

Atividades grupais no Programa Saúde da Família: a interface futebol, adolescência e saúde

Norberto Aparecido Mota Gomes*

Wânia Regina Veiga Martines**

Resumo

O artigo descreve a experiência de trabalhar com adolescentes, na perspectiva da prevenção e promoção da saúde em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo, sob a estratégia da integralidade do Programa Saúde da Família. Utiliza-se o futebol como local de encontro e participação ativa dos integrantes, os profissionais e usuários, a fim de concentrar o enfoque nas DST-HIV/AIDS, gravidez na adolescência e sexualidade.

Palavras-chave: *prevenção primária, promoção da saúde, serviços de saúde para adolescentes, Programa Saúde da Família, saúde sexual e reprodutiva.*

Abstract

This paper describes the experience of working with adolescents aiming to prevent and to promote health in a Basic Health Unit in the city of São Paulo, Brazil, using as a strategy the integrality of the Family Health Program. The soccer field is used as a meeting point and a place for active participation of the group members, professionals and users, in order to concentrate efforts on themes like sexually transmitted diseases-HIV/ AIDS, adolescent pregnancy and sexuality. .

Keywords: *primary prevention, health promotion, adolescents health services, Family Health Program, sexual and reproductive health*

* Agente Comunitário de Saúde da UBS Vila Reunidas I Fundação Zerbini – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo norbertomota@ig.com.br

** Diretora Técnica da UBS Vila Reunidas I (2001-2006) Fundação Zerbini – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo wanregina@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Este é um relato que tem por objetivo descrever atividades grupais no Programa de Saúde da Família (PSF), numa Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na cidade de São Paulo.

Optou-se por descrever de forma mais específica a atividade grupal denominada “futebol com adolescentes”, durante o período de 2000 a 2006, por meio do olhar de um Agente Comunitário de Saúde e da gerente da UBS, que participaram da construção do projeto, sua implantação e monitoramento.

A **UBS Vila Reunidas I** atende uma população de cerca de 26.000 pessoas (ou 7200 famílias), segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de março de 2006. Trabalha exclusivamente com a estratégia do PSF do Ministério da Saúde (MS), conta com sete equipes nucleares e está estruturada por meio de um contrato de parceria entre a Fundação Zerbini e a Secretaria Municipal da Saúde.

A chamada equipe básica ou nuclear concebida no PSF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹. Por sua vez, as equipes nucleares contam com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação.

No PSF o trabalho constitui-se de ações preventivas, de promoção da saúde e também curativas, nas quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção, atrelada à visão de equipe interdisciplinar, contando com um trabalho de base feito pelo ACS, que realiza o monitoramento contínuo, denominado diagnóstico local situacional.

1 O ACS foi introduzido como trabalhador da saúde (vinculado ao PSF) na cidade de São Paulo a partir de 1998, sendo que a profissão foi de fato criada pelo Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Lei n. 10.507 de 10/07/2002. É selecionado e contratado, mediante a obrigatoriedade de ser um morador da comunidade e possuir ensino fundamental, não se exigindo nenhuma formação prévia na área da saúde, pois o processo de capacitação se dá após seu ingresso no PSF. O trabalho caracteriza-se por visitar mensalmente cerca de 200 famílias e realizar o monitoramento que está descrito no texto à seguir, intervindo nas situações de risco juntamente com a equipe interdisciplinar da qual faz parte. Destaca-se por ser considerado o principal agente da equipe a desenvolver as ações de prevenção e promoção da saúde.

Este monitoramento do PSF consiste em cadastrar, identificar e acompanhar mensalmente, por meio de visitas domiciliares e de instrumentos de coleta de dados do Ministério da Saúde, a condição das famílias e, nelas, as gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, e demais circunstâncias que representem risco, como por exemplo, os ambientais (lixo, enchentes, dengue).

Trabalha-se sob o enfoque do risco ampliado, entendendo-o sob o aspecto individual, familiar, ambiental e sócio-comunitário. Situações muito presentes nesta realidade são a violência urbana, por conta de áreas de tráfico de drogas, a violência intra-familiar e o desemprego.

