está fazendo tal coisa, acho que vale a pena” e, geralmente parte deles. Na segunda vez, parte da gente aqui dentro. A gente fala: “Não adianta tratar quem precisa ir na casa”.

D: E os grupos vocês têm alguns?

E: Sim.

D: Quais vocês têm?

E: Tem de caminhada, que funciona muito legal, assim, a população é adepta, todo mundo, mas participam mais pessoas idosas, acima de 40 anos, tem poucas pessoas de 40 a 50, mas a maioria tem entre seus 60 e 70 anos, média de 15, 20 pessoas por grupo, de segunda, quarta e sexta. E nesse grupo de caminhada gerou... o educador físico, o terapeuta ocupacional, um agente, é responsável por esse grupo, e gerou a demanda de montar outros grupos, eles pediram dança, então hoje está começando um grupo de dança, né? “Quero aprender a dançar”. Então a terapeuta ocupacional se dispôs a junto com o agente comunitário e o auxiliar montar um grupo de dança. Então hoje tem um grupo de dança também. Tem um grupo de mente, corpo e mente, “Alimentando o corpo e mente”, que a gente pegou, a princípio, os obesos, com o IMC acima de 35.... educador físico (risos)... pra gente poder montar um grupo com a psicóloga...

Entra outra pessoa na sala e a Enfermeira faz apresentações.

E: Ela é psicóloga, ela é psicóloga da UFSCar.

Interrupção na gravação

D: Ela é residente?

E: A gente não tem um psicólogo, o residente assume, e aí tem o psicólogo residente, a nutricionista residente, que é... ajudando no grupo de corpo e mente. É bacana, porque a gente trabalha a questão, elas trazem, as pessoas trazem, é tipo uma dinâmica, acabam trazendo as residentes, e a partir disso vai educando.

D: Não é o mesmo de terapia comunitária?

E: Não. Aí tem a terapia comunitária também, que quem faz é o agente comunitário e a residente do serviço social, aí a terapia comunitária é de segunda. Não tem uma boa adesão, ainda, tanto algumas pessoas da equipe não aderiram, não entendem o papel da terapia. Porque o ano passado a gente até fez uma terapia comunitária no tato, mas fizeram uma terapia comunitária para a equipe entender melhor, mas ela é movimentada pela assistente social e pela agente comunitária, que estão fazendo o curso. Mas o corpo e mente funciona à noite, é na quarta-feira à noite com... só com mulheres obesas e homens obesos, crianças obesas e... é legal porque está trazendo gente da família, então, às vezes, nem é obeso, mas a gente sabe que a família tem um certo, tem que mudar o hábito, e está vindo. Tem um grupo de quinta de manhã, que vai ser daqui a pouco, aqui na sala, 10 horas da manhã, que é de insulinos dependentes, a gente delimitou por que? A gente começou a ganhar aparelhinho, a Secretaria dando aparelhinho de medir teste, tal... e a gente viu que não adianta entregar e medir e esses insulinos dependentes não entenderem por que são insulinos dependentes, perceber que é diferente de outro diabético que só toma remédio e tal. Está vindo bastante, está vindo uns 13, 15 pessoas. Não é todo mundo que está vindo, hoje vai ter... a gente trabalha tanto a questão da insulina terapia, como hoje vai ser um momento de relaxamento, que a gente vai ler a parte de um livro, e a gente vai discutir, fazer uma vivência. Eu que faço junto com a dentista residente e com a... nutricionista residente. E eu revezo, nas férias, o residente da Enfermagem também assumiu e ele está querendo continuar, então a gente vai revezar. E é bastante interessante. A dentista, junto com a residente de Odonto fazem o "bebedente", uma vez por mês, ela reúne as crianças menores de dois anos, faz palestra, trabalho com a prevenção bucal, fora isso ela atende, faz prevenções nas escolas, e é um grupo que participa bastante mãe, também, é bastante legal! De gestante, a gente tem só que assim, ele deu uma parada há quatro meses para reestruturar. Nasceu... teve um momento que nasceu todas as crianças, a maioria, a gente resolveu parar, viu que não estava legal, para reestruturar. E a gente fez... vai começar agora em abril, mas ele está parado faz quatro meses, desde novembro, desde novembro do ano passado. É um grupo que funcionava, só que a gente observou que estava muito monótono, menininha de 15, 14, 13, a mais velha tinha 21 anos no terceiro filho. E aí a gente viu que antes de trabalhar com a gestante, a gente estava falhando no planejamento familiar, né? E aí a gente procurou ver como que a gente vai trabalhar gestação e planejamento familiar porque não existe nenhum grupo, e eu acho que é super falho aqui. A mulher vem por demanda espontânea solicitar o contraceptivo, e não a equipe fazer um trabalho de busca, de sensibilização. Então, hoje está solto, a mulher que não quer tomar contraceptivo não tem uma orientação adequada, então está parado esse grupo, por esse motivo. E tem outro que vai começar, que é a questão das crianças, mesmo, um grupo infantil, porque muitas crianças faltam... da questão de acompanhamento antropomédico, alimentação, desenvolvimento infantil, mesmo, não vêm nas consultas que é para fazer isso, então a gente está tentando montar grupo, então é isso, eu acho, que eu estou lembrada (risos).

D: Depois se você se lembrar, você fala. Bom, agora eu queria saber, ...., como e quando, você chegou na estratégia de Saúde da Família, ou seja, a partir de quando você se aproximou, se interessou, enfim, qual é sua trajetória para estar aqui hoje?

E: (risos). Assim, a Enfermagem não foi minha primeira opção. Era uma faculdade pública que tinha na minha cidade. Mas não tinha nenhum parâmetro, não tenho nenhuma enfermeira na família, não sabia qual era o papel de uma enfermeira.

D: Você queria o quê?

E: E eu passei em Relações Internacionais na UNB, em Brasília, só que por questões financeiras eu não fui fazer. E aí foi muito frustrante na época porque eu sempre sonhei em ser diplomata, trabalhar com organizações e tal, projetos sociais, e eu passei, fiz minha parte, mas não tinha condições de meus pais me manterem em Brasília. E aí eu fiz a Enfermagem e... no primeiro ano de faculdade...

D: Você é de ...?

E: Não, na verdade eu sou desde os treze anos de idade. (risos) Eu me considero ....., meus pais moram hoje lá. E aí, assim, eu tinha no primeiro ano de faculdade esse dilema, descobrir o que a enfermeira podia fazer, qual era o campo de ação, tentar trazer um pouquinho da... de... do projeto social, relações humanas, fazer um pouquinho desse trabalho na Enfermagem. Minha faculdade, ela é muito voltada pra Saúde da Família, lá em ....., é muito forte isso, a questão de Sociologia, relação social, controle social, não é saúde muito biológica, fazia esse movimento, muito, com a gente. E no primeiro ano de faculdade eu entrei numa Saúde da Família, junto com alunos da Medicina e algumas da Enfermagem, tinha 10 pessoas no grupo, e nisso eu entrei , entrei em tudo que era projeto, e eu fui me sensibilizando com a Saúde da Família. Aí tinha... eu trabalhava numa favela, tá? No ..., e aí eu comecei a ver que tinha muita coisa para se fazer de projeto social, de... as pessoas precisavam de você, o pouquinho que você fazia, que você ouvia, você sentia que era uma população carente de afeto, carente de dinheiro, carente de tudo, e eu gostava de trabalhar lá, eu gostava de ir lá. E... eu não sei por que razão, assim, eu gostava... Eu trabalhava com desvalidos, no projeto da igreja, eu sempre gostei, minha mãe fazia sopão, essas coisas. E eu vi que a Saúde da Família tinha uma proposta diferente de fazer saúde, podia fazer muito, a questão de trabalhar com relação humana e saúde, eu vi que a pessoa ficava doente, não simplesmente por falta de médico, por falta de remédio, mas por vários fatores. E aí misturou várias coisas na minha cabeça, eu queria ser meio que... trabalhar, articular isso, a população carente, garantir a saúde, né? Eu fui aprendendo. E aí a Saúde da Família foi o que mais trouxe, no hospital eu me frustrei, tem aqueles projetos de humanização, mas já humaniza SUS, Hospital Amigo da Criança, que eu trabalhei, mas eu não conhecia a família lá. Eu sempre gostei de saber a história familiar, e tal, ir na casa, adoro ir na casa, entrar, sentar, conversar. Eu acredito que a educação permanente é mais possível, tem mais tempo para trabalhar, mudar. E aí eu vim, e aí tinha residência lá. Eu falei: “Ah, não, eu acho que vou fazer a residência”.

D: Quando terminou, você já estava certa de fazer a residência?