No intuito de criar uma outra lógica em saúde, que ultrapasse a intervenção meramente biomédica no processo saúde-doença, assistimos à importante transformação a que se propôs o PSF no Brasil, na tentativa de reorganizar e qualificar a atenção primária, apontada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de superar o modelo de assistência à saúde historicamente instituído até então, que priorizou a tecnologia médica e o atendimento individual.

Sendo assim, no PSF, a atividade de grupo é entendida como uma potente ferramenta de intervenção por todos que integram a “macro equipe interdisciplinar”, de modo que os grupos educativos, de prevenção e promoção da saúde abordam diferentes temáticas e ciclos de vida: saúde da mulher, saúde da criança, da gestante, do adulto (hipertensão, diabetes, obesidade, saúde do homem e outros), do adolescente (enfoque nas DST-HIV/aids² e gravidez na adolescência), cozinha natural (alimentação), artesanato, brinquedoteca, caminhada, passeios com usuários e bailes da terceira idade.

A estratégia anteriormente empregada nos grupos com adolescentes fazia com que a adesão fosse péssima. Realizados nas dependências da UBS, em geral programados e conduzidos por médicos e enfermeiros, abordavam conteúdos previamente elaborados, com a finalidade de alertar o adolescente diante do perigo de contrair doenças ou condições indesejá-

2 DST: doenças sexualmente transmissíveis. HIV: vírus da imunodeficiência humana. Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida.

veis, como a gravidez. Tratava-se claramente de um cenário hierarquizado e prescritivo, em que pessoas que sabiam mais estavam ali para ensinar as que sabiam menos.

Quando não havia nenhum participante, compareciam dois ou três adolescentes, geralmente meninas, e o desinteresse era visível em todos, até mesmo nos profissionais. Por este motivo, o local e a estratégia foram radicalmente modificados, graças à rica contribuição do olhar dos ACS.

Esse trabalho inovador do futebol é destinado à essa porção da comunidade que pouco procura o serviço de saúde, os adolescentes. Por isso, a estratégia foi de “ir onde eles estão”, a fim de estimulá-los a adquirir um repertório maior de conhecimentos e de conscientização. No período entre 2000-2006 foram realizados cerca de 150 encontros.

O jogo de futebol com ênfase na prevenção de DST-HIV/aids acontece quinzenalmente em uma quadra de futebol de salão do bairro, próxima à UBS. Os jogadores dos times masculino e feminino são profissionais de saúde que competem com adolescentes da comunidade, acompanhados de suas respectivas torcidas.

O objetivo é trabalhar de forma mais dinâmica e próxima da população jovem, a fim de reduzir os riscos e a vulnerabilidade decorrentes da desinformação sobre as DST-HIV/aids e gravidez na adolescência, como também oferecer oportunidades de socialização em uma região considerada de grande exclusão social.

Os grupos, em sua grande maioria, são conduzidos por Agentes Comunitários de Saúde (que receberam capacitação prévia por meio da Fundação Elton John - Associação Saúde da Família no decorrer do ano 2000) e, esporadicamente, contam com a participação de médico, enfermeiro, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista ou outros profissionais da UBS.

Em cada jogo é escalada *uma* das sete equipes de saúde da família³ para que providencie os times e organize a atividade educativa. Os ACS,

3 Como já foi descrito anteriormente, a equipe de saúde da família no PSF é composta de 1 médico, 1 enfermeiro, 6 ACS e 2 auxiliares de enfermagem. Na UBS aqui referida, há 7 equipes de PSF, cada uma assumindo uma parte do território, cerca de 1000 famílias, acompanhando-as em consultas, grupos e outros tipos de atendimento.

que no dia-a-dia encontram as pessoas na rua, no mercado, na escola e em suas visitas mensais às famílias, aproveitam este contato para convidar os adolescentes. Os auxiliares de enfermagem, médicos e outros profissionais que atendem em consulta, em procedimentos de vacinação e demais ocasiões, também procuram estimular a participação, divulgando as datas e horários dos jogos.

Antes de cada jogo, a estratégia utilizada é a de estimulação participativa e problematização, com um breve contato inicial, que explora o conhecimento já existente no grupo, procurando aprofundar-se nas “lacunas” existentes: mitos, dúvidas, medos, ansiedades... incluem-se aí dinâmicas focalizando o uso do preservativo feminino (com pelve acrílica) e do preservativo masculino (prótese peniana). O grupo discute então como acha que se dá a transmissão das DST-HIV/aids, como se dá a fecundação e como funcionam os métodos contraceptivos. Na seqüência, há distribuição de preservativos, folders e outros materiais educativos disponíveis, não só para os adolescentes, mas também para amigos, familiares e torcedores presentes.

É interessante observar que, nos grupos, os temas relacionados à saúde e sexualidade dão vazão à outras dimensões do cotidiano: acontecem conversas sobre música, televisão, moda, violência, perspectiva de vida, lazer, proximidade com o mundo das drogas, experiências na escola e sonhos projetados no futuro.

Isso significa que os ACS, ao trabalharem com adolescentes, tiveram que aumentar o poder de improvisação, já que o “roteiro”, quando existe, nem sempre pode ser seguido à risca: a sexualidade é algo muito central nesta fase da vida, é um tema forte e polêmico que desperta muito interesse; é ponto de partida para a expressão de modos de olhar a vida, de estar nela, de atuar.

No início das atividades, em 2000, o jogo em si era colocado em segundo plano; a preocupação primeira era com as atividades “educativas” relacionadas com o grupo, como discussões sobre afetividade e sexualidade, mas, com o passar dos anos, o enfoque para o jogo em si aumentou, e então foram acrescentadas novas estratégias.

Por exemplo, em todo dia 1º de Dezembro, dia mundial de combate à aids, é organizado um grande campeonato de futebol, chamando times de outras UBS da região, que se constituem especialmente para o evento. Desta forma, é possível atingir um número expressivo de jovens e adolescentes, atraídos pela oportunidade da competição e da premiação. Como em campeonatos oficiais de futebol, há medalhas, troféus, registro fotográfico e ampla divulgação sobre os times participantes e os vencedores.

No início, havia certa insegurança no ar, um receio de não conseguir tocar o projeto adiante, mas com a ajuda de uma parte de funcionários interessados em desafios, percebe-se que a atividade já reuniu uma considerável quantidade de jovens e adolescentes de toda área de abrangência da UBS.

Embora não houvesse a pretensão inicial de torná-los multiplicadores, alguns abraçaram naturalmente esse papel no cotidiano da comunidade, estimulando amigos, familiares e conhecidos a obter e usar o preservativo, já que ele está disponível gratuitamente na UBS, além de encaminhar e muitas vezes acompanhar à UBS as garotas que desejam fazer o teste para detecção de gravidez, um momento delicado e povoado por muito medo. Esses jovens também têm uma participação bem mais freqüente nos jogos.

O trabalho fez com que os funcionários envolvidos tivessem uma proximidade maior com os adolescentes. Podemos considerar esse como o principal resultado. O fortalecimento do vínculo representou uma importante ferramenta para que a prevenção e promoção da saúde pudessem de fato fazer parte do cotidiano da produção de cuidados.

Agentes Comunitários mais bem preparados, que já que passaram por capacitações e vivências sucessivas com os jovens neste período, ajudaram a consolidar o repertório de informações sobre esse tema, assim como foram capazes de lidar com maior segurança com as dinâmicas psicológicas e comportamentais dos adolescentes, com seus questionamentos e com a crescente curiosidade em torno de conceitos, valores e assuntos relacionados à sexualidade, auto-imagem, afetividade, relacionamento com a família, uso de drogas, contracepção e contato com doenças sexualmente transmissíveis.

O ACS, de forma geral, traz uma persistência na crença em torno do trabalho integralizado, enfatiza a importância da educação em saúde e da

prevenção, nas quais todos deveriam se envolver e buscar integração: cobra, reivindica, quer chamar aqueles que estão dispersos, quer ver impacto real na comunidade, como vemos no relato a seguir, do ACS “Y”:

Eu perdi minha adolescência inteira usando droga [...] se eu não parasse de usar, hoje, eu estaria louco ou estaria preso. E eu podia ter pego uma doença sexualmente transmissível [...] Ao falar sobre sexualidade, eu sinto que estou ajudando muito os jovens, os próprios amigos meus que, até hoje, estão enterrados nisso. Eu me sinto bastante realizado em estar passando o que eu sei para eles, para eles estarem empregando isso na própria vida deles [...] A grande maioria (ACS) só quer fazer o arroz com feijão, mas eles pensam que você indo fazer “a” visita uma vez por mês na casa e, participar de um grupo de puericultura ou de gestante, você pode estar mudando a realidade da sua comunidade e não é assim. Tem que ter uma participação mais ativa, tanto trabalhando com idosos, jovens, os mais adultos, fazer algum tipo de atividade que possa envolver essas pessoas todas, que só assim que você pode estar mudando, mas tanto nessa Unidade como em outras, tem uma grande falta de interesse.

Para mim, como ACS, esta experiência permitiu que eu vencesse o meu próprio preconceito de trabalhar com jovens que fazem hoje o que eu fazia antigamente. Trabalhar com jovens envolvidos em drogadição pode ser fácil e difícil ao mesmo tempo. Por já ter vivenciado esta situação, me senti na obrigação de tentar ajudar estes jovens a se prevenirem de uma maneira acessível, oferecendo suporte às suas necessidades de afetividade e sexualidade, os adolescentes que cresceram junto comigo.

Participar dos jogos nesse período de 5 anos foi, para mim, o início de uma nova vida no sentido pessoal, pois tive a oportunidade de levar aos jovens tanto a prevenção, como minha experiência, para que não levem uma vida como levei no passado. (In: *Martines, 2005, p. 80*)

Aqui aparece nitidamente a necessidade do ACS de operar a integridade em busca de produção de sentido, sobretudo ao desenvolver o tão sonhado trabalho de promoção e prevenção, anunciado pelas diretrizes do Ministério da Saúde para o PSF. A base disso é a idéia de que quem passou e passa pela situação de risco se vê identificado com uma “missão” destinada a evitar o sofrimento.

É importante lembrar que o ACS se torna um profissional de saúde ao ingressar no PSF, entretanto vive simultaneamente os dois papéis: o de

ACS que produz atos de saúde e o de morador local, usuário que consome os atos de saúde produzidos pelo serviço, podendo experimentar, neste caso, o teor e a qualidade do que é ofertado.

Ao falar em integralidade, esbarra-se na dificuldade de aprofundamento desse conceito para além da conhecida tríade curar-prevenir-promover. Camargo Jr. (2003) fala justamente da problemática conceitualização de integralidade, já que “problemas de saúde” requerem uma múltipla e complexa rede de saberes e estratégias de ação, vindas das mais variadas linhas de conhecimento (epidemiologia, antropologia, ecologia e sociologia).

O mesmo autor considera, sobretudo, perigosa a tentativa de reduzir a integralidade a um conceito totalizador da assistência, uma vez que é pouco provável que consigamos dar respostas à totalidade das necessidades de um usuário ou de uma família. Propõe não conceituá-la, mas sim tomá-la como um ideal a desenhar as ações de cuidadores e a nortear os cuidados frente a sujeitos que sofrem ou têm seus níveis de autonomia reduzidos.

Falar em integralidade, além de anunciar um dos princípios do SUS, como política pública, pode caracterizar um desejo *nosso*, dos profissionais da saúde, em evitar ou diminuir o risco e o sofrimento do outro. Para tanto, é desejável que nos interroguemos em que direção caminha nossa produção de cuidados:

... as necessidades assistenciais não se reduzem às necessidades de se reduzir a letalidade ou a incidência de complicações. Elas dizem respeito sobretudo às necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente ou, para usar os termos de Canguilhem, respostas aos estreitamentos no modo de andar a vida decorrentes da doença. Tais respostas podem ser tanto no sentido de alargar os limites postos pela doença, quer no sentido de apoiar o portador da doença de modo que ele possa seguir vivendo, mesmo com a vida limitada pela doença, mas de um modo mais feliz. Nessa perspectiva, as políticas de saúde pautadas pela integralidade devem basear-se numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais. (Mattos, 2003, p. 56)

Nesse sentido, a atividade grupal, como concentradora ou potencializadora da tríade curar-prevenir-promover, sobretudo com jovens e adolescentes, precisa ser cuidadosamente pensada e constantemente revisada:

é disto que essa comunidade precisa ? É isto que ela deseja ? É possível oferecer a integralidade de cuidados a esses sujeitos? É possível escutar a expressão de sofrimento desse grupo?