E: Eu fiquei na dúvida de neo-natologia, que eu gostava de criança, adoro criança, e eu fiquei na dúvida em Saúde da Família, mas Saúde da Família me puxava mais, eu podia trabalhar mais no que eu gostava. E aí eu fiz, só que eu caí numa realidade totalmente diferente, caí numa zona rica, com residência, uma zona que mascaradamente não precisava de Saúde da Família, tinha a noção de que “tinha Unimed”, não queria que a gente entrasse na casa, e aí nesses dois anos eu aprendi que precisa, sim porque a Saúde da Família, independente se você tem Unimed ou não, como é um... uma estratégia diferente, aí eu percebi que nesses dois anos de trabalho lá com a minha enfermeira tutora, ela que é uma ótima enfermeira, ela

fazia a Saúde da Família para a população rica e foi ganhando espaço. E hoje é muito legal lá, eu tenho acesso porque minha mãe trabalha na Unidade (risos), minha mãe é agente comunitária de saúde... e mudou muita coisa, acho que a população muda muito a Unidade e aí por eu fazer Enfermagem voltada para a Saúde da Família e estar lá, minha mãe prestou o concurso de agente comunitária, passou e adora ser agente comunitária (risos). Então foi esse o trajeto.

D: Quando você chegou em .....?

E: Eu fui aluna da Dra. .... Eu saí da residência, aí eu falei: trabalhei um mês em ...., consegui um emprego lá em ...., uma cidadezinha aqui perto,..... E aí a Dra. ... um dia ligou para mim em ...., ela me achou lá e falou: "Você quer trabalhar comigo?" Eu sempre admirei ela, ela é aquela pessoa que acredita, que luta e tal. Para mim, foi super lisonjeador: "Poxa, lembrou de mim!", ela era coordenadora da residência. Ela: "Não, porque eu tenho uma proposta diferente de gestão, uma proposta que eu acho que vai ser bacana para você aprender e eu estou precisando de uma enfermeira para me ajudar na administração". Aí eu não sei... eu estava gostando de onde eu estava, mas eu falei: "Eu vou!" (risos).

D: Foi tentador?

E: Foi, assim, como cargo de confiança, eu trabalhei durante sete meses na gestão, só que aí eu fiquei... gostei, mas eu gosto de estar dentro da casa, que bem eu falei, eu gosto de estar lá, direto. Eu ficava cutucando a doutora. Ela falava: "Vai abrir o concurso pela Vunesp, aí você vai prestar, você estuda porque você tem que passar, se você não passar, paciência, continua na administração". Graças a Deus eu passei, aí eu pedi minha exoneração, passei na... eu falei: "Olha, doutora, eu quero exonerar, e quero ir para a Saúde da Família". Aí eu vim e estou aqui há sete meses, estou concursada há sete meses aqui.

D: Bom, agora vamos entrar na questão mais específica...

E: Estou respondendo tudo?

D: Claro, não, é isso mesmo. Está ótimo, me conta com detalhes, isso é muito importante. É bom isso porque às vezes as pessoas falam só: "Ah, faz dois anos" "Ah, tenho tal, tal, tal", daí você fica sem ter a dimensão de como é que o grupo funciona.

E: A parte emotiva (risos).

D: Isso é bom. Primeiro, eu queria que você me dissesse, o que você entende por "adolescência", ou seja, como é que você compreende "adolescência"?

E: Olha, adolescência é uma coisa muito... é meio nó, é meio que atração hoje, eu tinha te falado mais ou menos isso. E hoje, eu tinha uma idéia do livro do que era adolescência, "ai, compreende a faixa etária de tal ano a tal ano", até esqueci, mas também adolescência é um período que compreende, hoje eu vejo assim, adultos adolescentes e crianças adultas, é um período de transformação, eu vejo os adolescentes como um período de transformação do corpo, do biológico, que muda, a questão hormonal, a questão do corpo, de aparecer a mama, de aparecer os pêlos pubianos, mas é período de transformação na questão psicológica da pessoa, do momento que ela quer adquirir responsabilidade, ao mesmo tempo não quer assumir, quer curtir a vida, quer ser criança ainda, é um período que é difícil porque faz muito tempo que eu não vejo. Mas o que eu entendo, é um período que compreende a criança tentar transformar sua vida, de responsabilidade, querer ser independente, de buscar respostas para suas dúvidas, é querer fazer parte de um meio social, é querer se encontrar com seus amigos, e querer fazer parte, não simplesmente da família. Compreende o momento do que ele vai querer ser como adulto, de relacionar com outro sexo. Eu

vejo que hoje não tem uma faixa etária de até quando vai a adolescência, mas eu encaro que seja um período de transformações.

D: Que experiências você já teve ou ainda tem – experiências de vida, não só de trabalho – com adolescentes? Como foram essas experiências?

E: (risos). Eu sou bastante prolíxa para falar, mas vou tentar resumir. Eu, quando era adolescente ainda, quando tinha 15 anos, eu era catequista de adolescentes, de pré-adolescentes. A gente trabalhava mais a questão espiritual, da questão do adolescente. Então a gente trabalhava, a questão de namoro, respeito ao corpo. A gente não era muito: "Ai, o pecado", mais assim: "olhar o seu corpo como uma coisa sua, uma coisa importante, poder se relacionar, de você conhecer seu corpo, conhecer o corpo do outro no sentido de respeito", trabalhava isso, e eu era adolescente, então para mim era assim, o padre falou para eu trabalhar com adolescente, eu tinha um adulto que estava junto comigo, mas eu fazia o grupo. Era bastante interessante, a gente falava de namoro, falava de gestação, eu nem fazia Enfermagem, mas a gente trabalhava leigamente, eu chamava algumas pessoas para dar palestras, tal, junto com esse padre que era mais velho, já tinha seus 50 anos, por isso que ele falou: "Ai, ...., eu quero que você ajude a gente a bolar" e trabalhava teatro, música, tocar violão, assistir filmes juntos... Era bem *light*, assim, discutir filmes, tal e a gente discutia a questão da adolescência aí, né? Então eu tive essa experiência de trabalhar com adolescentes, a gente falava de "pré-aborrecentes" porque aí chegava... brigava, chegava emburrado, brigava com o colega, não falava. E eu comecei a descobrir comigo mesma, nunca tive ninguém que me ensinasse lá nos 15 anos, então eu tive essa experiência. Aí na faculdade eu trabalhei nas Unidades com... eu ia nas escolas fazer Semanas da Adolescência, "descubra seu corpo", "descubra o que se passa na sua mente", discutir, problematizar essas coisinhas... gravidez na adolescência, menstruação. Se bem que eu descobri que ficava menstruada só quando eu fui menstruar, com 11 anos de idade (risos), eu queria morrer. Então a gente trabalhava com crianças. Eu tinha uma inquietação muito grande porque eu vejo que muita gente ainda não é preparada totalmente para falar sobre adolescência, pros 12, 13 anos, falar pros 15, 18, até onde ir, como abordar, qual dinâmica usar. E aí eu tinha esse medo porque às vezes eu entrava na sala de aula, eu tinha uma colega que às vezes eu acho falava demais para os de 11, 12 anos. Ao mesmo tempo eu achava que a gente trazia umas palestrinhas bobas pra quem tinha 16, 17, que já estavam sabendo há muito tempo. Então eu trabalhei com essas dinâmicas na faculdade e com uma assistente social para fazer projetos nas escolas que eu adorava, a gente ia toda semana nas escolas, a gente tinha uma aula, a gente ficava o dia inteiro na escola para dar... meio que palestra, dinâmica. E... hoje eu não trabalho muito porque é nesse momento que eu estou em conflito, mesmo, como trabalhar com adolescente porque eu não tenho isso muito estruturado. E aí eu falo: "Como eu posso dar para o outro o que eu não tenho?" E aí a equipe está tentando reestruturar, a gente está tentando... a gente vai procurar estudar, consultoria, ver dinâmica, fazer dinâmica com a gente para ver se está claro e depois estudar com adolescente.

D: Essa visão que você tem, que você me relatou antes, de como você entende adolescência, você acha que ela vem de onde? Como se formou, o que te influenciou mais? Foi essa experiência com esse grupo de adolescente, foi sua própria experiência?

E: Minha própria experiência, eu acho. Eu acho, a gente, acaba... olhando pra gente que aí a gente olha os outros. Mas eu acho que assim, foi na própria adolescência, depois dos 13, 14 anos, a gente começa a

observar que a gente não quer só depender de pai, e aí, nisso eu fui vendo que os outros também tinham essas mesmas percepções. Na faculdade a gente ouviu isso também. Então, eu tinha uma idéia, eu acho que meus pais me deram bastante berço no sentido de embasamento, sempre foram bastante abertos, de conversar, e eu percebi o que era isso. A gente entra em conflito: “Ai, gente, ao mesmo tempo eu quero fazer isso, eu não quero fazer aquilo. Eu gosto da minha mãe, mas eu sinto raiva dela” É... “Eu gosto da minha irmã, mas ao mesmo tempo eu tenho ciúmes” “Minha amiga não gosta de tal, eu estou gostando de tal paquerinha” e aí meu corpo... eu tinha, eu tenho a mama grande, eu tinha que aceitar que eu tinha a mama grande em relação aos outros, ser uma menina alta em relação às outras, complexo de inferioridade, de você querer se comparar com os outros, eu acho que isso é bem da adolescência, você enfrentar essas coisas. E aí eu vi na faculdade que era bem isso, os relatos com os adolescentes. Eu tenho facilidade, os adolescentes falam muito comigo, muito, mesmo quando tem a resposta, eu não sei de onde vem isso, mas assim, é muito engraçado, eles vem, mal me conhecem e já contam a vida inteira, conflitos, tudo. Eles contam o diário, assim, eles vem só para contar as coisas e aí eu percebo que tem muito de mim, que eu vivi, dos enfrentamentos, e muito do que tem nos livros. E... então eu acho que é isso. Eu falo muito, né?