Embora freqüentemente haja uma citação genérica e difusa do termo “promoção”, é importante esclarecer que existem ações de promoção, prevenção e educação em saúde, muitas vezes, complementares e simultâneas na prática, porém obedecendo a uma discriminação conceitual, segundo Sousa (2003).

Para a autora, *promoção da saúde* consiste em aumentar o controle dos determinantes de saúde que incluem estilo de vida e condições de vida, com vistas a fortalecer os recursos, tanto da dimensão individual como da coletiva; para tanto, depende também de esforços intersetoriais e políticas públicas específicas. Já a *prevenção* utiliza estratégias para evitar a incidência de doenças e diminuir os fatores de risco que possam agravar doenças já instaladas. Por fim, a *educação em saúde* lida com a oferta de oportunidades para acesso à informação, conhecimento e uso de habilidades, com o propósito de melhorar a saúde individual e comunitária, meta que igualmente requer a mobilização de recursos intersetoriais.

Teixeira (2004), ao se inspirar em alguns conceitos de Espinosa, reflete sobre as possibilidades que surgem na relação de encontro com o outro: possibilidades de aumentar essencialmente a potência e o apetite de vida do ser humano, na medida em que afetamos e somos afetados pela imagem, pelo discurso e pelas significações de confiança, que reciprocamente são “imprimidas” pelos sujeitos presentes no encontro.

Partindo desta idéia, portanto, a atividade grupal do futebol, dependendo de como é conduzida, pode ser capaz de descobrir/ apontar potências que possam expandir possibilidades do adolescente e do ACS: que possam melhorar as potências para a co-produção de estados de saúde no mais ampliado sentido possível, passando inclusive pela ordem da construção de subjetividades, singularidades, cidadania e da inserção existencial no mundo.

No entanto, se, por um lado a intenção diferencial do PSF é a de criar outra lógica voltada para a produção de espaços de saúde, discussão e informação criativa, a realidade mostra que o trabalho do ACS ainda gira

demasiadamente em torno das ações curativas, como também da demanda organizacional inerente a tais ações, principalmente centrando o trabalho de grupo a agrupamentos patológicos, como os de hipertensos, como forma de ofertar atendimento, para dar conta da alta demanda.

Não estamos dizendo que deva ser secundária ou menor essa preocupação, mas observa-se que este tipo de homogeneização dos usuários, pela via da morbidade, ainda é o modo predominante de pensar a intervenção, qualificando-os como sujeitos adoecidos, necessitados de um tipo de assistência que freqüentemente já vem pronta, proposta pela equipe.

Assim, essa homogeneização se presta a manter a adesão dos usuários e a fazer o controle de morbidades de maior prevalência, reduzindo a incidência de complicações clínicas, seqüestrando, então, possibilidades de encontros onde possa ser explorada a escuta de outras necessidades e expressões relacionadas à circulação de vida, saúde e prazer.

Quantas e quantas vezes, durante a atividade do futebol, na troca de uniformes no vestiário, em momentos de fúria, xingando o juiz, sentados na quadra para descansar após a partida, circularam conversas sobre assuntos que não eram previstos ali ! A abertura e a informalidade entre os participantes puderam gerar intensas trocas que o grupo ou que alguns membros do grupo necessitavam naquele dia, naquele momento, respondendo a uma demanda legítima daquelas pessoas.

Entretanto, observações empíricas do cotidiano do PSF local revelam o afastamento dos ACSs das medidas de prevenção e promoção da saúde e uma subversão do modelo de assistência de PSF inicialmente proposto, pois este prossegue medicalizando e patologizando a intervenção, sustentando-a na dimensão individual, dada a grande concentração das equipes de saúde da família, programando o atendimento clínico como intervenção prioritária, apontando o risco clínico como um “farol” que parece ofuscar o risco comunitário e familiar mais global.