D: Não, está ótimo. Agora pensando na estratégia de Saúde da Família, no geral que eu falo, daqui da sua experiência também, mas no geral, do que você conhece, do que você já viu. Como é que você avalia os trabalhos voltados para o adolescente, existe? Se existe, de que maneira está sendo feito? Se não existe, por que não existe? Enfim, como é que você vê hoje a estratégia de Saúde da Família voltada para o adolescente?

E: No geral, não de ....?

D: É, no geral, e também depois que você focasse em ..... e aqui.

E: A estratégia, em si, na teoria, ela tem uma forte, é... uma forte ajuda no sentido de trabalhar com isso, eles pedem muito a questão do adolescente na estratégia, na vigilância de saúde, então, está embutido a questão do adolescente, que é uma coisa assim: o Brasil tem muito adolescente, é uma população grande, é uma população que está carente de apoio, então a Estratégia de Saúde da Família, eu acho que vem ajudar mais que as Unidades Básicas, que é mais pontual, a educação contínua e tal... do que... e mais que hospital. Então, assim, a Estratégia de Saúde da Família, eu acho que é um instrumento importante para viabilizar ações ao adolescente. Infelizmente, às vezes, eu acho que é dado muito de forma muito vertical, a gestão fala que tem que ter um trabalho de adolescente, mas eu vejo... eu acho que na faculdade os profissionais não estão preparados, os grupos técnicos de Enfermagem, de Odonto, não estão preparados para lidar com isso. Então, assim, existe a questão hoje, na Saúde da Família, de não exigir, mas de bater lá: “Olha, tem que ter o trabalho com adolescente, planejamento familiar, tem que atender o adolescente na sua microárea, tem que fazer grupo”, mas não existe ainda... eu não sei a experiência de outras cidades, eu tenho só a da faculdade de ... com ...., um trabalho voltado para trabalhar, falta educação, ainda, eu não sei... é uma coisa que eu percebo que não é só minha. Educação, formação adequada para trabalhar porque não é simplesmente você dar uma palestra, falar da menstruação, tal. Eu acho que existe falha nisso, mas a Saúde da Família, ao mesmo tempo, dá essa abertura para você ter tempo de planejar um grupo, planejar uma assistência mais adequada, um plano de cuidado ao adolescente. Eu acho que é isso, assim.

D: Pensando no geral, no que você já teve de experiência e aqui na Unidade também, que tipo de problemas ou dificuldades você vê relacionados à saúde do adolescente? Ou seja, eles não chegam, que tipo de dificuldades você vê, que tipos de problemas relacionado à saúde do adolescente e quais são as dificuldades para....?

E: Problemas de Saúde do Adolescente, daqui do .....?

D: É, aqui e de outros lugares que você já tenha visto, das suas experiências, o que você vê como...?

E: Ai, eu acho que assim, a primeira coisa, a estrutura familiar eu acho que vem mudando, eu acho que começa aí, assim...

LADO B

E: Eu acho, que eu vejo, tem uma questão familiar, como as famílias estão organizadas, eu acho que isso interfere, na educação dos pais, de como eles recebem a questão do filho adolescente também. Então eu vejo assim, existem esses problemas, existem famílias muito desestruturadas, bastante conflitos, desde problemas financeiros, problemas de relacionamento conjugal, problemas de pais que trabalham e não passam tempo com os filhos, eu acho que isso gera muita coisa no futuro do adolescente, que não tem um... eu acho que isso vem do berço. Eu acho que isso, para mim, conta. E aí gera a questão dele se apegar ao que ele acha, se acha lá com os amigos e ficar, muitas vezes, no "achômetro" das coisas, ele enfrentar sozinho. Eu acho que o adolescente, muitos adolescentes enfrentam hoje sozinhos os seus problemas internos. Há pouca comunicação dentro da família, eu acho que ainda há pouca comunicação com as escolas, com os profissionais de saúde, então, muitas vezes, eu acho que o adolescente solitário e aí ele, de uma certa forma, vai criando seu próprio mundo, suas próprias verdades e aí, às vezes, não tem alguém com quem partilhar, partilha com os amigos, que também vivem, em grande parte, a mesma vida. Então, o que acontece? Hoje eu vejo o adolescente solitário, eu vejo adolescentes depressivos, ansiosos, sem perspectivas, eu vejo adolescentes desanimados, eu vejo adolescentes que não acreditam muito neles mesmos, reclamam, falam que "a sala é uma droga, que a família é uma droga" porque estão perdidos. Eu vejo adolescente, muito, com problema de drogação, aqui na Unidade onde eu estou, onde eu trabalhei em Unidade de Saúde de Família, uma classe economicamente mais rica.

D: Eles chegam até a Unidade.

E: Chegam, os pais chegam, já. Descobrem já tarde, os pais descobrem os casos e alguns chegam. Doenças tabagistas, muito, aqui, específico, muito crack, muita cocaína, é... falta de estímulo à educação, saem da escola, estão saindo, ainda, da escola ou estão fazendo muito mal feito. A questão da gestação na adolescência como meio... um dos motivos aqui, como meio de sair de casa, né? De ter sua própria vida e se juntar com o namorado que conhece há três meses. Outra questão, de comparar com as amigas: "Ah, minha amiga já tem um filho". Uma, outro dia, chegou, de 14 anos: "Minha amiga já tem uma filha, eu também quero". É essa carência de se apegar ao outro, mesmo. É... a ascensão social, não ter tipo... "Ah, eu não vou ter que estudar, fazer uma faculdade. Eu vou juntar aqui, a gente trabalha, a gente junta". Vejo a questão de... drogação, depressão... acho que o que mais me afeta é isso.

D: Mais o menino ou a menina que procura a Unidade? Tem diferença?

E: As mães procuram mais pelos meninos, mas quem procura mais hoje são as meninas, ainda são as meninas.

D: Quando os meninos procuram, são poucos, que tipo de problemas eles trazem?

E: Eles chegam mais ou menos calados, você vê que tem uma coisa atrás, assim, são poucos, mesmos, que trazem, mas chegam calados, já chegam há muito tempo na droga, ou há muito tempo com problema, de relacionamento, chegam geralmente com um sintoma, uma queixa, tipo: “Ah, estou tendo dor de cabeça há muito tempo, estou com insônia”. Chega: “Ah, estou tendo dor de garganta, estou tendo esquecimento”, ele chega mais com sintoma clínico. Não chegam a verbalizar que querem parar, mas aí se você cutuca eles falam que têm interesse. Senão: “Ah, estou bebendo”.

D: E quando os pais trazem, por exemplo, a questão da droga?

E: Os pais chegam desesperados: “Ai, vocês têm que ajudar!” “Você tem que ajudar, tem que ajudar!” E aí a gente coloca para eles as oportunidades: menor de 18 anos a nossa ajuda junto com o CAPS, com droga, a ajuda deles, quando não tem a ajuda do CAPS, a ajuda é aqui na Saúde do Adulto. E aí o que eu percebo (fala em voz baixa): eles não querem se comprometer, grande parte dos pais não se sentem responsáveis, pelo menos aqui, eu estou tendo conflito com isso porque assim, tem um rapazinho de 19 anos, que eu chamo a família, a mãe fala: “Você tem que internar, meu filho só vai melhorar se ficar seis meses internado”. E eu falo: “Então vamos internar, vamos chamar o SAMU, vamos fazer uma carta, vamos examinar, vamos conversar com ele”. “Ai, não, você conversa, mas eu não vou nem chamar, eu não vou estar junto na hora que internar”.

D: Ela não quer se comprometer?

E: “Vai que fica bravo comigo, vai que me mata, vai que não sei o que lá?” E, então, eu vejo que os pais jogam a bola. E é engraçado que quando a gente chama junto: “Ah, vem para uma reunião, vem conversar com um enfermeiro ou com o médico”, primeiro eu quero conversar com os pais, às vezes, a gente quer lidar primeiro com os pais, para depois tratar com os adolescentes, eles não vêm. Acham: “Ah, você quer conversar com a gente? É com ele o problema”. Então, assim, gravidez na adolescente, a diferença que tem de onde eu trabalhava no PSF numa classe economicamente mais rica, lá era mais para se juntar e querer ter uma vida própria. Aqui os pais apóiam, muitas vezes porque também foram pais jovens. E falam: “Não, realmente, tem que se juntar”. Lá os pais ficam bravos: “Ah, engravidou cedo, namorava. Não, quero que fique em casa”. Aqui eu percebo que os pais incentivam, de uma certa forma, os filhos a serem pais novos também. Então não tem muito o apoio dos pais na questão de contracepção, na questão de falar que não pode ser tão novo, tem que estudar. Então, é um ciclo, mesmo, eles chegam assim. A menina chega, geralmente, não quer engravidar e pede o anticoncepcional. E droga, ele fala que está usando, ela verbaliza mais que o homem, ele chega aqui mais que uma queixa.