Além do mais, na prática, a gestão atual da UBS propõe a horizontalidade decisória na instância da equipe de família, quanto à definição das estratégias de intervenção. Mas deve-se destacar que o perfil dos profissionais do PSF não é homogêneo no sentido de atribuir importância (e até possuir capacitação ou vivências prévias suficientes para conduzir

as práticas de promoção e prevenção). Portanto, em muitos casos, o ACS acaba tendo de ceder ao consenso da equipe, geralmente, alavancado por médico e enfermeiro, o que empobrece seu espaço de autonomia destinado à decisão do uso do tempo e ao tipo de ação.

Tendo em vista que o PSF é proposto em termos macro-sociais pelo Ministério da Saúde - é genérico como política pública de saúde para o país - é possível imaginar que a descentralização por meio da gestão municipal seja uma tentativa de fazer ajustes locais. Tais ajustes são viabilizados com base nos recursos disponíveis, tanto do ponto de vista do financiamento, como do nível de vontade político-ideológica e conhecimento tecnológico para investimentos na proposta, ou seja, há dificuldades em se manter um padrão, em meio às flutuações de gestão.

A partir de outubro de 2005, o PSF da cidade de São Paulo vem trabalhando com metas de produtividade baseadas em 5 indicadores: número de consultas médicas; número de consultas de enfermagem; número de visitas domiciliares do ACS; número de gestantes visitadas e número de hipertensos visitados.

Observa-se então que a preocupação com o cumprimento das metas vem tornando secundária a importância das atividades de grupo, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde, o que também vai de encontro ao desejo de profissionais que já não se identificam com as atividades grupais, reforçando essa distorção, essa dificuldade em termos do PSF.

Outro aspecto é que, em se tratando do futebol e de outras atividades grupais que têm como objetivo trabalhar com as DST e a sexualidade, ainda temos ACS que “fogem” por convicções religiosas que se tornam conflitantes com o conteúdo problematizado.

A visão da igreja católica sobre o uso do preservativo costuma gerar um conflito intenso e muito presente. Há um impedimento concreto nesse sentido, já que numerosos ACS vêm de longas experiências anteriores junto à comunidade pela via da Pastoral da Saúde e ainda hoje são adeptos dos preceitos mais conservadores estabelecidos pelo Vaticano, que preconiza recusar o uso da camisinha, impossibilitando qualquer diálogo mais flexível em torno do assunto.

Por outro lado, há técnicos (médicos e outros profissionais) que expõem suas visões a respeito da ausência de “marcadores mensuráveis” para avaliar cientificamente o impacto desse tipo de intervenção, a do futebol, e tendem a considerá-la menos séria e até mesmo supérflua. Curiosamente, os mesmos técnicos, no entanto, sempre falam da dificuldade de trazer os adolescentes para dentro da UBS devido à baixíssima adesão e mencionam o desinteresse natural dessa faixa etária nos grupos educativos. Um paradoxo!

Embora não possamos contar com dados quantitativos, o resultado positivo que podemos considerar como o sucesso central desse trabalho é que a aproximação entre os jovens e os ACS no dia-a-dia se tornou um elemento facilitador, no que diz respeito à relação e à produção de cuidados integrais ao adolescente.

Hoje, é com mais confiança que os jovens param o ACS na rua, para solicitar preservativos e pedir ajuda em momentos de angústia, por receio de gravidez ou medo de contágio. É perceptível o aumento do acesso a exames, como a sorologia para pesquisa do HIV e a busca de informações mais pessoais a respeito de impotência, comportamento afetivo, complexos, frigidez, melhoria do desempenho sexual com o uso do “Viagra®”, temor dos efeitos colaterais, etc.

A bem da verdade, nas dimensões tecnológica e política, o PSF é considerado uma inovação na atenção básica, na medida em que tenta concentrar seus esforços na condição de saúde das pessoas. Além disso, tenta se movimentar criativamente em direção ao núcleo familiar, trabalhar em equipe, escutar e considerar o saber e a participação popular, sair da UBS e realizar intervenções mais ousadas na área. É uma inovação, de uma forma geral, ao aproximar-se da integralidade da assistência, um movimento difícil, como relata o ACS “Y”:

Em todo grupo sempre encontramos dificuldades e para trabalhar com adolescentes existe também a disponibilidade e a flexibilidade. Quando iniciamos nossas atividades, somente um pequeno número de profissionais já tinha realizado algum trabalho com adolescentes e até a maioria se dar conta de que no início de qualquer atividade envolvendo jovens, eles querem liderar e impor suas vontades: aí entra a flexibilidade, com muito jogo de cintura nós revertermos a situação e damos início ao nosso trabalho. Uma

das dificuldades que encontramos ainda hoje é a de encontrar meninas que joguem futebol, por isso contamos com a disponibilidade de outros ACS envolvidos para destinarem um pouco do seu tempo à procura de jovens. Ultimamente, na questão da participação das equipes de saúde da família, poucas dão sua contribuição, pois contamos com todas elas na parte financeira⁴ e na parte braçal. Mas uma parte dos profissionais não adere às atividades, sempre encaixam compromissos nos dias de responsabilidade da equipe de conduzir as palestras aos adolescentes e ignoram as mesmas, nem dão satisfação sobre sua ausência. (In: Martines, 2005, p. 80)

Contudo, hoje, os ACS, de uma forma geral, sentem drasticamente a diminuição da incidência de gravidez indesejada na adolescência, DST e demais riscos gerados por falta de informação e diálogo. Assim, sentimos ter atingido boa parte de nossos objetivos com relação a nossos jovens, contribuindo para tornar esta uma comunidade melhor, menos vulnerável e mais capacitada para viver.

Percebe-se que o jovem, no futebol, se sente acolhido num território de trocas e de informação, no qual ele pode escolher estar. Diferentemente dos grupos de diabéticos ou de puericultura, a participação não está condicionada ao acompanhamento clínico ou à consulta. Alí ele pode ser espontâneo, um sujeito que pode ficar observando silenciosamente o que acontece no grupo ou então atuar com suas falas e linguagens, com sua visão de mundo e suas crenças. Além de jogar, brincar, competir, aprimorar sua ginga no futebol.

Quanto aos profissionais, depois de tudo o que já descrevemos, é possível considerar esse momento como um dos poucos em que também podem brincar, competir e descontraír, o que também instala um outro tipo de relação com o trabalho e com a equipe.

Neste cenário, percebemos que os ganhos primários dessa atividade estão relacionados à produção de cuidados estritos de saúde, e os secundários à produção de sociabilidade, inclusão e espaço de divertimento, sendo esta uma classificação difícil de ser estabelecida, pois todos os ganhos parecem ser primários e secundários ao mesmo tempo.

4 Como não contamos com uma verba institucional para o aluguel da quadra, arrecada-se R\$ 1,00 de cada trabalhador envolvido na atividade. Quanto aos uniformes, bola e outros recursos materiais, eles tem sido obtidos por meio de doações e de verba institucional.

Mas, como já discutimos anteriormente, há de se ter o cuidado de revisar constantemente as necessidades e os objetivos atingidos, além de lançar a pergunta à equipe ampliada da UBS: todo ACS deve desenvolver este tipo de grupo, já que é fundamentalmente este profissional quem o conduz com maior frequência?

Até porque é natural que nem todos tenham habilidade e recursos pessoais para ser um facilitador e nem todos acreditem de fato na estratégia proposta, pois o trabalho aqui descrito pede, no mínimo, audácia, criatividade e poder de improvisação. Pede a saída do tradicional *lugar* do trabalhador, que sempre foi dentro da Unidade Básica e evoca a arriscada substituição das convencionais *ferramentas* de cuidado.

Fica aqui a intenção de fazer circular algumas idéias, a fim de transmitir a crença em uma potência particular do Agente Comunitário de Saúde, sabendo logicamente da permanente necessidade das capacitações para atuação com grupos, que possam manter o ACS “aquecido” e com uma supervisão mais apurada, já que é nele que repousa esse papel de ator social e institucional que produz cuidados, por meio, principalmente, da tecnologia relacional com os jovens e adolescentes dessa comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martines, W.R.V. (2005). *Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família*. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Mattos, R.A. (2003). Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Mattos, R.A., Pinheiro, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 45-59). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Sousa, M.F. (2003). *A Cor-Agem do PSF*. São Paulo: Hucitec.
- Teixeira, R.R. (2004). *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>. Acesso em 03.05.06.