D: ...., se fosse para você pensar hoje numa proposta dentro de Saúde da Família para trabalhar com adolescente, o que você acha que deveria ser levado em conta. Ou seja, o que deveria ser pensado, tanto no ponto-de-vista de estratégia, quanto do que trabalhar, você consegue imaginar uma proposta?

E: Levar em conta?

D: É.

E: Levar em conta a idade, levar em conta a família. Meio que caracterizar um pouco quem são as pessoas, a classe econômica que elas vivem, se estudam, se não estudam, considerar essas coisas, considerar... Eu acho que para chamar a atenção, tem que chamar, ainda, a questão de dúvidas da sexualidade, eles adoram. Levar em consideração a vontade deles, mesmo, as necessidades dele, que a gente acha que essa necessidade já é percebida pelo profissional, então... primeiro deixar que eles falem,

começar com um teor de sexualidade, mas considerar ele. Eu acho que assim, a necessidade dele. E aí a equipe vai perceber, acho, que com um tempo de alguns grupos, como problematizá-los. Ai, estou meio perdida para responder essa.

D: (risos)

E: (risos) Mas, assim, considerar, acho que isso... considerar o tempo, não gastar tanto tempo, eles não gostam de ficar tanto tempo, um tempo adequado, não ficar desgastante, um ambiente agradável, adolescente não gosta de ficar enfiado em...

D: Acha que deveria ser na Unidade?

E: Eu comecei a fazer um grupo, uma vez, que deu certo, na zona rural. Ah! Na minha residência eu fiquei um tempo na zona rural. É... a gente fez na casa dos adolescentes, primeiro, a gente começou assim, com uma menina: "que tinha que chamar 5 amigas e tantos amigos da escola, mas vai ser na sua casa, vai ser mais legal". Ou então assim: "vamos fazer no bosque, mas tem que chamar", na escola, as salas são maiores, nas salas da Comunidade de Saúde da Família, até dá para ter mais espaço, o adolescente... acho que salinha pequena não é com ele. Dinâmica, tem que ser uma coisa dinâmica, tem que ser... eu acho que primeiro tem que começar com atividade, chamar eles para um café... para uma atividade esportiva na quadra e aí, a partir daí, começar, não chamar: "Ai, vai ser um grupo semanal que vai discutir e tal".

D: Você acha que os adolescentes vêem a Unidade de Saúde como referência? Eles têm a questão da referência?

E: Ainda, não.

D: Por quê?

E: Não confiam, vêm desconfiados ou porque não entendem também que acham que vem aqui, ainda, só para discutir, quando tem uma queixa: "Ah, vou lá para descobrir sobre o meu corpo". Enfim, sabe, é o que eu falei, a base deles é mais o grupo porque muitas vezes eu falo que às vezes é bom fazer um jogo de vôlei, que sabe que os amigos deles estão juntos e começa a surgir um bate-papo e alguém da saúde interferir, estar junto, meio que participar do que a gente chamá-los formalmente, para um grupo e conversar porque eles não, eu acho que eles não dão muita bola para o que a gente fala, não. Eu respondi?

D: Respondeu, é claro. Pensando agora na questão da sua formação, você já falou algumas coisas, eu queria que você me dissesse o seguinte: como é que você avalia, primeiro, a sua graduação quanto ao embasamento que te deu para trabalhar na Saúde da Família e para trabalhar com adolescente, você acha que a sua graduação te deu essa base para estudar essas coisas?

E: Para o Saúde da Família, eu acho que deu norte, eu acho que a gente sai com uma bagagem, eu senti que eu não saí tão despreparada, saí assim, sabendo como começar um pouco (risos), então deu. Mas a questão de adolescência... foi engraçado porque eu fiz o meu trabalho com adolescente, eu escrevi um projeto de necessidade de saúde dos adolescentes.

D: Na graduação?

E: Na residência. Mas na verdade eu não aprendi muito na residência e também na faculdade porque eu escolhi fazer esse trabalho porque eu não tinha embasamento na graduação. Eu falei: "Então eu vou estudar a necessidade de saúde do adolescente, fazer um projeto numa equipe para eu... meio que aprender". E eu vi que não tinha, não tinha e... até os professores que trabalhavam com essa área não...

não tinham. Na faculdade foi de problematização, não foi de disciplina, nunca tive disciplina, aula, tal, foi tudo problematizado, então isso, algumas coisas fortaleceu, outras coisas ficaram...

D: Não chegaram a estudar casos de adolescentes?

E: Não estudava. Discutia adolescente só na gravidez, "Gravidez na adolescência", discutia a questão de drogas no CAPS, mas para como trabalhar e se envolver com adolescente, não, eu acho que foi falho.

D: Na residência e na especialização, você avalia como?

E: Na residência, eu tive a oportunidade porque eu escrevi um pouquinho do projeto e trabalhava na escola com a assistente social, mas foi... partiu muito de mim. Eu senti... o que eu sei é o que eu acho que eu sei, nada muito assim: "O que é adolescente para você?" A faculdade não deu muito embasamento, eu que criei meus próprios meios de entender adolescência.

D: Você acha que é importante, que deveria ter? O que deveria estar na formação do enfermeiro?

E: No Brasil, tem que pensar no adolescente, não tem como, a gente não trabalha na Europa, que é tudo idoso. E aí a gente vai ter adolescente por muito tempo, o Brasil está envelhecendo, mas tem... então é uma classe significativa, é uma faixa etária muito significativa e eu acredito muito na Educação, no futuro. Adolescente que formamos, a criança que formamos vai ajudar a melhorar, então tem que pensar, em qualquer profissão, eu acho que em qualquer profissão que você for ter, na saúde, em especial, você tem que ter muito com o adolescente, tanto na questão de professores, também, que eu acho que são mal formados. A questão da saúde, quem se envolve com a questão da Saúde e Educação tem que ter, né? E eu acho que assim, se eu tivesse tido embasamento teórico, ajudaria um pouco. Mas assim, enfiar a gente em grupos, mesmo, formar projetos sociais com adolescentes e ir junto com adolescentes, se enfiar no meio, montar projeto de imunidade. Que a gente ia fazer estágios nas Unidades, é o que acontece aqui: está parado, o profissional que estava na Unidade falava: "Ai, faz tanto tempo que eu não trabalho com adolescente", tal, dava aquela desculpa. Você via que... aí quando tinha, participava três, quatro adolescentes num grupinho de artesanato, fazia um sabonete. E a gente não refletia essa... pelo pouco que a gente via, a gente tinha pouca oportunidade na faculdade de refletir essa prática, que a gente estava fazendo estágio, a gente observava, mas eu acho que não teve. Eu acho que deveriam enfiar a gente, desde o... em estágios, meio que exigir da gente: "Vamos aprender sobre adolescente, vamos tentar fazer projeto, vamos colocar em prática, vamos avaliar se essa foi a melhor estratégia, se não foi". Eu acho que foi bem falho.

D: Já estamos quase terminando. Eu queria que você me dissesse agora, voltando a Estratégia de Saúde da Família, para você, o que significa a estratégia de Saúde da Família, qual o significado que tem para você, qual o sentido que tem para você a... Saúde da Família?

E: Para mim, eu amo a Saúde da Família. Eu acredito que não é a solução pro SUS totalmente, eu acho que precisa de várias mudanças, mas é... como fala? Como o próprio nome diz: uma estratégia para tentar reorganizar um Sistema Público de Saúde que no papel é lindo, a integralidade da assistência, para mim, a Saúde da Família é uma possibilidade de exercer a integralidade da assistência, olhar o indivíduo de uma forma mais ampla, mais singular, olhar a família de uma forma mais singular, procurar... é o facilitador no sentido de gerar eqüidade, é... Eu acho que o Saúde da Família dá esse espaço de você montar planos de cuidados, ser mais resolutivo. Eu acredito na estratégia por conta disso, a Saúde da Família ajuda a trabalhar em equipe, então tira um pouco a questão da hierarquia profissional, a gente passa a observar

que as profissões de saúde, é pró-único, objetivo. Eu não vejo tanto... aqui no ..... não tem hierarquia, é horizontal; que a gente tem que unir as forças, que não é fragmentado, que quando é fragmentado não dá muito certo. Então, a Saúde da Família proporciona um trabalho em equipe para um objetivo comum e conhecimento, gera conhecimento da família e gera inquietação, com a Saúde da Família é estressante trabalhar porque não é simplesmente você medir a pressão do usuário, que nem numa Unidade Básica, ou um hospital. "Ah, tchau, se cuida, diminui o sal". Mas você fica inquieta quando essa pessoa passa a vir sempre aqui com o mesmo nível de pressão e fala. "Ah, não é simplesmente a alimentação", então gera... o Saúde da Família, ela é chata também, para o profissional também porque ela gera várias inquietações, várias frustrações e várias empolgações, você ama e odeia ao mesmo tempo.

D: E para você, pessoalmente, o que significa fazer parte de uma equipe de Saúde da Família?

E: Eu gosto, eu gosto porque eu sempre fui de... nunca gostei de fazer nada sozinha, nunca, nunca, nunca. Tudo, tudo, até esporte, eu também... só o tênis... então assim, gosto de fazer tudo junto. Acho que é frustrante você fazer um trabalho que às vezes ninguém sabe no que você pode contribuir naquilo. Que nem em hospital, você vê a enfermeira lá, você faz, está por trás, está cuidando, está assistindo, o paciente pode até fazer, mas aí a equipe não valoriza. Quer dizer, não existe equipe, né? O médico faz lá fragmentado, ele nem conversa com você sobre o que ele pensa. Então, assim, para mim é muito importante fazer parte da Saúde da Família, de uma equipe. Eu posso contribuir, eu posso aprender.

D: Tem frustração?

E: Nossa! Eu já chorei muito. Quando eu cheguei aqui, teve bastante resistência quando eu cheguei, muita! E eles colocaram uma expectativa grande em mim, como a enfermeira que iria reorganizar a Unidade, que eu ia ser a única e exclusiva responsável pela Unidade e aí quando eu comecei a jogar a questão de querer aprender com os outros e poder contribuir e discutir casos, que eu não ia resolver nada sozinha, que a gente tinha que resolver juntos, tinha que cutucar, que tinha que problematizar, eles não gostavam. Então eu chorei muito, e... profissional de saúde, dos usuários, mesmo, não entender, às vezes. "Ah, você é enfermeira". A enfermeira que estava aqui antes era uma ótima pessoa, mas ela não fazia consulta de Enfermagem e eu faço. "Ah, consulta com enfermeira!?" No começo não tinha quase ninguém, mas hoje tem um monte. E os usuários começaram a entender um pouco mais, a equipe hoje entende um pouco mais o papel do enfermeiro, de que eu quero fazer parte de uma equipe.

D: Como é que você entende o papel do enfermeiro numa equipe de Saúde da Família?

E: Olha... (risos) Eu falei que eu vou fazer um trabalho de Mestrado sobre isso. Mas a enfermeira é um conflito muito grande no Saúde da Família, é muito complicado porque a gestão, muitas vezes, pede um enfermeiro gerencial e a Saúde da Família pede um enfermeiro assistencial, e eu quero ser uma enfermeira assistencial, quero fazer a gestão junto com a dentista e a médica, como tem que ser. A enfermeira, ela é muito importante na questão do plano de cuidado, ela tem uma facilidade, pela formação, de unir, eu acho, que as profissões. Enxergar a linha do cuidado, ela tem uma facilidade maior, minha faculdade deu uma possibilidade disso, então a enfermeira tem uma importância nisso, de estar acompanhando os casos, de estar prestando assistência de Enfermagem, o cuidado direto, mesmo, a pessoa, fazer a consulta dela no sentido... os diagnósticos de Enfermagem são bastante amplos. Então, tanto a questão assistencial direta mais o plano de cuidado, a gente consegue montar diagnósticos de equipe, então, o que cada um deve fazer, prescrever. Então, a enfermeira, para mim, no Saúde da Família,

ela tem que se envolver com a comunidade, tem que ser direta, ela não pode ficar na gestão. Ela tem que ter as consultinhas delas, ela tem que ter um olhar mais amplo porque o médico, quer queira, quer não, a formação é mais biológica, a Enfermagem consegue colher uma história melhor, no sentido mais integral. Então, para mim, enfermeiro é... tem que estar diretamente com os agentes, ela tem que fazer as visitas junto porque o agente não é obrigado a saber o processo de saúde e doença, ele não tem essa formação, então tem que educá-lo, é isso!

D: Você citou... O que você entende por saúde e o que você entende por doença?

E: Ai... (risos) Saúde, para mim, hoje, é viver bem, é ter o equilíbrio. Para mim, ter saúde é ter sua vida equilibrada, você não precisa estar 100%, eu falo, mas tem que estar bem consigo mesmo. Então, é proporcionar... proporcionar saúde para o outro é proporcionar estratégias para que ele consiga equilibrar a vida dele da melhor forma possível, é ter qualidade de vida, é você falar: "minha vida vale a pena, eu tenho saúde, então. Minha vida vale a pena, eu sou saudável". É a saúde física estar legal, é poder estar equilibrada a saúde física, poder estar equilibrada a sua mente, você não estar tão estressado, não tão acomodado. É você ter recursos para ter uma qualidade de vida, é você estar... ter um emprego, ter o mínimo de educação possível para poder refletir sobre a vida, filosofar um pouco, ter um pouco de educação. É... se socializar bem, é ter amigos, é poder não se sentir sozinho. Eu acho que é um equilíbrio. E a doença para mim é quando a partir do momento em que sua vida não está legal, mesmo, que você olha para você e fala, não exatamente fisicamente: "Ah, eu estou com dor de cabeça todos os dias". Ou então: "Eu estou com uma hipertensão descontrolada", se você tem uma hipertensão que está controlada você não está doente, você tem uma patologia, mas você não está. Então, o que é doença para mim é quando tem uma interferência direta ou indiretamente no seu meio de viver. Se você viver estressada, você fica muito mais doente. Se você está pobre e não ter dinheiro para o mínimo possível de comer, tal, então você está doente. Então, para mim, é isso.

D: O que seria pensar saúde e doença no adolescente?

E: Saúde e doença no adolescente? Enfim... (risos) Eu acho que é isso... é o mesmo que eu falei da definição, o adolescente, é pensar no adolescente tendo oportunidades de diálogo, em especial diálogo com familiar. É a oportunidade de o adolescente entender o próprio corpo, entender o corpo do outro, entender o meio em que vive. A educação, é ele ter... eu falo muito em Educação... é... a questão dele se integrar ao meio que ele vive, é ele se sentir situado. O adolescente saudável é o adolescente que se sente situado no meio em que vive e, a partir disso, saber trabalhar, é... as alterações que eventualmente, podem acontecer. Estar grávida na adolescência, aconteceu? Mas está bem estruturada? Ele pode muito bem trabalhar isso mentalmente, ele pode muito bem trabalhar isso se ele tiver equilibrado no meio social onde ele vive. E estar doente, para mim, é o adolescente se sentir perdido, nesse sentido de não saber trabalhar consigo mesmo e com os outros, não ter um norte para sua vida. Então, eu entendo o adolescente, a doença do adolescente, para mim, eu acho que é mais... Eu acho que parte do princípio do meio em que ele vive. Ele tem que estar encontrado, ou buscar, ter um norte para estar seguindo.

D: Bom, ....., era isso. Tem alguma coisa mais que você gostaria de acrescentar?

E: Eu pude ajudar em alguma coisa?

D: Claro, muito! Mas se tiver alguma outra coisa que te suscitou, que você acha que é interessante, que pode acrescentar, seja sobre adolescência, seja sobre formação?

E: Ah, eu quero. É uma coisa gritante que eu tenho muita vontade de ponderar mais na questão do adolescente. É uma questão minha e aí eu falo que eu tenho tempo muito de ficar buscando, então eu continuo naquela busca solitária, de ler em casa, ou então... mas eu não tenho muitos espaços para aprender.

D: Obrigada, obrigada pela sua disponibilidade, em participar, e também a sua disposição.

E: Ah, gostei muito. Ah, mas eu vou querer ler seu trabalho.

Fim da entrevista

**Entrevista com Enfermeira J (E)**

Entrevistadora: Débora (D)

Data: 30 de janeiro de 2008

Local da entrevista: USF .....

LADO A

D: Bom, primeiro eu queria que você me dissesse a sua idade, seu estado civil e um pouco da Unidade: há quanto tempo ela existe.

E: Eu tenho 34 anos, sou casada. Hum... tenho 16 anos de formação. Estou aqui na Unidade, entrei em junho, vai fazer seis meses que eu estou aqui na Unidade. A Unidade é uma Unidade bastante antiga.

D: Antes você trabalhava em outra Unidade?

E: Eu trabalhava em... eu fiz dois anos de residência em ....., em Saúde da Família, depois eu atuei mais dois anos lá em .... Depois eu saí de lá, trabalhei quatro meses cobrindo uma licença-maternidade aqui em ..., aqui pertinho. E depois eu vim para cá, passei num concurso e vim para cá.

D: Você se formou onde?

E: Eu me formei na USP-Ribeirão Preto. Em relação a Unidade, eu não sei, mas é uma Unidade bem antiga. A Unidade eu acredito assim, não enquanto Saúde da Família, mas a Unidade de Saúde aqui tem mais de 15 anos, mais de 15, 20 anos, é uma Unidade bem antiga. Tem uma pessoa que trabalha aqui, que é a supervisora geral, que ela conta as histórias.

D: Está desde o começo?

E: Desde o começo, desde quando abriu a Unidade.

D: Agora, como Unidade de Saúde da Família, tem quanto tempo?

E: Acredito que tenha uns quatro anos, a Saúde da Família?

D: Vocês têm quantas equipe aqui, é uma equipe só?

E: Uma equipe só.

D: E quais profissionais integram essa equipe?

E: Eu tenho o médico da família, a enfermeira, o dentista, a auxiliar de consultório dentário, duas auxiliares de Enfermagem, ahn... seis agentes comunitários de saúde, dois agentes de controle de vetores, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar administrativo, mas que ela está afastada do cargo dela, ela acaba auxiliando a gente na limpeza, na distribuição do leite. Hum... acho que não estou esquecendo de ninguém. (risos). Tem o farmacêutico que vem uma vez por semana, tem o fisioterapeuta também, vem meio período na semana... acho que não estou esquecendo de ninguém.

D: Tem psicóloga?

E: Tem psicóloga, a assistente social é do serviço social, mas ela trabalha com a gente, mas ela não faz parte da equipe, não faz parte da Saúde. Tem o SAMU que o motorista fica aqui com a viatura, né? Ele não é integrado à equipe, mas acaba dando espaço, pela distância, a comunidade conseguiu essa conquista, colocar uma viatura aqui.

D: E como é a dinâmica de trabalho de vocês? Em linhas gerais, como é que vocês funcionam cotidianamente nessa equipe?

E: Aqui, hum... é uma equipe... hum... é uma Unidade que a única referência, por ser distante de ....., é uma referência para tudo, então é referência para urgência, para emergência, para trauma, para

atendimento programático. E a comunidade é uma comunidade muito assim, focada no medicamento, centrada na consulta médica, tem essa cultura muito forte, ainda, da especialidade, de especialista. E eu percebo uma dificuldade muito grande deles fazerem a parte deles, de adesão ao tratamento, às dietas, até se for pensar, assim, o analfabetismo é muito forte, o nível de escolaridade é muito baixo. O trabalho, a condição social, o trabalho, de perspectiva é muito restrita: ou é o corte de cana ou é a colheita da laranja, eles não oferecem outro tipo de trabalho, outro tipo de perspectiva. Então, assim, a gente percebe, até mesmo na questão da adolescência aqui na Unidade, de engravidar a menina...

D: São as perspectivas deles?

E: A gente acaba percebendo isso. Em relação à amamentação eu fico bastante triste porque começo a sentir falta de pré-natal. A gente percebe que passa leite do curral para a criança. Então, assim, é uma coisa que a gente está tentando trabalhar. Então a nossa dinâmica é assim: é uma demanda muito grande. A gente está tentando implementar grupos preventivos, de promoção à saúde, mas a gente acaba ficando tão centrado no atendimento da demanda que assim, a promoção e a prevenção acabam ficando afetadas, a gente acaba tendo dificuldade, até mesmo as visitas domiciliares, a gente está com bastante dificuldade para isso. Demorou um tempo... do tempo que eu vim para cá, tinha um médico só que ficava só três horas no posto, então acabam não querendo vir. Tem um estímulo, tudo, um estímulo salarial, mas mesmo assim tem dificuldades. Aí nós ficamos um bom tempo, durante três meses com um médico só.... no tempo que eu entrei, né? Então isso dificultou bastante porque aí eu acabei assumindo as atividades, o pré-natal, a puericultura, o atendimento. As demandas ficaram... Depois que o médico fixou, aí a gente pensou: “A gente tem que colocá-lo o dia inteiro”. (risos) Hoje está uma bênção, até. Então, a gente tem essa dificuldade, ainda, de estar promovendo atividades promocionais de prevenção.

D: Tem alguma que vocês conseguiram estabelecer?

E: Tem, tem.

D: E funciona regularmente ou não?

E: Tem, tem. Tem a caminhada, né? Todos os dias, tem duas agentes comunitárias que acompanham, eu vou uma vez por semana para estar conversando, tirando as dúvidas. E nós temos a terapia comunitária, que são dois dias da semana: segunda-feira à noite e quinta de manhã.

D: Você que faz?

E: A terapia comunitária nós temos duas terapeutas, sou eu e a agente comunitária ..... Estamos em formação, ainda, somos nós duas que estamos aí. Nós recomeçamos o grupo de gestantes, quarta-feira à tarde, estamos tentando formar um grupo de hipertenso e diabético, estamos tentando retomar um grupo de lombalgia com a fisioterapeuta e estamos tentando retomar o alongamento com a própria equipe. A gente começou... no atendimento dos funcionários, das dificuldades... A gente está problematizando essa questão: “por que a gente começa alguma coisa e de repente ela termina?” Então, a questão não é só aqui, é meio que geral.

D: É um processo, né?

E: É um processo. Então, a nossa dinâmica é uma dinâmica doida! (risos) Atendimento, atendimento, atendimento, a gente está tentando, acho que a gente já cumpriu alguma coisa. A nossa perspectiva é estar, mesmo, olhando a questão da promoção, da prevenção, a gente precisa tentar fazer isso com a população.

D: Agora falando um pouco mais, especificamente, da adolescência, como é que você entende "adolescência", o que é "adolescência" para você? Como é que você compreende a "adolescência"? Como é que você define, como é que você me explica adolescência, como é que você entende?

E: É um momento, assim, de bastante conflito. Um momento que a gente... tem a formação da família, a família passou alguns conteúdos, alguns conceitos e aí é o momento que a gente quer descobrir se o que a família falou é verdadeiro. E aí a gente acaba buscando os grupos, se vendo... os colegas. E aí entra o conflito: o que eu quero; o que a família quer. Entra bastante conflito, é se afirmar enquanto pessoa, é "ninguém manda em mim, minha mãe não manda em mim". Eu vejo tudo isso, bastante conflito.

D: O que foi, como foi, ou ainda é, a sua experiência com adolescentes? Na sua história de vida, que tipo de experiências você teve ou ainda tem com adolescentes e de que forma isso interfere nessa sua maneira de compreender o adolescente?

E: Então, eu sou a mais velha de casa, tenho mais quatro irmãos. (risos)

D: (risos)

E: Então, eu vivi a minha adolescência muito intensamente porque eu bati muito com meu pai, bati muito de frente com ele, apanhei muito também, saí de casa com 17 anos, fui trabalhar, fui morar no meu emprego e... depois eu voltei para casa, depois de tantos anos, sair de casa é duro, né? (risos). Então, eu aprendi muito morando fora de casa, mas aí eu voltei e acompanhei a adolescência dos meus irmãos, foram muito parecidas com a minha. Então, foi onde eu entendi que é mesmo um momento de conflito. E em relação ao trabalho, quando vem um pai, fala da dificuldade de lidar com o filho e o filho fala da dificuldade de lidar com o pai, eu tento abordar nesse sentido, que é uma fase, fase de descoberta, de crescimento, que a gente precisa buscar, então a minha forma de lidar com adolescência é assim, é uma fase transitória, é uma fase que a gente não tem dado conta, pai, mãe.. precisa buscar ajuda profissional, uma terapia...tem que estar dialogando, tentando entender, sem estar julgando, então eu procuro ver assim a situação. Com relação ao meu trabalho, eu trabalhei lá em ....., na minha residência, eu fiquei numa área de favelamento... a gente não conseguiu desenvolver muita coisa com adolescente lá, não. Primeiro porque não tinham muitos recursos na área, não tinha escola, não tinha nada, não tinha isso que tem hoje. Então chegava muito pontualmente pra gente, então a forma de atuar era individual, ou um aconselhamento, atendimento em grupo, com a psicóloga. Depois na outra Unidade, onde eu trabalhei lá, a gente tentou fazer um grupo, mas não deram muita adesão ao grupo. Você tem que ir aonde eles estão agrupados, não adianta você chamar, a gente tenta levar filme, fazer pipoca. Teve um encontro, eu não lembro onde foi, foi bacana, mas a gente teve que restringir um pouco a faixa etária por causa do filme, mas foi mãe, foi avó, foi amigos, foi bastante legal. Daí eu saí de lá, acabei entrando em outro serviço. Aqui, a gente começou um trabalho muito legal, a gente foi em escola, a escola convidou a gente, a gente foi, foi muito legal porque aí porque ao invés da gente levar pronto, a gente fez uma dinâmica, brincadeira, tudo. E aí: "Olha, agora o que vocês querem? Vocês querem conversar sobre sexo, vocês querem conversar sobre droga, o que vocês querem?" "A gente é profissional de saúde e quer conversar com vocês, a gente não sabe tudo, mas a gente vai aprender com vocês, mas a gente quer saber o que vocês querem falar". A gente deixou papel aqui para eles e eles escreveram, eram dúvidas, que eles queriam falar e a gente... nós pegamos tudo isso, eles não se identificaram, medo de se identificar. Então foram temas muito legais, sobre sexo, sobre sexualidade, homossexualidade, virgindade, sobre doença,

sobre o uso de substâncias. A gente abriu um pouco... e nós fizemos em roda, né? A gente foi discutindo, já vendo o que eles queriam depois. O que eles queriam, para ver o que mais eles queriam estar discutindo ou não. Aí nós fizemos apostilas, tudo, eles mesmos iam lendo, as dúvidas, foi um bate-papo. Foi muito gostoso, eles adoraram. Eles falaram: podia ter sempre.

D: Vocês fizeram uma vez por semana?

E: A gente fez uma vez por semana, faz uns dois meses. Foi assim, teve prova... mas foi uma experiência muito legal. Abriu um caminho pra eles procurarem a USF.

D: Foi o caminho que eles procuraram?

E: Parece que sim. Abriu um caminho pra eles procurarem a USF. Se a gente tiver pernas pra dar continuidade.

D: Vocês têm projetos para isso?

E: Então, essa turma aí é a turma da noite. Ai, se não der pra noite, vamos ter que fazer durante o dia. A noite a gente não tem apoio, o que vocês fizerem é por conta de vocês.

D: não tem respaldo?

E: Não. Daí nós fizemos para compensar. Ou você faz de boa vontade (risos), ou, né? Esse negócio de compensar hora não dá certo. Nunca tem dia...

D: Vai só acumulando, né?

E: Eu tive uma experiência muito ruim. “Esse então eu não quero, nem banco de horas, pelo amor de Deus!”

D: Nem sempre dá certo, né?

E: Não.

D: Dessas experiências todas que você está contando, quais você acha, você avalia, que foram mais marcantes sobre adolescência? No seu trabalho... o que é mais marcante para você entender o adolescente? Quando você olha para o adolescente, quando você chega até o adolescente, o que a sua cabeça, lembranças, que te respalda para seu trabalho?

E: Minha experiência. Minha experiência como filha, como irmã. Eu entendi o que aconteceu comigo, quando eu acolhi meus irmãos, que eu pude falar assim: “Entenda o pai, ele teve outra criação, ele quer o melhor pra gente, tenta entender, você vai crescer, vai se tornar homem”. Então, hoje eles me vêem,..é tão gostoso, sabe quando você se sente meio mãe, assim? (risos) Ele não fala “mãe”, você sente que eu pude estar presente ali, estar abrindo o olho dele, estar conversando com ele, de estar se envolvendo com droga, saiu de casa, ai a gente foi atrás, conversou, tudo.. Então, é a minha experiência, mesmo, de vida. Na faculdade, é tudo muito corrido, muito batido, é tudo conteúdo teórico, não tive muito direcionamento na faculdade, muito. A gente teve algumas discussões com a psicóloga, a gente falava sobre adolescente, tudo, mas nada muito palpável, algo que marcou!

D: Aqui, no trabalho de vocês, você já falou um pouco sobre o trabalho, mas... quais são as dificuldades que você encontra, quais problemas são encontrados na saúde do adolescente? A questão da sexualidade, tal, são esses problemas, outros? Quais outros? Para você elencar um pouco quais são os principais problemas e dificuldades no trabalho com adolescente e com relação à saúde do adolescente?

E: Acho que a maior dificuldade nossa é essa... é nos organizar para fazer a atividade educativa. Se a gente tivesse desde o ensino fundamental, eu acho que a gente ia caprichar, ia abrir um pouco mais o

leque, ia falar um pouco mais abertamente. Eu acho que a dificuldade é essa: nós não estarmos atrelados com a questão da demanda e ainda a gente não tem tido perna para ampliar esse trabalho de atividade educativa.

D: E os adolescentes que procuram a Unidade, geralmente eles procuram para que?

E: As meninas procuram por questões preventivas.

D: E os meninos, procuram?

E: Nem sempre.

D: Quando procuram, eles procuram para que?

E: Olha, um ou outro que vem pra pegar preservativo, nós temos adolescente homossexual que assume, que é assumido mesmo perante a sociedade, ele vem, pega preservativo. Mas os meninos são bem mais assim, procuram menos. As meninas procuram mais por conta, medo de estar grávida, com medo de engravidar, está aumentando a procura, está legal. No momento de procura, o que a gente fez? O médico só pode passar o anticoncepcional se faz o exame de papanicolau, então aumentou a coleta de papanicolau pela procura do anticoncepcional. E é assim, para pegar o anticoncepcional elas vêm, então a procura é nesse sentido, mesmo, elas vêm para pegar o anticoncepcional. E como vinculamos o anticoncepcional aos exames, aumentou a coleta de exame também.

D: E os agentes, eles percebem o adolescente? Eles costumam trazer questões dos adolescentes nas visitas ou não?

E: Tem essa agente comunitária que faz bastante tempo. Até quando eu entrei, o problema do embate, eu olhava para tudo isso e falava: “Gente, como? Aos 13 anos, ficar grávida? Não pode, é uma criança”. “É natural”, eles mesmo falam, por mais que a gente leve a camisinha pra eles: “É natural”, para eles é cultural, não tem como mudar. Ela contou uma história que ela tentou fazer grupos, mas não tinha apoio.

D: Elas não percebem isso como um problema?

E: Tem uma percepção que é entendida como natural. Elas, enquanto profissional, sabem que não é natural, mas ainda não foi encontrado um caminho, não ficou claro de como abordar isso. A gente pode estar desenvolvendo estratégias com a própria equipe. Então a gente percebe que quando a gente começa a discutir um assunto é um conflito muito grande.

D: Você já falou um pouco, mas eu vou perguntar de novo (risos), para deixar mais claro. Como você veria um trabalho na área da Saúde, voltado para o adolescente? Se você fosse idealizar uma proposta de trabalho, como é que você imagina que deveria ser esse trabalho na saúde voltado para o adolescente?

E: Eu acho que deveria ter um trabalho com a educação, um trabalho de agenda, de rotina, regularmente, semanalmente, que a gente fizesse um encontro conjunto com a educação, onde a gente estivesse junto com as professoras, em que as professoras estivessem preparadas para abordar o assunto e que, no momento, com os pais porque a gente percebe que os pais eles abortam essa discussão, eles têm medo de discutir isso. A gente percebe que precisa ter estímulo para tratar. Então, eu acho que o ideal era ter um trabalho junto com a escola, ir uma vez por mês, mensalmente, envolvendo a família.

D: Como é o atendimento, não o atendimento, mas a acolhida no geral na Unidade quando chega um adolescente? Você disse que a partir do trabalho da escola acabou abrindo, de alguma maneira, alguns tem procurado mais. Como é a acolhida desse adolescente na Unidade?

E: A gente começou mesmo, a implantar mesmo o acolhimento: o acolhimento, a demanda, qualquer procura na Unidade. Então, quando um adolescente chega, eu percebo assim, ele é muito, ele tem medo da história dele ser levada adiante, às vezes eles não querem falar para outra pessoa, a não ser o médico. Mas, qualquer um que procura, é feito um acolhimento, a gente procura fazer um acolhimento em sala fechada. De forma geral é assim, independente se seja adolescente, a gente procura fazer com a maior proteção, com maior sigilo possível. E o adolescente ele já busca isso, então é assim que funciona.

LADO B

D: Você acha que o vínculo, então, é importante, com adolescente?

E: Muito importante. Teve uma época que outra enfermeira trabalhava aqui, ela trabalhava aqui e não morava, ela comentava algumas coisas. E isso ficou muito marcado para a comunidade. Quando eu comecei aqui o nível de confiança era muito baixo porque elas tinham medo de que isso no corpo delas, que a história delas fosse levada, e aí a gente foi trabalhando essa questão, a questão da ética, que pode até processar a pessoa que faz isso. Está melhorando. Mesmo na escola essa questão foi levantada. “Ah, a gente vai lá no posto e depois ficam falando o que a gente tem!” Eu falei da ética, falei do profissional em relação à vida do usuário. E acho que isto deixou eles mais tranqüilos.

D: Falando agora um pouco da sua formação. Como você avalia a sua formação, do ponto-de-vista da graduação, em embasamento no trabalho no PSF e com adolescentes? Na sua graduação, como foi isso? A sua graduação te deu embasamento para trabalhar no PSF com adolescente, ou não, por quê? Eu queria que você me falasse um pouco sobre isso.

E: Tá. Bom, a minha graduação, eu não sei se você conhecesse o caso de ...., é... a política lá com relação à política de saúde é uma política hospitalar muito grande. Então é muito centrado em hospital, aquele hospital vertical (risos) tradicional, muito especialista. .... é uma cidade muito centrada ainda na... pouca prevenção, pouca promoção. E a faculdade acaba refletindo na formação. Então, assim, eu tive ótimos professores na Saúde Pública que tentaram resgatar um pouco isso, mas não teve essa coisa... a gente nunca foi em escola: “Vamos lá trabalhar com adolescente, fazer uma dinâmica!” Não teve. Eu acho que busquei bastante por minha conta, né? Eu xeroquei algumas folhas, eu tenho uma apostila muito legal do Ministério da Saúde que traz dinâmicas de você trabalhar a sexualidade. Eu esqueci de te falar, mas eu fui... eu fiquei 28 dias numa cidadezinha em Pernambuco, e a gente trabalhou bastante a questão da sexualidade e eu vi muito, a gente fez muita dinâmica lá, essa coisa: “A gente vai para lá e vai levar conhecimento nosso?” Espera lá. “Como a gente vai fazer? Não pode chegar lá e dizer o que eles têm que fazer. A gente tem que discutir junto” . Entender que é um sujeito ativo, que está na participação, na participação ação. Então, eu descobri muita coisa por conta própria, eu fui buscar. Minha graduação, a chance que ela me deu foi a chance de eu estar indo para lá, eu fui na graduação. Eu tive essa chance.

D: Mas nem todos tiveram?

E: Não foi todo mundo.

D: Você lembra se teve alguma disciplina que tratou especificamente de adolescência ou não?

E: Teve, mas foi muito incipiente. Era “Saúde da Criança e do Adolescente”, ficou mais centrado na criança do que no adolescente. (risos)

D: Ahn, ahn.

E: E aí a gente ia para o hospital. Não tinha aquela coisa de ir onde você encontra o adolescente, o adolescente na escola. Pouco adolescente está internado. Tem que montar uma estratégia de ir aonde o adolescente está. Não teve, não teve isso.

D: Como é que você imagina que deveria ser tratada a questão do adolescente na formação? Se fosse para você opinar sobre isso, como é que você acha que deveria ser incluído na graduação a questão da adolescência?

E: Eu acredito que assim... é... dividir mais essa coisa com a criança, de colocar junto. Ou separar: a criança e o adolescente, né? Ahn... se você focar mais no espaço onde está o adolescente, ter uma vivência. Eu acredito muito que teoria é muito difícil você assimilar, porque teoria você lembra e daqui a pouco já esqueceu, porque se você não juntar a teoria e estar aplicando ela, eu acho que falta muito na graduação. Discutir, problematizar, montar e discutir de novo. A graduação está falhando nisso. A escola está cheia de adolescente, tem adolescentes nas casas, tem muita forma de trabalhar com adolescente, mas tem que ter a teoria com uma visão, para não ficar só na teoria.

D: A pós-graduação, você fez com curso de especialização, né?

E: Fiz esse.

D: Mais algum?

E: É... eu tive a residência em Saúde da Família junto com a especialização. Na residência, nós fizemos uma... uma coisa voltada para a família, relação com a família, mas nada focado no adolescente.

D: Não lembra se foram discutidas questões mais específicas?

E: Do adolescente, não.

D: Tá... É... Falando mais do PSF no geral, o que significa para você trabalhar no Programa de Saúde da Família? Qual o significado para você ser uma profissional de uma equipe do PSF? Como você se sente com esse trabalho?

E: Quando eu fui fazer graduação, eu decidi fazer graduação da seguinte forma: quando eu tinha 14 anos, minha mãe falou assim: “Filha, faz Enfermagem”. Eu falei: “Eu não vou fazer o que você quer, eu vou fazer o que eu quero” (risos) Porque ela sempre quis ser enfermeira. “Eu não vou fazer o que você quer, eu vou fazer o que eu quero”. Aí eu fui fazer técnico em Contabilidade – tudo a ver, né? Só que aí eu fui trabalhar num escritório, eu trabalhava nas Lojas .... com o público, adorava lidar com o público, tal, aí fui promovida para trabalhar no escritório, odiei, pedi as contas. Aí fui trabalhar numa creche, era a creche de um lado e o asilo, uma casa de doentes do outro. E lá eu me encontrei, eu me doei, é lá que eu fui morar. Então assim, eu aprendi a dirigir, eu dirigia a Kombi, eu pedia doação, eu trabalhava no escritório, quando eu não trabalhava com dinheiro eu fazia a comida, precisava dar banho nos velhinhos, eu dava. Eu aprendi a fazer medicação, a ver pressão. Foi aí que eu vi: “Acho que eu gosto desse negócio de cuidar”. E quando eu levava os velhinhos nos postos, eu ficava muito indignada da forma fria como as pessoas atendiam, a falta de se colocar no lugar do outro, de assumir a responsabilidade, de assumir o cuidado. O outro tem responsabilidade? Mas a gente também tem. E aí eu fiz três anos de cursinho, depois de três anos eu consegui entrar na faculdade. E aí: “Hoje a gente vai ter Introdução à Saúde Pública”, e aí veio a questão da promoção, da prevenção, prevenir a doença, promover a saúde, trabalhar em grupo. E logo em seguida foi apresentada pra gente a Saúde da Família. Daí eu comecei a fazer estágio, ahn... quando tinha um seminário eu estava lá, eu estava envolvida. E aí foi minha graduação

inteira envolvida com Saúde da Família. Fiz os estágios todos... comunitários, né? Sempre fiz na área de Saúde da Família, tinha bolsa. E aí prestei a residência, passei e fui fazer. Então como eu me vejo? Eu acredito muito na Saúde da Família, quando a gente consegue trabalhar com equipe, que consegue dividir, um apóia o outro, né? Se eu não estou aqui tem o outro que entende, para assumir junto, não é: "Ah! Ela é enfermeira chefe", eu detesto isso. Eu vejo que na Saúde da Família, a gente tem essas possibilidades, a possibilidade da co-participação, co-responsabilidade, da co-responsabilidade junto com a comunidade, a gente tem possibilidade de mudança porque a gente acaba conhecendo a realidade, conhecendo a família, conhecendo como é a estrutura dessa comunidade. E aí a gente pode... tentar, né?, mudar, tentar junto, né?, algumas coisas, propor, o que é mais difícil quando está no outro sistema: você está sozinha, você não conta com o outro, não conta com uma equipe apoiando. Eu gosto muito da Saúde da Família de você poder falar para a equipe: "Olha, não estou gostando disso. O que a gente pode fazer para melhorar?"

D: Ahn... Mais para finalizar, o que é saúde e o que é doença para você? Quais os parâmetros que você usa, que você direciona para pensar ou olhar para alguém, se ele está doente, se não está doente, se está promovendo saúde, se não está? Enfim, qual é sua compreensão de saúde e de doença?

E: Ai, esse conceito é tão discutido (risos), acho que não tem como definir esses conceitos, eles são tão flutuantes (risos). Eu vejo assim, mesmo, né?, que é um conceito muito flutuante. Doença, de repente, é você estar mesmo com problema físico, mas você está tão bem, está exalando é... humor, uma coisa... ela está lá, com câncer e está com uma doença física, mentalmente, espiritualmente você está bem, você está enfrentando a doença, você está conseguindo. E às vezes, não, você está com câncer e está com tudo, né?, o espiritual, psicológico todo também abalado. E é isso, é difícil você definir saúde e doença, né? A saúde eu acho que é quando a gente consegue entender e lidar com os problemas do dia-a-dia porque os problemas do dia-a-dia são (????). Está muito claro para mim, eu tenho discutido algumas coisas sobre meditação, como aquilo que a gente pensa influencia em cada ação no nosso corpo, nas memórias que as células do nosso corpo tem, desde a formação intra-uterina que a gente, né?, vem carregando e a gente lida com isso. A questão da resiliência, tudo isso e um monte de coisa é um estado, saúde e doença é um estado, né? Você pode estar bem hoje e amanhã você já cai ali (????) essa pessoa sofre, está com dor de estômago, e aí acaba desenvolvendo uma doença, mesmo. Então você encontra isso em muitos pacientes, pressão, chega, está alta, esperou 10 minutos ali, descansou, não está com vontade de fazer xixi, nada, você conversa ali, mede, está alta. Então é um estado, às vezes saúde e doença é um estado.

D: E o que é saúde e doença no adolescente?

E: No adolescente, ele acha que ele não adoece, né? (risos) Ele se expõe muito fácil a riscos, né?,Tem muita vitalidade, ele se acha. A própria formação, a idade, então às vezes acaba adoecendo nas coisas mais graves por essa situação. A situação familiar, a conversa, às vezes na forma de estar abordando acaba afastando mais do que trazendo para dentro de casa e aí acaba tendo muitos problemas de saúde por causa disso. É um momento que a gente tem muita saúde, né? (risos) A gente tem tanta saúde, a gente vai pra festa, a gente bebe, no outro dia fica bem. Para mim o adolescente é muito saudável. Então é flutuante.

D: Tá. Bom, o que eu tinha para perguntar era isso. Tem alguma coisa que eu não perguntei ou que você acha que é interessante, que você gostaria de falar mais sobre adolescência, sobre PSF, sobre formação, uma outra coisa que surgiu enquanto a gente conversou?

E: Não, Débora. Eu acho que são bastante amplas as suas perguntas. Acho que... nesse tema... a gente precisa de profissionais, mesmo, com bagagem que ajude a gente, que tenha aí momento para participação... é um assunto difícil de lidar, pra gente não é fácil. Você precisa de suporte, pra gente estar junto com os pais, com a família, a gente não tem isso, ainda. A gente é muito carente, ainda, a Rede, quanto a isso.

D: Então está bom. Obrigada.

E: De nada. Parabéns pelo trabalho